

Empowerment als Hilfe zur Lebensbewältigung

*Anforderungen an ein integratives Empowermentmodell
für die Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen
in Zeiten postmoderner Gesellschaftsveränderungen*

Von der Fakultät IV ‚Human- und Gesellschaftswissenschaften‘
der Carl-von-Ossietzky-Universität Oldenburg
zur Erlangung des Grades eines
Doktors der Philosophie
angenommene Dissertation

Verfasser:

Dieter Röh, geb. am 10. Juli 1971 in Schleswig

Erstreferent: Prof. Dr. Dr. Peter Gottwald (em.)
Zweitreferent: Prof. Dr. Heinz-Alex Schaub (em.)

Tag der Disputation: 29. Juni 2005

„Ich glaube, dass tatsächlich wir es sind, die uns selber Schranken setzen, indem wir fälschlicherweise und über Gebühr Nachdruck legen auf das, was der menschlichen Gesellschaft wichtig ist, und das Wie kaum in Betracht ziehen. Allzu oft wird übergangen, wie dem einzelnen zu seiner Einmaligkeit zu verhelfen wäre, dass er einmalig werden könnte in seinem Beitrag und seiner Bedeutung sowohl für sich selbst als auch für die Gesellschaft“

Moshé Feldenkrais

Vorwort		1
Einleitung		2
Teil A	Forschungsgegenstand, Erkenntnistheorie und Erkenntnisinteresse	7
1	Forschungsgegenstand	7
2	Erkenntnistheoretischer Hintergrund	10
2.1	Sozialer Konstruktivismus	10
2.2	Phänomenologie	12
2.3	Sozialpsychiatrische Forschung als Praxisforschung	15
3	Erkenntnisinteresse und Ziel der Untersuchung	18
4	Forschungsfragen	21
4.1	Empowerment als Hilfe zur Lebensbewältigung	21
4.2	Empowerment und chronisch psychische Erkrankung	22
4.3	Postmoderne	22
4.4	Möglichkeit eines integrativen Empowermentmodells	23
5	„Zusammenarbeit in Schiefelage?“ - Eine mögliche Forschungskritik	23
Teil B	Theoretische Grundlagen für einen neuen psychosozialen Handlungsansatz	25
Kapitel I	Theoretische Grundlagen von Empowerment	25
1	Begriffsbestimmungen	25
1.1	Die Definition aus professioneller Sicht: Empowerment als Unterstützung von Autonomie und Selbstgestaltung	26
1.1.1	Empowerment im Sinne psychologischer Unterstützung	27
1.1.2	Empowerment im Sinne sozialer Unterstützung	28
1.2	Die Definitionen aus Betroffenenansicht: Empowerment als Selbstbemächtigung	30
1.3	Versuch einer Synthese in Form einer eigenen Empowermentdefinition	35
1.4	Der Unterschied von „empowering“ und „being empowered“: Zum Prozess von Empowerment	37
2	Entstehung und Entwicklung von Empowerment	39
2.1	Zur Geschichte von Empowerment	39
2.2	Der Anlass: Experten- und Versorgungskritik	45
2.3	Das Ziel: Partizipation und Gesundheitsförderung	52
2.4	Die Grenze: Empowermentethos oder Empowermentmythos?	59
2.5	Zur Theorie von Selbsthilfe	63
2.5.1	Allgemeine Definition von Selbsthilfe	64
2.5.2	Zur Unterscheidung und Entwicklung von Selbsthilfegruppen	67
2.5.3	Selbsthilfe und Empowerment	68
3	Handlungsebenen von Empowerment als Methode professioneller psychosozialer Hilfestellung	71
3.1	Subjektorientiertes Empowerment (Einzelfallhilfe)	72
3.2	Empowerment als Netzwerkarbeit (Gruppenarbeit)	74
3.3	Empowerment als Ermöglichung von Partizipation (Organisationsarbeit)	76
3.4	Förderung von Selbstorganisation und Teilhabe (Gemeinwesenarbeit)	78

4	Ethisch-philosophische Aspekte	79
4.1	Selbstbestimmung und Lebensautonomie	81
4.2	Soziale Gerechtigkeit	81
4.3	Demokratische Partizipation	82
4.4	Protestantische Ethik	82
4.5	Differenz und Divergenz	83
4.6	Existenzanalytischer Zugang nach Buber	85
5	Sozialpsychologische Grundlagen	87
5.1	Erlernte Hilflosigkeit und verwandte Konzepte	88
5.2	Salutogenese	93
5.3	Individualpsychologie nach Adler	99
5.4	Ressourcenorientierung bzw. „strength perspective“	102
5.5	Paulo Freire und das „wissende Subjekt“	104
6	Soziologische Modelle	106
6.1	Systemtheorie	107
6.1.1	Strukturelle Systemtheorie nach Luhmann	107
6.1.2	Biologische Systemtheorie nach Maturana/Varela	111
6.2	Subjekttheorie	112
6.2.1	Die phänomenologische Betrachtungsweise	113
6.2.2	Die Expertenkritik Hellerichs	114
6.2.3	Objektive Hermeneutik	115
6.2.4	Konstruktivismus	115
6.2.5	Sozialarbeitstheorie	117
6.2.6	Zwischenresümee	119
Kapitel II Identitätsforschung		120
1	Identität und „Ich“-Verständnis	120
2	Zur Abgrenzung von „Ich“, „Person“ und „Selbst“	122
3	Postmoderne Identitätsforschung	125
Teil C Veränderte gesellschaftliche Situation: Von der Moderne zur Postmoderne		127
Kapitel I Postmoderne: Entwicklung, Begriff und Gegenstand		127
1	Der Diskurs um die Postmoderne	127
2	Kritik der Postmoderne	133
3	Zwischenresümee	136
Kapitel II Wandel der Psychiatrie: Veränderungen im Selbstverständnis psychiatrischer Hilfen		137
1	Zum Verständnis von psychischer Krankheit und Gesundheit – psychische Krisen als multifaktorielles Geschehen	140
1.1	Das Rätsel der Chronifizierung – worum handelt es sich eigentlich bei chronisch psychischer Krankheit?	149
1.2	Subjektive Interpretationen von psychischer Krankheit	152
1.3	Zukunftserwartung	154
1.4	Bewältigungsstile	155

2	Die Veränderung der gesellschaftlichen Reaktion und der psychiatrischen Versorgungsformen	156
2.1	Die Segregation der psychisch kranken Menschen durch die Gesellschaft	156
2.2	Der Versuch der Aufhebung der Segregation (Sozialpsychiatrie)	160
2.3	Der Versuch der Aufhebung der Institution „Psychiatrie“ als Ausdruck einer radikalen Expertenkritik (Antipsychiatrie)	163
2.4	Die Isolation der psychisch kranken Menschen in der Gesellschaft – Grenzen sozialpsychiatrischer Reformbemühungen (Gemeindepsychiatrie)	165
3	Macht und Ordnung in der Psychiatrie	169
4	Zwischenresümee	175
Kapitel III Entwicklung des Identitäts- und Subjektverständnisses von der Moderne zur Postmoderne		176
1	Die Entdeckung von „Subjekt“ und „Identität“ in der Moderne	176
2	Das Subjekt- und Identitätsverständnis der Postmoderne	182
3	Postmoderne als Chance zur Identitätsvielfalt oder: Multiphrenie als Normalfall?	189
4	Kritische Einordnung postmoderner Subjekt- und Identitätskonstruktionen	193
4.1	Das postmoderne Subjektverständnis	193
4.2	Das postmoderne Identitätsverständnis	197
5	Gefahren im Subjektsein von psychisch kranken Menschen in der Postmoderne	202
6	Chancen der Subjektwerdung von psychisch kranken Menschen in der Postmoderne	203
7	Zwischenresümee	205
Kapitel IV Wandel des professionellen Selbstverständnisses: vom modernen zum postmodernen Experten		207
1	Auswirkungen postmoderner Identitäts- und Subjektkonstruktionen auf die psychosoziale Arbeit	207
2	Zum Verhältnis von Selbst- und Fremdhilfe in der Postmoderne	210
3	Anforderungen an professionelle psychosoziale Arbeit in der Postmoderne	212
4	Der alte und der neue Typus des Experten	215
5	Zum Unterschied von biophiler und nekrophiler psychosozialer Arbeit	222
6	Vom Wert des Eigen-Sinns	224
7	Überforderung durch Empowerment?	227
8	Fremdhilfe: von der Schwierigkeit, sich nicht einzumischen	229
9	Zwischenresümee: Psychosoziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Systemansprüchen und Subjektorientierung	232

Teil D	Empirische Untersuchung zur Frage von Empowerment und Identität bei chronisch psychisch kranken Menschen	234
1	Forschungsfragen und -prozess	234
2	Methodik	236
3	Ergebnisse	238
3.1	Selbsthilfegruppe A	239
3.1.1	Herr A.	241
3.1.2	Frau B.	243
3.1.3	Frau C.	246
3.1.4	Herr D.	249
3.1.5	Frau E.	252
3.1.6	Frau F.	254
3.2	Selbsthilfegruppe B	255
3.2.1	Frau G.	256
3.2.2	Herr H.	260
3.2.3	Frau I.	262
3.3	Gruppe der Tagesstättenbesucher (non-user)	264
3.3.1	Herr J.	265
3.3.2	Herr K.	266
3.3.3	Herr L.	268
3.3.4	Frau M.	270
3.3.5	Herr N.	273
3.3.6	Herr O.	275
3.4	Kohärenzwerte der untersuchten Gruppen	278
3.4.1	Selbsthilfegruppe A	279
3.4.2	Selbsthilfegruppe B	279
3.4.3	Gruppe der Tagesstättenbesucher (non-user)	279
3.5	Kategorisierung	280
3.5.1	Krankheitsverständnis	280
3.5.2	Selbsthilfefhaltung	282
3.5.3	Kohärenzgefühl	283
3.6	Typisierung	284
3.7	Diskussion	288
Teil E	Entwicklung eines integrativen Empowermentmodells für die Arbeit mit chronisch psychisch kranken Menschen in der Postmoderne	293
Kapitel I	Grundsätze für ein integratives Empowermentverständnis	294
1	Integrität vs. Radikalität	294
2	Relativität vs. Absolutheit	297
3	Zeitfreiheit vs. Zeitknappheit	298
4	Verstehen vs. Erklären	299
5	Möglichkeitssinn vs. Krankheitseinsicht	301
6	Selbstregulation vs. Fremdbestimmung	304
7	Zwischenresümee	307

Kapitel II	Identitätsarbeit und Empowerment	308
1	Allgemeine Charakteristika der Identitätsarbeit	308
2	Bewertung des Konzepts der Identitätsarbeit	312
2.1	Divergenztoleranz	312
2.2	Identitätsarbeit als Empowerment	313
2.3	Mögliche Zielsetzung von Identitätsarbeit als Empowerment	315
2.4	Kasuistik	318
2.4.1	Frau B. - „und das immer positiv angehen“	318
2.4.2	Herr O. - „Ich war gerne verrückt.“	319
2.4.3	Frau M. - „Psychisch Kranke haben keine Ziele mehr.“	320
2.4.4	Unterscheidende Beurteilung der Kasuistiken	322
3	Zwischenresümee	323
Kapitel III	Skizzierung eines integrativen Empowermentmodells	324
1	Zur Integrativität des Modells	324
2	Zum Prozesscharakter des Modells	327
2.1	Subjektorientierung	327
2.2	Institutionsorientierung	329
Teil F	Ausblick: Empowerment als Gegenmittel zur Psychiatisierung?	332
	Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen	338
	Literatur	339
	Anhang:	364
	A - Interviewleitfaden	364
	B - Fragebogen zur Lebensorientierung	366

Vorwort

Diese Arbeit wäre nicht entstanden, hätte ich nicht die Unterstützung vieler Menschen erfahren, denen ich an dieser Stelle danken möchte.

Nicht zuletzt ist vieles von dieser Unterstützung eine Art „Empowerment“ gewesen, da ich dadurch überhaupt erst in die Lage versetzt wurde, mich in dieser Form und Ausführlichkeit mit diesem Thema auseinander zu setzen.

Mein Dank gilt daher meinen wissenschaftlichen Förderern, nämlich Herrn Prof. Dr. Dr. Peter Gottwald für seine Beratung und Begleitung in allen wichtigen Fragen und insbesondere für seine entscheidenden und oft richtungsweisenden Hinweise und Herrn Prof. Dr. Heinz-Alex Schaub für die Ermutigung, den Weg einer Promotion zu beschreiten und für die unzähligen persönlichen und fachlichen Ratschläge.

Darüber hinaus möchte ich natürlich auch den Menschen danken, die bereit waren, mir in den Gesprächen viel über sich und ihre Krankheit zu erzählen.

Und letztlich wären mir meine Studien und die Beschäftigung mit dem Thema nicht ohne die großzügige Förderung durch die Else-Funke-Stiftung möglich gewesen.

Mein ganz besonderer Dank gilt meiner Frau und meinen beiden Töchtern, die mir über den gesamten Prozess hinweg die Möglichkeit gegeben haben, mich dieser Arbeit zu widmen.

Einleitung

EMPOWERMENT - LEBENSBEWÄLTIGUNG - POSTMODERNE - PSYCHISCHE KRANKHEIT: Diese vier Begriffe sollen die Eckpfeiler dieser Arbeit bilden. Mit der vorliegenden Dissertation möchte ich den Versuch unternehmen, das Ergebnis meiner Beschäftigung mit diesem Thema darzustellen, um damit einen Beitrag zum fachlichen Empowermentdiskurs zu leisten. Und um „im Bild“ zu bleiben: Ich möchte versuchen, die vier Eckpfeiler zu einer Konstruktion zu verbinden, die als gedankliches Gebäude die Frage des Empowerment voranbringt. Die jeweiligen Begriffe stehen zunächst für teilweise recht unterschiedliche wissenschaftstheoretische Zugänge:

Empowerment als Haltung und Methode der Sozialen Arbeit und vieler anderer Professionen ist mittlerweile zu einem regelrechten Modebegriff geworden. Der originäre Anwendungsbereich von Empowerment in Psychologie und Sozialer Arbeit ist im Zuge dieser Entwicklung derart ausgeweitet worden, dass Empowerment mittlerweile auch in vielen anderen Bereichen zu finden ist.

Lebensbewältigung als psychologisch fundierter Begriff beschreibt den Versuch von Menschen, ihr durch Unsicherheiten und Stabilitätsverlust aus den Fugen geratendes Leben (wieder) bewältigen zu können und zwar mit einem ausgewogenen Maß an individueller Souveränität bzw. Autonomie und sozialer Gebundenheit bzw. Integration.

Mit eben diesen Unsicherheiten im Zusammenhang steht der Begriff der *Postmoderne*. Postmoderne hält dabei für viel her: seien es kulturell-ästhetische, soziologische oder politische Analysen, die

versuchen mit diesem Begriff einen Gesellschaftswandel, wenn nicht sogar einen epochalen Wandel zu beschreiben.

Psychische Krankheit dagegen stellt keine zeitgeschichtliche Momentaufnahme dar, sondern spiegelt vielmehr eine über alle Menschenalter hinweg thematisierte Problematik wider. Sie wurde je nach Zeitalter philosophisch, theologisch, medizinisch oder psychologisch beschrieben, klassifiziert und analysiert. Die Entscheidung, welche der o.g. Klassifikations- und Analyseebenen gewählt wurde, hing und hängt stark von der geschichtlichen und kulturellen Lage der Individuen und der Gesellschaft ab.

Das bereits durch diese kurze Skizzierung aufgeworfene Spannungsfeld zeigt die Unterschiede der vier Kategorien. Die Distanz zwischen den Begriffen - und den hinter ihnen stehenden Modellen und Weltverständnissen wissenschaftlicher und alltäglicher Art -, mithin ihre sphärische Getrenntheit, soll jedoch durch die bislang unsichtbaren Fäden ihrer Interaktion untereinander verringert werden. Diese Fäden gilt es zu einer Struktur zu verknüpfen, durch die ihr Zusammenhängen deutlich wird. Jeder der vier Begriffe steht in einem ganz spezifischen Zusammenhang mit einem oder allen Begriffen. Diesem bisher verdeckten Zusammenhang will ich in dieser Arbeit nachgehen.

Es soll gezeigt werden, dass die Mitglieder einer postmodernen Gesellschaft im Umgang mit ihren Unsicherheiten, die dann noch viel stärker die Unsicherheiten der psychisch kranken Menschen sind, nicht auf eine Kompetenz zur Lebensbewältigung verzichten können. Diese Form der Lebensbewältigung wird als Empowermentstrategie verstanden und erhält damit einen doppelten Charakter. Einerseits als Möglichkeit, professionell auf die gelingende Lebensbewältigung speziell gefährdeter Gruppen Einfluss zu nehmen. Andererseits auf

eine Selbst-Bemächtigung der Betroffenen selbst, die nicht an den Grenzen sozialer Marginalität Halt macht, sondern die gesamte Gesellschaft beeinflusst.

Einerseits ist zu vermuten, dass die Unwägbarkeiten der Postmoderne bei psychisch kranken Menschen stärker auftreten bzw. durch ihre Erkrankung, die zusätzlich zur gesellschaftlichen ein hohes Maß an individueller Verunsicherung aufweist, verstärkt werden müssten. Andererseits ist zu vermuten, dass sich die Gesellschaft in der Postmoderne mehr auf die psychisch kranken Menschen zu bewegt. Diese Hypothese einer vorstellbaren Verbesserung der Lage psychisch kranker Menschen soll im Folgenden argumentativ gestützt werden. So existieren durchaus Belege dafür, dass die postmoderne Gesellschaft sich insgesamt auf eine Liberalisierung und damit Tolerierung ihrer Normalitätsvorstellungen und damit auch Identitätsvorstellungen einlässt. Es ist daher zu vermuten, dass diese Entwicklung in Analogie zur psychogenetischen Entwicklung der Kindheit verstanden werden kann. Die Entdeckung der Kindheit war - so Phillipe Ariès - gerade deshalb möglich, weil die Erwachsenen erwachsener geworden sind und gleichzeitig die Kinder kindlicher, wodurch ihnen in der Folge ein besonderer Schutz zukam. Das gleiche könnte - allerdings unter umgekehrten Vorzeichen - in gleichem Maße für die Haltung der Gesellschaft gegenüber psychisch kranken Menschen bzw. ihrer devianten Lebenshaltung zutreffen. Wenn die Gesellschaft sich immer mehr mit Inkonsistenzen bzw. Kontingenzen auseinandersetzen wird, dann nähert sie sich den Erfahrungen psychisch kranker Menschen an. Diese erhalten dadurch die Möglichkeit, in einer vielleicht »verrückteren«, weil diversifizierteren und identitätsmultiplern Welt ihre »Verrücktheit« besser leben zu können.

Das Empowerment von psychisch kranken Menschen könnte sich deshalb, im Sinne einer Hilfe zur Lebensbewältigung, dieser neuen gesellschaftlichen Verortung bedienen, um zu zeigen, dass sowohl für die Gesellschaft, als auch für eine ihrer schwächsten und schützenswertesten Gruppen eine Fähigkeit immer wichtiger wird: die Kompetenz zur Schaffung von Möglichkeiten „gelingenden Lebens“.

Im Folgenden wird der Versuch unternommen, ein Modell eines integrativen Empowermentverständnisses zu entwerfen, welches die notwendige Basis für die oben beschriebenen Entwicklungen schaffen könnte. Dazu wird es zunächst wichtig sein, die Forschungsthematik und den erkenntnistheoretischen Hintergrund zu erläutern (Teil A).

Darauf aufbauend werde ich mich theoretisch und begrifflich dem Empowermentmodell nähern (Teil B). Hierzu werden Definitionen und psychosoziale Grundlagen erläutert, sowie Hinweise zur historischen, philosophischen und soziologischen Entwicklung des Empowermentverständnisses gegeben. Eine Kritik des Empowerment schließt diesen Teil ab.

Im Anschluss (Teil C) werden die veränderten Rahmenbedingungen der gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit psychischer Krankheit und der Psychiatrie von der Moderne bis zur Postmoderne nachgezeichnet. Es wird zu zeigen sein, dass sich das Bild der Psychiatrie zunächst in Richtung einer Liberalisierung des Umgangs mit psychisch kranken Menschen entwickelte, dieser Emanzipationsprozess jedoch zur Zeit ins Stocken geraten ist und evtl. durch die Postmoderne einen neuen Schub und Möglichkeiten zur weiteren Entwicklung erhalten könnte. Diesen Überlegungen folgt eine Annäherung an den Wandlungsprozess des Identitäts- und

Subjektverständnisses für den Epochenwandel von der Moderne zur Postmoderne mit dem Hinweis auf die Chancen und Grenzen einer durch postmoderne Einflüsse ermöglichten Identitätsvielfalt. Aufbauend auf diesem Verständnis wird dann der Wandel des professionellen Selbstverständnisses analog den beschriebenen postmodernen Veränderungen erläutert.

Im Weiteren (Teil D) wird das während meiner Forschungstätigkeit gewonnene empirische Material auf die Frage hin untersucht, inwieweit Krankheitsverständnis, Selbsthilfeeferfahrungen und Selbstwirksamkeit miteinander korrelieren. Es wird zu zeigen sein, dass Hilfe zur Lebensbewältigung im Sinne von Identitätsarbeit eine Hilfe zum besseren Umgang bzw. zur Bewältigung einer psychischen Krankheit darstellt. Dabei wird deutlich, wie notwendig ein diversifiziertes und integratives Modell ist.

In Teil E wird sodann der Versuch unternommen, ein solches Modell eines integrativen Empowermentverständnisses zu entwerfen. Das Konzept der Identitätsarbeit wird dabei als eine mögliche methodische Form in den Vordergrund gerückt.

Teil F widmet sich abschließend und resümierend der Frage, ob durch ein solches Empowermentkonzept einer zunehmenden Psychiatisierung, d.h. Verstärkung des Normierungsdrucks auf die Betroffenen, entgegengewirkt werden kann oder ob in einer postmodernen Gesellschaft eine solche Entwicklung überhaupt stattfindet.

Teil A - Forschungsgegenstand, Erkenntnistheorie und Erkenntnisinteresse

Ausgangspunkt meines Forschungsinteresses ist - allgemein formuliert – erstens die Frage, wie chronische Krankheitsprozesse im Bereich der Psychiatrie durch Empowerment verändert werden können; oder anders formuliert: Es interessierte mich aus eigener praktischer Erfahrung, warum, ob und wie Empowerment bei schweren und oft chronisch verlaufenden psychiatrisch definierten Krankheiten funktionieren und den Betroffenen zu mehr Lebensautonomie verholfen werden kann. Empirisch hängt dies stark mit Fragen nach der Haltung der Betroffenen zu individueller und kollektiver Selbsthilfe zusammen. Letztlich geht es also darum, wie ein gelingendes Leben trotz chronischer Krankheit möglich sein und was Empowerment hierzu beitragen kann. Der Begriff des „gelingenden Lebens“ bezeichnet die erfolgreiche Passung zwischen Mensch und Umwelt mit dem Ergebnis einer zufriedenen Lebenshaltung des Individuums bei gleichzeitiger sozialer Ausgewogenheit (Thiersch 1986, 1992). Zweitens sollen theoretische Überlegungen zu Identität, Expertentum und Postmoderne erfolgen, um schließlich ein integratives Empowermentmodell skizzieren zu können.

Im Vorwege möchte ich zunächst den Forschungsgegenstand, die zugrundeliegende Erkenntnistheorie, das Erkenntnisinteresse sowie die einzelnen Forschungsfragen erläutern.

1 Forschungsgegenstand

Die moderne Psychiatrie stellte seit jeher ein großes Forschungsfeld dar. Das menschliche Interesse an Geist und Psyche

bzw. deren Abweichungen ist sogar noch viel älter und kann bis in die Antike zurück verfolgt werden (vgl. Jüttemann/Sonntag/Wulff 1991). Es wurden jedoch vordergründig die leider allzu oft medizinisch oder vor-medizinisch dominierenden Fragen nach der Entstehung, dem Verlauf und der Heilung von psychischer Krankheit gestellt. Diese Art der Forschung war größtenteils auf das Individuum fixiert.

Einen großen Fortschritt stellte die Abkehr vom „dämonischen“, „moralischen“ oder prä-wissenschaftlichen Umgang mit Phänomenen der psychischen Abweichung dar. Hierzu zählten neben den „Irrsinnigen“ fast alle anderen Formen sozialer Abweichung (Obdachlosigkeit, Arbeitslosigkeit, Armut, Kriminalität etc.), die in gemeinsamer und gleicher „Behandlung“ mit den „eigentlichen“ Krankheiten zumeist schizophrener, affektiver und soziopathischer Art, in Arbeitshäusern und ähnlichen Institutionen interniert wurden. Die neue Art der Behandlung, wie sie sich langsam von Beginn des 18. Jahrhunderts entwickelte, wies einen deutlichen Bezug zur medizinischen Theorie der organischen Konstitution von Krankheiten auf. Fortan gehörten dann auch Geisteskrankheiten zu den organisch begründbaren Krankheiten. Ein führender Vertreter dieser Modernisierung war in Deutschland Wilhelm Griesinger (1817-1868), der sich für ein Verständnis von Geisteskrankheit als Gehirnkrankheit einsetzte.

Jedoch kam es in der Mitte des 20. Jahrhunderts (in Deutschland erst im Laufe der 1960-iger und 1970-iger Jahre) in Europa und in den USA zu ersten Überlegungen, welchen Einfluss die Gesellschaft auf die Entstehung, den Verlauf und die Heilung von psychischer Krankheit haben könnte. Zum ersten Mal in der Geschichte der neuzeitlichen Betrachtungen wurde die Frage aufgeworfen, ob es sich bei dem erkennbaren Phänomen der »Geisteskrankheit«

überhaupt um einen krankhaften Wesensprozess handelt. Andere Interpretationen verstehen Geisteskrankheit vielmehr als existenzielle Lebenskrise oder gesellschaftliche Figuration und somit um eine Art gesellschaftlicher Konstruktion, ob mit oder ohne biologische Grundlagen.

Gegenstand dieser Arbeit soll die synthetische Betrachtung beider Bereiche sein, indem geschaut werden soll, inwieweit psychisch kranke Menschen durch Empowerment - also durch das Befähigen zur Selbstbefähigung (Knuf/Seibert 2000) – ihre Krankheit und ihr Leben besser bewältigen können. Gleichzeitig soll geschaut werden, inwieweit sich die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für einen professionellen Umgang mit psychisch kranken Menschen im Sinne des Empowerment verändert haben. Einerlei ob man von „psychischer Krankheit“, „Irresein“, „Geisteskrankheit“ oder „Psychiatrieerfahrung“ spricht, immer wird dabei eines zu berücksichtigen sein: Die Erfahrung einer existenziellen (Lebens-) Krise, die zudem noch chronifizieren kann, hat immer Einfluss auf das Identitätsgefühl der betreffenden Person bzw. des Subjekts. Gleichzeitig steht das Subjekt immer in einem Verhältnis zur Gesellschaft als Träger der objektiven Lebenswelt. Subjekt und Objekt stehen einander deshalb oft diametral, manchmal komplementär, doch immer verbunden gegenüber. Wie eine Gesellschaft mit jeder psychischen Erfahrung, sei sie von der Norm abweichend oder nicht, umgeht, hängt von ihrer eigenen Konstitution und ihrem damit verbundenen Toleranzrahmen ab. Dieser Toleranzrahmen beschreibt das Maß, nach dem durch psychische Krankheit hervorgerufenen abweichendes Verhalten entweder positiv oder negativ sanktioniert wird.

Diese Art der Herangehensweise wird durch eine weitere theoretische Linie beeinflusst, die hier mit den Begriffen

„Postmoderne“ oder „Risikogesellschaft“ gekennzeichnet werden kann. Sie wird als ein Prozess der gesellschaftlichen Veränderung mit einer Zunahme von „riskanten Freiheiten“ verstanden, in dem - so soll es der von Beck/Beck-Gernsheim (1994a) entwickelte Begriff verdeutlichen - sowohl Chancen als auch Gefahren, auf jeden Fall jedoch eine Vervielfältigung der Möglichkeiten des Lebens, inbegriffen sind. Ob sich diese Vervielfältigung der Möglichkeiten auf den Umgang mit psychisch kranken Menschen positiv oder negativ auswirkt, und ob sich ihre gesellschaftliche Situation dadurch verbessert, hängt u.a. davon ab, wie Lebensstile und Identitäten von der Gesellschaft gefasst werden. Es wird zu untersuchen sein, inwieweit Empowerment durch die Befähigung zur Lebensgestaltung auf Seiten der „psychisch gesunden“ und der „psychisch kranken“ Menschen eine Veränderung ermöglichen kann.

2 Erkenntnistheoretischer Hintergrund

Entsprechend den bisherigen Ausführungen liegen der Arbeit zwei wesentliche erkenntnistheoretische Annahmen zugrunde, nämlich zum einen der „Soziale Konstruktivismus“ und zum anderen die „Phänomenologie“, die im Folgenden charakterisiert werden sollen. Darüber hinaus wird die Praxisforschung als methodologische Ausrichtung genutzt und in ihren wesentlichen Aspekten beschrieben.

2.1 Sozialer Konstruktivismus

Der Soziale Konstruktivismus, als dessen führendster Vertreter Kenneth J. Gergen gilt, geht davon aus, dass alles Wissen und Handeln durch die soziale Eingebundenheit des Einzelnen determiniert wird. Im Vordergrund dieser Anschauung steht deshalb die Kommunikation, d.h. der ständige Austausch von Menschen

darüber, wie sie die Welt verstehen und in ihr agieren wollen (Gergen 2002). Der Konstruktivismus widmet sich somit der Frage, nachdem er Objektivität, Rationalität und Wissen zunächst dekonstruiert, wie Wahrheit konstruiert wird. Anders als beim Konstruktivismus, dessen Relativierung von Wahrheiten er teilt, geht man im Konstruktivismus davon aus, dass Bedeutung nicht intraindividuell, sondern interindividuell hergestellt wird und somit vor allem durch soziales Handeln determiniert ist.

„Den Konstruktivisten und Konstruktivistinnen zufolge konstruiert jedes Individuum mental die Welt der Erfahrungen. In diesem Sinne ist der Geist nicht ein Spiegel der Welt, wie sie ist, sondern er erschafft die Welt, die wir kennen. Gemäß dieser Sichtweise könnte es ebenso viele Wirklichkeiten geben wie es Individuen gibt, die interpretieren und konstruieren. Wie Sie sehen, ist die konstruktivistische Sichtweise der konstruktivistischen dahingehend ähnlich, dass sie ihr Augenmerk auf die menschliche Konstruktion dessen, was wir für „das Reale“ halten, richtet. [...]. Es gibt jedoch einen grundlegenden Unterschied: Für Konstruktivistinnen und Konstruktivisten ist der Prozess der Konstruktion der Welt ein psychologischer; er spielt sich „im Kopf“ ab. Für Sozialkonstruktivistinnen und -konstruktivisten ist dagegen das, was wir für real halten, eine Folge sozialer Beziehungen.“ (Gergen, 2002, 293)

Beiden Richtungen gleich ist also die Annahme, dass es keine Wahrheit *sui generis* gibt, sondern sich diese als Konstruktion darstellt. Dieser Annahme ist hier insofern zu folgen, als an der Geschichte der Psychiatrie - wie überhaupt der Geschichte der Behinderten (vgl. Dörner 1994) - deutlich wird, dass der Umgang gerade mit Abweichungen immer schon eine Sache der Übereinkunft bzw. Aushandlung war. Wie die Tatsache von psychischem (und sozialen und körperlichem) Anderssein bewertet wird, hängt davon ab, in welchem Referenzrahmen diese Bewertung stattfindet (vgl. etwa für die Frage nach kulturell geprägten Unterschieden in der Bewertung von psychischer Krankheit: Angermeyer/Zaumseil 1997).

2.2 Phänomenologie

Das Verstehen von sozialpsychologischen Problemen, wie hier der Frage nach Empowerment bei psychisch kranken Menschen, basiert des weiteren auf der Phänomenologie. Diese wird als wichtigste wissenschaftstheoretische Basis der qualitativen Sozialforschung betrachtet. Die philosophisch ausgerichtete Phänomenologie geht auf Edmund Husserl (1859-1938) zurück, der sie zunächst als streng philosophische Methode zur Begründung aller Wissenschaften und jeglicher anderer Philosophie ansah. Phänomenologie interessiert sich für die Beobachtung von Vorgängen und zwar mit dem Anspruch der Erfassung des Wesens dieser Vorgänge bzw. deren Erscheinung. Entscheidend ist dabei die Auffassung der Phänomenologie, dass die Erkenntnis nicht durch Festlegungen a priori (z.B. durch Vorurteile oder wissenschaftliche Theorien) verstellt werden darf, sondern der Beobachter am besten ohne jedes Vorwissen an einen Gegenstand herangehen sollte.

Diese als „Lebensweltanschauung“ zu bezeichnende philosophische Richtung benennt als defizitäres Produkt der Moderne die „Lebensweltvergessenheit“. Die moderne Wissenschaft nehme diesem Verständnis zufolge die Welt als objektiv gegeben wahr, versuche zu verallgemeinern, zu kategorisieren und zu formen. Diese vor allem in der klassischen Moderne angewandte Technik habe zweifelsohne große Fortschritte hervorgebracht. Dies allerdings, so lautet das Urteil der Phänomenologie, um den Preis des Verlustes der Fähigkeit, den Blick auf das Ganze oder auf subjektive Prozesse richten zu können. Die Subjektivität, das »So-Sein« in der Welt im Sinne einer existenz- oder daseinsanalytischen Betrachtung und die Verankerung des Menschen in seiner Lebenswelt gerieten dabei außer acht. Menschen würden so zu reinem Beobachtungsmaterial. Das Subjekt in seiner eigenartigen,

konstitutiven Sinnggebung zu erfassen, ist Ziel einer subjektorientierten Betrachtung. Die Phänomenologie will somit das Wesen der Dinge erfassen, ohne Vorannahmen und vorgefasste wissenschaftliche Kategorien darauf anzuwenden (Lamnek 1995).

Für ein vertieftes Verständnis sozialer Prozesse stellt dies ohne Zweifel eine wichtige Grundlage dar, da davon auszugehen ist, dass die (soziale) Welt nicht objektiv vorhanden ist, sondern durch von unserem Bewusstsein hervorgebrachte Abbildungen und als Ergebnis menschlicher Interaktion und Kommunikation hergestellt wird. Die Welt, so wie sie ist, ist nur deshalb unsere Welt, weil wir sie so denken, fühlen, erinnern, erleben und in ihr handeln. Mithin ergibt sich daraus die Folgerung, dass das wissenschaftliche Erkennen und Beschreiben von sozialen und psychologischen Prozessen bzw. Einstellungen von Individuen nur über das Aufnehmen der subjektiven bzw. interindividuellen Repräsentation der Welt auf phänomenologischem Wege möglich ist.

Will ich also einen bestimmten sozialen Gegenstand verstehen, so muss ich verstehen, wie die darin agierenden Individuen oder Subjekte ihn verstehen. Diese verstehende Haltung ist letztlich die Grundhaltung der Psychotherapie. Um dies zu ermöglichen, schlug Husserl den folgenden Reduktionsprozess vor:

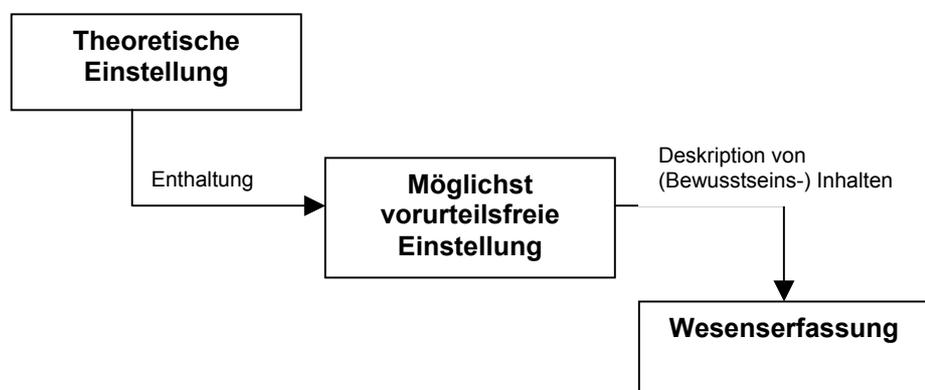


Abbildung 1: Angewandte Phänomenologie (vgl. Danner 1979, 135)

Da es in den Sozialwissenschaften um die Erfassung des tatsächlich Vorfindbaren, mithin der sozialen Realität, geht, kann davon ausgegangen werden, dass eine letzte Reduktion auf ein transzendentes Bewusstseinsniveau in diesem Zusammenhang unterbleiben muss. Es reicht, wenn der Forscher etwas vom Individuum über dessen Bewusstsein erfährt und dies mit den sonstigen Erkenntnissen aus der Umwelt des Individuums ergänzt. So ist es offensichtlich, dass kein letztes Vordringen in die Bewusstseinswelt möglich ist, wie uns mittlerweile die Systemtheorie durch die Annahme der grundsätzlichen Geschlossenheit von Systemen zeigt (Simon, 1999). Deshalb bleibt festzuhalten, dass Erkenntnis sich erst durch die Verarbeitung des Versprachlichten ergibt.

„Es geht prinzipiell darum, von einer Welt „aus zweiter Hand“ auf eine Welt „aus erster Hand“ zurückzugehen, die Husserl als „Lebenswelt“ charakterisiert hat.“ (Danner 1979, 137)

Hiermit wird ein Anspruch an den Forscher formuliert, dass er möglichst vorurteils- und damit auch theoriefrei an den zu beforschenden Gegenstand herangehen sollte. Es wird weiterhin vom Forscher in der Beschreibung des Gegenstandes gefordert, dass er eigene subjektive Interpretationen zu unterlassen hat. M.E. ist diese Forderung der phänomenologischen Theorie nur schwer einzulösen und verhindert neue Erkenntnis. Deshalb erweitert das Modell der „Grounded Theory“ (Strauss/Corbin 1990) sehr gut die erkenntnistheoretische Grundlage der Phänomenologie, indem es im Prozess der Datenbeschreibung sehr wohl individuelle, also vom Forscher kommende, Interpretationen und Interventionen zulässt. Diese Individuationen auf Seiten des Forschers erlauben es ihm, semantische Substrate (Kategorien, Gruppen) zu erzeugen, um daraus später Theorien generieren zu können. Neben dieser methodischen Ausrichtung stellt vor allem die objektive Hermeneutik

(Oevermann 1979) einen weiteren methodischen Ansatz zu einem solchen Verstehen dar.

2.3 Sozialpsychiatrische Forschung als Praxisforschung

Der dritte erkenntnisleitende theoretische Hintergrund dieser Arbeit ist in der sozialpsychiatrischen Forschung im Sinne einer Praxisforschung zu sehen. Praxisforschung wird hier verstanden als eine auf die Veränderung der Praxis ausgerichtete, forschende Aktivität, die sowohl Zusammenhänge aus und in der Praxis (hier der psychiatrischen Hilfen) erforschen als auch Handlungsvorschläge für deren Weiterentwicklung unterbreiten will. Diese Arbeit ist u.a. aus meinen beruflichen Erfahrungen als Diplom-Sozialarbeiter/ Sozialpädagoge im sozialpsychiatrischen Hilfesystem entstanden und daher als praxisbegleitende Forschung konzipiert. In Anlehnung an Bittner/Flitner galten dabei zwei Grundsätze in Bezug auf Nähe und Distanz zum Feld:

1. „Bestimmte Vorgänge und Zusammenhänge kann nur der Praktiker wahrnehmen, der unmittelbar in der täglichen Arbeit steht“ (Bittner/Flintner 1969, 69):

Durch die mittels meiner praktischen Tätigkeit aufgebaute Nähe zu den Problemen und Lebensumwelten psychisch kranker Menschen gelang es mir schnell, einen empirischen Zugang zu der dieser Arbeit zugrunde liegenden Fragestellung zu erhalten. Meine Doppellrolle als Forscher und als Helfer im Versorgungssystem stellte dabei insofern kein Problem dar, da in der qualitativen Sozialforschung die Möglichkeit einer objektiven Stellung des Forschers außerhalb des Feldes ohnehin angezweifelt wird. (Lamnek 1995; Jaeggi/Faas/Mruck 1998)

2. „Andere Vorgänge und charakteristische Züge werden nur aus einem bestimmten Abstand und nur dann sichtbar, wenn der Beobachter nicht unmittelbar eine Rolle innerhalb des Feldes übernimmt.“ (Bittner/Flintner 1969, 69)

Bittner/Flintner gehen m.E. zurecht davon aus, dass Nähe und Distanz des Beobachters zum beobachteten Feld gleichermaßen nötig sind.

Diese nur scheinbar zu der ersten Feststellung gegensätzliche Annahme kann so verstanden werden, dass die Distanzierung vom Feld einerseits durch die in Übereinstimmung mit der „Grounded Theory“ praktizierte Gleichzeitigkeit von empirischer Erhebung und theoretischer Analyse verwirklicht werden kann. Andererseits erfolgte die vertiefende Analyse der empirischen Daten nach Abschluss der Datenerhebung zu einem Zeitpunkt, als ich das Arbeitsfeld bereits verlassen hatte. Hierdurch traten vor allem die charakteristischen Züge der einzelnen Interviewpartner stärker hervor, als sie es vielleicht in der wiederkehrenden Begegnung getan hätten. Auch der weitere Zusammenhang der Forschungsergebnisse und ihre theoretische Einordnung sind dabei eher aus der Distanz zum Feld möglich.

Praxisforschung ist ein Teil der Aktionsforschung (action research), die u.a. von Kurt Lewin entwickelt wurde und in besonderem Maße auf die Bedürfnisse der Praxis abzielt. Dabei ist nach Bittner/Flintner:

„action research [...] im Gegensatz zu ähnlichen Formen des Feldexperiments durch die Absicht gekennzeichnet, mit Hilfe der empirisch fundierten Analyse eine verbessernde Änderung der untersuchten Situation herbeizuführen und diese Änderung womöglich in die Untersuchung mit einzubeziehen. Die enge Verbindung dieser Methode zur Praxis ermöglicht es dem Praktiker, seine eigene Arbeit immer wieder zu objektivieren, damit zugleich ideologischen Verfestigungen und routinemäßigen Erstarrungen vorzubeugen und die Bedingungen erwünschter Veränderungen der sozialen Realität zu reflektieren.“ (Bittner/Flintner 1969, 65)

Praxisforschung zeichnet sich also dadurch aus, dass sie ihren Blick auf die tatsächlich ablaufenden Prozesse und Situationen von real handelnden Personen richtet und versucht, diese in die theoretische Diskussion einzuordnen und sie günstigstenfalls weiterzuentwickeln. Darin unterscheidet sie sich insofern von theoretischer Forschung, als sie den Versuch unternimmt, Praxiskategorien mit theoretischen Kategorien in Verbindung zu setzen (und nicht umgekehrt, wie es in der Theoriegenerierung geschieht) und zusätzlich neue, sich aus dem Gegenstand herausbildende Phänomene zu erklären. Sie arbeitet somit stark induktiv und nicht deduktiv. Durch ihren besonderen Ansatz entgeht sie damit folgendem grundlegenden Problem sonstiger Wissenschaft:

„Es ist bekannt, daß sich wissenschaftliche Erkenntnisse in der Praxis nicht *einfach* [kursiv im Original, Anm. D.R.] anwenden lassen. Hilfeprozesse verlaufen in humanen Hilfepraxen vielfach nicht zügig und rational. Sie sind vielmehr durch zahlreiche Unwägbarkeiten und Dilemmata gekennzeichnet.“ (Ortmann/Schaub 2002, 71)

Ein weiterer Ausgangspunkt für eine Argumentation in Richtung der Praxisforschung insb. für die psychosoziale Arbeit besteht in der Annahme, dass in der Praxis einerseits durchaus entwickelte, erprobte und bewährte Praxeologien vorhanden sind, diese jedoch andererseits immer noch in der Literatur gefordert werden. Dieser Umstand hängt damit zusammen, dass die bisherige Wissenschaft sich nicht genügend um die Ergebnisse der Praxis gekümmert und die Praxis neue theoretische Arbeiten nur mühsam rezipiert und umgesetzt hat. Die von Schön (1983) entwickelte Epistemologie der Praxis stellt sich dieser Praxis als einer durch Komplexität und Instabilität gekennzeichneten Sphäre, die zu einem „reflection-in-action“ führen sollte. Die daraus resultierende Praxeologie stellt jedoch keineswegs eine Halbwissenschaft dar, sondern ist vielmehr die komplementäre Ergänzung zu einer weitgehend theoretischen und damit praxisfernen Wissenschaft und Forschung

(Ortmann/Schaub 2003). In diesem Sinne ist diese Arbeit bemüht, theoretische Zusammenhänge mit eher praxeologischen Erwägungen zu verknüpfen, um aus der Praxis und für die Praxis ein theoriegeleitetes Modell des Empowerment zu entwickeln.

Sozialpsychiatrische Forschung hat sich stets darum bemüht, vor allem die sozialen und lebensweltlichen Bedingungen für die Entstehung und den Verlauf psychischer Erkrankungen zu erkunden, um hieraus entsprechende Hilfeformen entwickeln zu können (Wieser 1973; Wulf 1981; Hoffmann/Heise/Aebi 1994; Ciompi 1994a; Mosher/Burti 1994). Viele Erkenntnisse aus diesen Arbeiten sind direkt oder indirekt in die Ausformung neuer (sozial-)psychiatrischer Hilfen eingeflossen, wie etwa bei Krisendiensten, Tagesstätten, psychiatrischen Wohnheimen oder der Einrichtung von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Deshalb soll auch mit dieser Arbeit der Versuch unternommen werden, sozialpsychiatrische Praxisforschung zu betreiben, indem sowohl gesellschaftstheoretische, psychologische und empirische als auch in der Konsequenz praktische Erwägungen in Betracht gezogen werden.

3 Erkenntnisinteresse und Ziel der Untersuchung

Es gilt weiterhin darzustellen, worin das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit liegt. Ausgangspunkt meiner Untersuchung ist das in den Betroffenen selbst vorhandene Wissen über die Zusammenhänge ihrer Krankheit und einer evtl. Gesundung und die erfahrenen Schwierigkeiten im Umgang mit chronischer Krankheit. Diese Erkenntnisse sollen dann in die Entwicklung eines integrativen Empowermentprozesses münden.

Wie Roesse konstatiert, besitzen Betroffene ein

„ausgezeichnetes, aktuelles Forschungswissen über ihre Krankheit, das sie, mit Erfahrungswissen vereinigt, zu einer „Ganzheitssicht“ verbinden, etwas, das heute keinem Experten mehr möglich sein dürfte“. (Roesse 1985, 262)

Daher soll es hier im Besonderen um die Positionen der Betroffenen selbst und somit explizit um eine Betroffenen- oder Subjektperspektive gehen, ohne die das Empowermentkonzept zu einer Worthülse würde.

Es werden in der Folge daher neben theoretischen auch empirische Befunde herangezogen, um zu erklären, weshalb nur ein integratives Empowermentkonzept ein hilfreiches Empowermentkonzept sein kann. Nicht zuletzt hat die empirische Arbeit die theoretischen Gedanken immer wieder strukturiert, selektiert und dirigiert und vice versa. Daher wird dem empirischen Gehalt besonderes Gewicht beigemessen, denn ohne die besondere Berücksichtigung der lebensweltlichen Besonderheit der Betroffenen würde es beim Empowerment evtl. zu einer Überforderung kommen. Schließlich ist gerade im Bereich der chronischen psychischen Krankheit davon auszugehen, dass die Chronizität als besondere Reaktionsweise oder besonderes Bewältigungsmuster der Betroffenen zu verstehen ist. Es wird sich zeigen, dass ein abstraktes bzw. generelles Empowermentkonzept nicht sinnvoll ist und nicht wirksam werden kann.

Das theoretische Gerüst des Empowermentmodells ist bereits gut beschrieben (Stark 1996; Herriger 1991, 1992, 1993, 1994, 1995a, 1995b, 1997a, 1997b), auch das von Kieffer (1984) entwickelte Partizipationsmodell steht für die Anwendung und gegebenenfalls Weiterentwicklung zur Verfügung. Selten jedoch - und dies wird hier versucht nachzuholen - konnte bisher aufgezeigt werden, wie sich

individuelle Bewältigungsstile, institutionelle Strukturen und Empowermentprozesse miteinander koppeln lassen.

Insbesondere wird im Zentrum der hiesigen Betrachtungen die Frage stehen, welche Möglichkeiten es gibt, Empowermentprozesse in der Arbeit mit (chronisch) psychisch kranken Menschen zu verstehen, zu begleiten oder anzuregen. Dazu wird zunächst einiges zum theoretischen Hintergrund und zu den Bedingungen erfolgreichen Empowerments in einer postmodernen Gesellschaft zu sagen sein. Schließlich wird die Frage zu beantworten sein, wie gelingende Lebensbewältigung trotz chronischer Krankheit aussehen (Personenzentrierung) bzw. ein integratives Empowermentmodell (Professions- und Institutionszentrierung) entwickelt und praktiziert werden kann. Zusammenfassend kann der Forschungsansatz wie folgt skizziert werden:

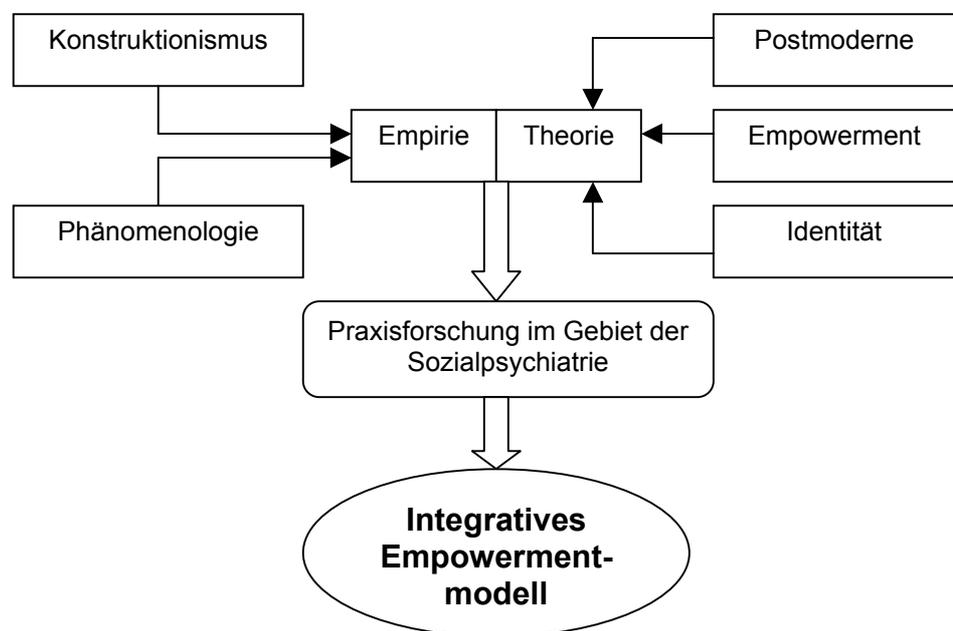


Abbildung 2: Forschungsansatz

4 Forschungsfragen

Dieser Arbeit liegen explizite Forschungsfragen zugrunde, die, durch jeweils eigene Kontexte erzeugt, in den folgenden Ausführungen zu einer integrativen Herangehensweise verknüpft und verarbeitet werden sollen. Es handelt sich dabei um Fragen auf verschiedenen Ebenen und mit unterschiedlicher theoretischer und praktischer Erkenntnisreichweite.

4.1 Empowerment als Hilfe zur Lebensbewältigung

Lebensbewältigung wird hier verstanden als die Fähigkeit zu einer eigenständigen, selbstregulativen Handlungsweise des Subjekts innerhalb seiner lebensweltlichen Zusammenhänge. Damit kann Lebensbewältigung sehr unterschiedlich aussehen und je nach Anforderung und Situation auch sehr unterschiedliche Ziele, Verfahren und Motivationen bedeuten. Für diese Arbeit steht neben der grundsätzlichen Frage nach den Möglichkeiten und Notwendigkeiten der Lebensbewältigung in Zeiten postmoderner Gesellschaftsveränderungen vor allem deren Potenzial (sowohl im Sinne von Chancen als auch von Grenzen) für psychisch kranke und hier noch einmal besonders chronisch psychisch kranke Menschen im Vordergrund. Es soll um die Beantwortung der Frage gehen, inwieweit und wodurch die grundsätzlich förderlichen Aspekte eines solchen Ansatzes für die professionelle psychosoziale Arbeit in der Psychiatrie genutzt werden können. Hilfe zur Lebensbewältigung wird dabei als zentraler Inhalt von Empowerment verstanden.

4.2 Empowerment und chronisch psychische Erkrankung

Wenn hier von psychischer Krankheit zu sprechen ist, dann ist damit vor allem chronische psychische Krankheit gemeint, also die langandauernde, chronifizierte Symptomatik, die sich in Kommunikations- und Interaktionspassungsstörungen zwischen dem Individuum und seiner Umgebung ausdrückt.

Folgende Einzelfragen sollen hier bearbeitet werden: Wie ist dieser Prozess der Chronifizierung überhaupt zu verstehen? Was ist und wodurch entsteht Chronifizierung? Wie sind Chronifizierungsprozesse zu verhindern? Welche Konsequenzen ergeben sich aus diesem Verständnis von Chronizität für die Frage nach erfolgreichem Empowerment? Wie kann Empowerment in diesem Bereich überhaupt aussehen? Wann ist ein Empowermentprozess überhaupt als erfolgreich anzusehen?

4.3 Postmoderne

Der dritte forschungsleitende Theoriestrang bildet sich aus dem zunächst theoretischen Diskurs der Postmoderne, der jedoch m.E. auch aus den für alle Bevölkerungsgruppen spürbaren Veränderungen, die sich aus der aktuellen Zeit ergeben, herauszulesen ist. Stichworte dieser Entwicklung sind: Globalisierung, technologische Revolution, das Informationszeitalter, Individualisierung, Pluralisierung. Speziell sollen hier die neuen Ansprüche der Postmoderne an Identität und Subjektverständnis interessieren und inwieweit sie für die Psychiatrie, für die professionellen Helfer und die Betroffenen selbst von konzeptionell-inhaltlicher und direkt erfahrbarer Bedeutung sind. Dazu soll zunächst die Postmoderne allgemein als zeitgeschichtliches

Phänomen untersucht werden, um hiernach die besonderen Veränderungen des psychiatrischen und professionellen Selbstverständnisses zu beleuchten.

4.4 Möglichkeit eines integrativen Empowermentmodells

Letztlich soll aus den oben beschriebenen theoretischen, gesellschaftlichen und professionspraktischen Strängen heraus der Versuch unternommen werden, ein integratives Empowermentmodell für die psychosoziale Arbeit in der Psychiatrie in Zeiten postmoderner Gesellschaftsveränderungen zu beschreiben. Hierzu werden Grundsätze und ein Schema für die weitere Diskussion vorgestellt.

5 „Zusammenarbeit in Schiefelage?“ - Eine mögliche Forschungskritik

Roese schrieb seinerzeit über die von ihm vermutete Unmöglichkeit einer Zusammenarbeit zwischen Professionellen und Betroffenen in der bisherigen Helfer-Klient-Beziehung. Er nimmt an, dass eine Kommunikation nur unter Gleichgestellten möglich ist, dass also die bisherige Lage eine „Zusammenarbeit in Schiefelage“ (Roese 1985, 258) ist. Ob und wie eine tatsächliche und hilfreiche Empowerment-Beziehung gestaltet werden sollte, wird in den folgenden Ausführungen das zentrale Thema sein. Diese Arbeit wird sich mit dem Verhältnis zwischen Förderung von Selbsthilfe und der Notwendigkeit von Fremdhilfe beschäftigen. Es wird dabei sehr genau zu betrachten sein, womit und wodurch ein solcher Hilfeprozess zu gestalten ist, damit ein integratives Empowermentkonzept verwirklicht werden kann. Es wird zu zeigen sein, dass eine dichotome

Gegenüberstellung von Fremd- und Selbsthilfe kontraindiziert ist und vielmehr eine gleichberechtigte und gleichwertige Rangstellung beider Phänomene von Nutzen sein kann. Beide Elemente in ein bestimmtes Konzept zu integrieren, stellt die Grundlage für ein praktikables Empowermentkonzept dar, ohne auf fundamentale Begriffe und Vorannahmen der einzelnen Konzepte verzichten zu müssen. Ob dadurch die Zusammenarbeit zwischen professionellen Helfern und Betroffenen aus der Schieflage befreit und in ein Gleichgewicht gebracht werden kann, bleibt abzuwarten und hängt m.E. im Besonderen davon ab, wie die konkrete Empowermentarbeit strukturell, personell und inhaltlich gestaltet wird. Es wird dargestellt, wie dieses Verhältnis zwischen professionellem und Selbst-Helfer aussehen kann, da es nicht zuletzt um einen Machtdiskurs geht. Denn Empowerment ist ohne den Rekurs auf die Machtfrage nicht zu verstehen und zu praktizieren. Es bleiben die Fragen, inwieweit Professionelle von ihrer Macht absehen und inwieweit Betroffene ihre Macht nutzen oder ergreifen können, um gemeinsam einen erfolgreichen Hilfeprozess zu erreichen.

Teil B - Theoretische Grundlagen für einen neuen psychosozialen Handlungsansatz

Ich zwinge nie jemandem meine Ansicht auf. Nie würde ich sagen: »so ist es richtig« oder »das ist falsch«. Für mich gibt es nichts Richtiges. Aber wenn Sie etwas tun und Sie wissen nicht, was Sie tun, dann ist es falsch für sie. Wenn Sie aber wissen, was sie tun, dann ist, was immer Sie tun mögen, richtig für Sie.

Moshé Feldenkrais (1904-1984)

Kapitel I - Theoretische Grundlagen von Empowerment

1 Begriffsbestimmungen

Empowerment - das ist heute eine Sammelkategorie für alle solchen Arbeitsansätze in der psychosozialen Praxis, die Menschen zur Entdeckung der eigenen Stärken ermutigen wollen. Empowerment bedeutet, Hilfestellungen bei der Aneignung von Selbstbestimmung und Lebensautonomie zu vermitteln und gleichzeitig für die ablaufenden Prozesse des Empowerment selbst verantwortlich zu sein: In summa also die Befähigung zur Selbst-Befähigung der Betroffenen.

In gleicher Weise gilt jedoch auch, dass Empowerment „[...] zunächst einmal ein offener Begriff [ist], der je individuell mit Inhalt zu füllen ist“ (Herriger 1992, 231).

Ziel von Empowerment ist es, die vorhandenen und evtl. verborgenen Fähigkeiten von KlientInnen bzw. NutzerInnen sozialer Dienstleistungen zu eigener Lebensgestaltung und Lebensbewältigung zu kräftigen und Ressourcen zu nutzen, mit denen sie das eigene Leben selbstbestimmt und kreativ gestalten und damit „Kontrolle über das eigene Leben gewinnen“ (Bobzien 1993, 46)

können. Zunächst stellt dabei Empowerment je nach Definition entweder eine „Selbstbefähigung bzw. Selbstbemächtigung“ (Knuf/Seibert 2000), „Gewinnung oder Wiedergewinnung von Stärke, Energie und Fantasie zur Gestaltung eigener Lebensverhältnisse“ (Lenz 2002, 13) oder das Vertrauen in die „Menschenstärken“ (Herriger 1995b). Allen diesen Definitionen ist gemeinsam, dass sie von einer Kraft bzw. einer Macht ausgehen, die jedem Individuum und jeder Gruppe innewohnt, die allerdings verschüttet oder verborgen und damit jedoch potentiell jederzeit zu bergen oder zu aktivieren ist. Dies geschieht – obgleich aus verschiedenen Richtungen als Betroffenen- oder Profi-Perspektive – gleichsam aus einem humanistischen Menschenbild heraus, dass die Subjekthaftigkeit und Individualität des Menschen herausstellt und diese mit besonderem Gewicht belegt (siehe zur etymologischen Bedeutung: Pankofer 2000). Im Anschluss an Zimmerman (2000) lässt sich Empowerment auf mehreren Ebenen spezifizieren und verstehen, im folgenden soll dies sowohl in Hinsicht auf Expertendefinitionen als auch auf Betroffenenendefinitionen geschehen.

1.1 Die Definition aus professioneller Sicht: Empowerment als Unterstützung von Autonomie und Selbstgestaltung

Empowerment aus Sicht der professionellen Helfer betont die Unterstützung und Förderung von Selbstbestimmung durch berufliche Helfer. In diesem Verständnis besitzen also die professionellen Helfer die Möglichkeit, solche Prozesse der Selbstbemächtigung auf Seiten der Betroffenen zu fördern und zu unterstützen und Ressourcen für Empowermentprozesse bereitzustellen. Empowerment ist in diesem Sinne ein Synonym für die

Ausgestaltung einer psychosozialen Praxis, deren Handlungsziel es ist, Menschen

„das Rüstzeug für ein eigenverantwortliches Lebensmanagement zur Verfügung zu stellen und ihnen Möglichkeitsräume aufzuschließen, in denen sie sich die Erfahrung der eigenen Stärke aneignen und Muster solidarischer Vernetzung erproben können“ (Herriger 1997a, 31).

In Anlehnung an Stark (1993) und Herriger (1997b) lässt sich Empowerment zusätzlich wie folgt kategorisieren:

1.1.1 Empowerment im Sinne psychologischer Unterstützung

Psychologisches Empowerment beschreibt die individuelle Seite von Empowerment-Erfahrungen, nämlich die Veränderungen im psychischen Potential von Menschen und Gruppen. Diese Veränderungen sind in der Literatur in unterschiedlichen Begrifflichkeiten gefasst worden.

„Gemeinsam ist diesen das Bild des Schutzschildes: Menschen - an den Endstationen mutmachender Reisen in die Stärken angekommen - erwerben das Schutzschild einer spezifischen seelischen Widerstandsfähigkeit, das es ihnen in ihrer weiteren Biographie möglich macht, die Bedrohungen und Gefährdungen erneuter Hilflosigkeit abzuwehren.“ (Herriger 2004)

Besondere Beachtung hat in der Debatte das Konzept von Antonovsky (1997) gefunden. Psychologisches Empowerment kann im Anschluss an Antonovsky inhaltlich bestimmt werden als die Entwicklung und Bestärkung eines Kohärenzgefühls (sense of coherence). Das Gefühl der Kohärenz ist für Antonovsky ein zentraler Bestimmungsfaktor, in dem ein positives Bild der eigenen Handlungsfähigkeit, das sichere Wissen um die Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens und die Gewissheit der Person, Biographie, Alltagsverhältnisse und soziale Umwelt aktiv und damit auch in einer besonderen Weise in eigener Regie gestalten zu können,

zusammenfließen. Mit dem Modell der Salutogenese werde ich mich im weiteren noch detaillierter beschäftigen, da es ein starkes Referenzmodell zum Empowerment darstellt.

Die Salutogenese ist zwar nicht unbedingt ein neues Modell, dem bereits entsprechend ähnliche vorangegangen sind, es enthält jedoch eine völlig neue Komponente, die auf die Ich-Integrität im Besonderen Maße abzielt.

Vor allem dort, wo Menschen in kritische Lebensetappen eintreten, erweist sich das von Antonovsky so beschriebene Kohärenz-Gefühl als eine bedeutsame Ressource der Gesunderhaltung. Menschen, die ihr aktuelles Leben, ihre Biographie und ihre sozialen Netzwerke als stimmig und wertvoll erachten, verfügen über ein bedeutsames personales Kapital, das es ihnen möglich macht, auch kritische Lebensereignisse oder Lebensphasen gut zu bewältigen. Das Gefühl von Kohärenz entfaltet seine prohibitive Wirkung in dreierlei Weise, wobei die Einzelkomponenten aufeinander einwirken und erst durch diese Kombination die Person vor Krankheiten und anderen lebensverändernden Krisen und Problemen schützt:

„Es führt dazu, dass Menschen einerseits fordernden Situationen mit einem Vorschuss an Optimismus begegnen und sie nicht als Belastung und potentielle Gefährdung von Wohlbefinden einschätzen; dass sie des weiteren ihrer Umwelt weniger ausgesetzt fühlen und kumulierenden Belastungen mit einem geringeren Maß an Ängstlichkeit und diffuser Emotionalität gegenüber treten; und dass sie schließlich in der Lage sind, ein problemangemessen-zugeschnittenes Set von Widerstandsressourcen zu mobilisieren und die für die Situation angemessenen Bewältigungsstrategien zu wählen.“ (Herriger 2004)

1.1.2 Empowerment im Sinne sozialer Unterstützung

Sozialpolitisches Empowerment geht über die Ebene der individuellen Selbstveränderung hinaus. Hinzu kommen auf Seiten der sozialen Unterstützung vor allem Elemente der

Veränderungsmöglichkeiten im öffentlichen Raum, d.h. in der Lebenswelt der Betroffenen. Nach Herriger (2004) umfassen diese im Besonderen:

- „das aktive Engagement des Einzelnen - zivilgesellschaftliche Kompetenz: bürgerschaftliches Engagement und die Übernahme von Verantwortung und Leitungsfunktionen in lokalen Netzwerken der Selbstorganisation; und das aktive Eintreten für eine Demokratisierung sozialer Lebensgüter auf der Bühne der lokalen Öffentlichkeit
- die Selbstverpflichtung auf ein öffentliches soziales Gut: die Bereitschaft, sich jenseits der Grenzen von Eigennutz und partikularen Interessen auf öffentliche Anliegen und Aufgaben einzulassen, sich einzumischen und für ein gemeinsames öffentliches Gut zu streiten;
- ein kritisch-analytisches Verständnis der sozialen und politischen Webmuster der Lebenswelt: das Wissen um hilfreiche Ressourcen, Allianzen und Strategien der Meinungsmobilisierung und der Interessendurchsetzung;
- das gefestigte Vertrauen in die eigene Gestaltungskompetenz zur Veränderung der lokal-politischen Umwelt: das Vertrauen in das eigene Vermögen, (gemeinsam mit anderen) relevante Ausschnitte der Lebenswelt aktiv gestalten und Einfluss auf die kommunalpolitischen Prozesse der Willensbildung und Entscheidungsfindung nehmen zu können.“

In diesen Dimensionen spiegelt sich die Kraft des Einzelnen und solidarischer Gruppen wider, mit einer optimistischen Grundhaltung Problemen und Lebenskrisen zu begegnen. Menschen verlassen die ausgetretenen Pfade erlernter Hilflosigkeit, indem sie ein Gefühl von Stärke und Kompetenz zurückgewinnen, die sie ihre Lebensverhältnisse aktiv gestalten lässt. Sie gehen damit auf eine

„Reise in die Stärke“ (Herriger 1997b), in deren Verlauf sie mehr und mehr ihre eigene Macht im lokal- oder regionalpolitischen Umfeld nutzen können, um die lokale sozialpolitische Landschaft zu verändern.

Damit findet eine Umkehrung der erlernten Hilflosigkeit zu einer „theory of learned hopefulness“ (Zimmerman 1990) statt.

1.2 Die Definitionen aus Betroffenenansicht: Empowerment als Selbstbemächtigung

Die Definitionen von Betroffenen entstammen einem Selbstverständnis, für das folgender Titel eine Ausgabe der Zeitschrift „Soziale Psychiatrie“ (2/1998) leitend scheint: »Von jetzt an nicht mehr ohne uns.« Definitionen in diesem ersten Wortsinn betonen die aktive Aneignung von Macht, Kraft, Gestaltungsvermögen durch die von Machtlosigkeit und Ohnmacht Betroffenen selbst. Empowerment wird hier als ein Prozess der Selbst-Bemächtigung und der Selbst-Aneignung von Lebenskräften beschrieben. Herriger beschreibt dies in Anlehnung an Riessman wie folgt:

„Menschen [...] verlassen das Gehäuse der Abhängigkeit und der Bevormundung. Sie befreien sich in eigener Kraft aus einer Position der Ohnmacht und werden zu aktiv handelnden Akteuren, die ein Mehr an Selbstbestimmung, Autonomie und Lebensregie erstreiten.“
(Herriger 1997a, 30)

Empowerment bezeichnet hier also einen selbstinitiierten und eigengesteuerten Prozess der (Wieder-)Herstellung von Selbstbestimmung in der Gestaltung des eigenen Lebens. Diese Definition betont somit den Aspekt der Selbsthilfe und der aktiven Selbstorganisation der Betroffenen. Sie findet sich vor allem im Kontext von Projekten und Initiativen, die in der Tradition der Bürgerrechtsbewegung und der Selbsthilfe-Bewegung stehen.

Sucht man Empowermentdefinitionen, die psychisch kranke Menschen sich selbst geben, so erreicht man eine Palette von verschieden gefärbten, teilweise aufklärend wirkenden, teilweise offensiv vorgelegten Ansätzen und Versuchen. Spätestens seit dem Weltkongress für Soziale Psychiatrie in Hamburg 1994, der für viele ein Meilenstein in der sozialpsychiatrischen Entwicklung darstellt, weil zum ersten Mal Betroffene auf einem Kongress dieses Ausmaßes Gehör fanden für ihre Ansichten und Gedanken, ist die Bezeichnung der „Psychiatrie-Erfahrenen“ ein feststehender Begriff. Er deutet - ebenso wie die offensiv verwendete Bezeichnung als „Verrückter“ - auf ein neues Selbstbewusstsein innerhalb der Gruppe der Betroffenen hin. Psychische Krankheiten werden von einigen Betroffenen nicht mehr länger als Makel oder Krankheit sondern als selbstbewusst vorgetragene Tatsache deutlich präsentiert. Längst wollen die Betroffenen „Experten in eigener Sache“ (Geislinger 1998) sein, also den fälligen Entwicklungsschritt gehen, den die körperlich Behinderten, z.B. mit der Krüppelbewegung, gegangen sind. Über Psychoseinhalte wird öffentlich gesprochen, und einige Betroffene finden den Mut und einen Verleger, über ihre »Ver-rückungen« einem breiten Publikum gegenüber zu schreiben (Bock 1994). Da wird der Weg „vom Chaos zur schöpferischen Ordnung“ (Holderbusch 1994) ebenso deutlich als Gesundungsprozess und Reintegration verlorengegangener und vermisster Anteile beschreiben und mit viel Selbstbewusstsein als dem Expertenwissen der Professionellen entgegen gesetzt verstanden (Türk 1994).

Diese forsche und selbstbewusste Art, die sich vor allem in den Publikationen psychisch kranker Menschen wieder findet, wird im individuellen Krankheitsprozess und in der institutionalisierten Hilfe allzu oft als „Krankheitsuneinsichtigkeit“ und „non-compliance“ abgewertet, wenn nämlich eigene Bewältigungsversuche als zentraler angesehen werden als professionelle Interventionen. Als

eine der prominentesten Vertreterinnen dieser Bewegung kann Dorothea Buck angesehen werden, die in zahlreichen Vorträgen und Aufsätzen ihre Thesen zur Entstehung und Bedeutung von Psychosen und ihre eigene erfolgreiche Bewältigung der Krankheit beschreibt (Buck 1992, 1998). Auch der Erfahrungsbericht von Sophie Zerchin alias Dorothea Buck (1999) zeigt einen erfolgreichen Versuch der Bewältigung mehrerer, schwerer akuter Psychosen, indem sie die durch sie selbst erarbeitete Sinnerzeugung beschreibt und damit verdeutlicht, welchen kurativen und rehabilitativen Wert eine solche »Versinnlichung« der psychotischen Inhalte hat. Bedeutend sind diese Beschreibungen insofern, als sie einen ressourcenmächtigen, positiven Blick auf die individuellen Möglichkeiten der Betroffenen werfen und helfen, Psychosen nicht unter dem Krankheitsaspekt sondern vielmehr als tiefgreifende Lebenskrise zu begreifen. Sie ermöglichen ein tieferes Verständnis für die in der psychotischen Krisen aufbrechenden Ängste und Verunsicherungen.

In den USA gibt es um Judi Chamberlin aus dem Center for Psychiatric Rehabilitation, die sich selbst als „psychiatric survivor“ bezeichnet, eine recht progressive Gruppe von Betroffenen, die sich sogar via Internet zur ihrer Definition von Empowerment in die Diskussion einbringt. In ihrem National Empowerment Center diskutiert sie mit Betroffenen Fragen der eigenen Rolle als Betroffene, politische Entwicklungen und eigene Einflussmöglichkeiten auf die gesellschaftliche und politische Realität. Sie definiert Empowerment in seinen verschiedensten Qualitäten:

1. having decision-making power
2. having access to information and resources
3. having a range of options from which to make choices (not just yes/no, either/nor)
4. assertiveness
5. a feeling that the individual can make a difference (being hopeful)
6. learning to think critically; learning the conditioning; seeing things differently; e.g.;
 - a. Learning to redefine who we are (speaking in our own voice)
 - b. learning to redefine what we can do
 - c. learning to redefine our relationships to institutionalised power
7. Learning about and expressing anger
8. Not feeling alone; feeling part of a group
9. Understanding that people have rights
10. Effecting change in one's life and one's community
11. Learning skills (e.g., communication) that the individual defines as important
12. Changing other's perceptions of one's competency and capacity to act
13. Coming out of the closet
14. Growth and change that is never ending and self-initiated
15. Increasing one's positive self-image and overcoming stigma.

Quelle: <http://www.power2u.org/empower/workingdef.html>, abgerufen am 12.11.2000, dt. Übersetzung in Soziale Psychiatrie 2/1998, S. 9)

Diese Auflistung von Merkmalen eines Empowermentmodells zeigt zwar eine deutliche Nähe zu professionellen Definitionen, aber auch eine spezifische Besonderheit, da viele verschiedene Dimensionen eines individuellen und kollektiven Empowerments angesprochen werden.

Seit den 1970'er Jahren, in denen sowohl die Selbsthilfebewegung im Allgemeinen als auch die sozialpsychiatrische Emanzipation von bestimmten Patienten(-gruppen) entstanden, gibt es immer wieder institutionalisierte Empowermentversuche. Sie reichten von politisierten Bewegungen, wie dem Sozialistischen Patientenkollektiv in Heidelberg, über Patientenkreise, wie dem Aktionskreis '71 in Hamburg, bis hin zu der wohl bekanntesten Alternative, die auf Betroffenenengagement fußt, nämlich dem Berliner Weglaufhaus, gab es immer wieder Versuche, Empowerment zu verfestigen und

eine korporative Alternative zu installieren. Diese Versuche waren und sind mehr oder weniger erfolgreich im Sinne einer gelungenen Institutionalisierung. Worin liegt die Schwierigkeit einer von Betroffenen getragenen, kontinuierlich angebotenen Alternative? Immerhin ist es flächendeckend in der Bundesrepublik nicht zu einer Betroffenenbewegung gekommen. Eine Ausnahme bilden internationale Netzwerke, wie z.B. das Europäische Netzwerk von Psychiatrie-Betroffenen bei der WHO, der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener und wenige regional tätige Gruppen. Außer diesen zeigt sich die Selbsthilfe im Bereich psychisch kranker Menschen jedoch als sehr instabil und diskontinuierlich. Lehmann hat diese Schwierigkeiten zusammengefasst, indem er zwei Gruppen von Psychiatrie-Betroffene unterscheidet. Dies seien zum einen diejenigen, die

„ihr Leben genießen wollen, in Ruhe gelassen werden wollen, Kontakte zu Gleichgesinnten pflegen und ein erträgliches Leben führen möchten. Eine Änderung der Psychiatrie steht für sie nicht auf der Tagesordnung, entweder weil sie die Psychiatrie o.k. finden oder vereinzelt sind oder keine Chance hierzu sehen.“ (Lehmann 1998, 9)

Die zweite Gruppe umschreibt er wie folgt:

„Für die anderen steht im wesentlichen tendenziell eine Haltung im Mittelpunkt, die das Wort „Empowerment“ am besten wiedergibt. [...] Betroffene wollen die Kompetenz über ihr eigenes Leben erhalten oder wiedergewinnen.“ (Lehmann 1998, 9)

Bemerkenswert sind ebenfalls die von Betroffenenverbänden mit ins Leben gerufenen Tribunale, die in der Tradition der Psychiatriekritik der Antipsychiatrie die latenten Menschenrechtsverstöße in der psychiatrischen Versorgung anprangern (z.B. das Tribunal Foucault 1998, Berlin - veröffentlicht in: Soziale Psychiatrie 2/1998 oder das Russell Tribunal, 2001 in Berlin).

Insgesamt enthalten die von den Betroffenen beschriebenen Empowermentdefinitionen viele wichtige Aspekte, vor allem im

Bereich eines alternativen Psychoseverständnisses und den Möglichkeiten erfolgreichen Empowerments. Die Grenzen dieser Beschreibungsversuche liegen jedoch in der fehlenden Verbreitung solchen erfolgreichen Empowerments. Anders als in anderen sozialen Bewegungen scheint die Frage nach erfolgreicher Verankerung einer Idee von wesentlich mehr Faktoren abzuhängen. Diese scheinen m.E. in der gesellschaftlichen Definition und in den Wesensmerkmalen der Krankheiten selbst zu liegen.

1.3 Versuch einer Synthese in Form einer eigenen Empowermentdefinition

Der Begriff „Empowerment“ ist am ehesten mit (Befähigung zur) Selbstbefähigung und Selbstbemächtigung zu definieren und meint die (Zurück-)Gewinnung von Stärke, Eigensinn und Autonomie. Damit sind die Prozesse oder Interventionen gemeint, die Menschen in mutmachender Weise ihre eigenen Fähigkeiten verdeutlichen und nutzen lassen. Empowerment meint besitzt damit einen emanzipatorischen Anspruch, der sich in der (Wieder-)Herstellung von Lebensbewältigungs bzw. –gestaltungskompetenzen zeigt. Nach Herriger (2004) lauten weitere Aspekte von Empowerment:

- „Die Fähigkeit, aus der bunten Vielzahl der angebotenen Lebensoptionen auswählen und eigenverantwortete Entscheidungen für die eigene Person treffen zu können.
- Die Fähigkeit, für die eigenen Bedürfnisse, Interessen, Wünsche und Phantasien aktiv einzutreten und bevormundenden Übergriffen anderer in das eigene Leben entgegen treten zu können.
- Die Erfahrung, als Subjekte die Umstände des eigenen Lebens (Selbst-, Sozial- und Umweltbeziehungen) produktiv gestalten und erwünschte Veränderungen "in eigener Regie" bewirken zu

können (die Erfahrung von Selbstwirksamkeit und Gestaltungsvermögen).

- Die Bereitschaft und die Fähigkeit, sich belastenden Lebensproblemen aktiv zu stellen (und nicht zu Mustern der Verleugnung und der Nicht-Wahrnehmung Zuflucht zu suchen), wünschenswerte Veränderungen zu buchstabieren und hilfreiche Ressourcen der Veränderung zu mobilisieren
- Das Vermögen, ein kritisches Denken zu lernen und das lähmende Gewicht von Alltagsroutinen, Handlungsgewohnheiten und Konditionierungen abzulegen.
- Die Fähigkeit, sich aktiv Zugang zu Informationen, Dienstleistungen und Unterstützungsressourcen zu eröffnen und diese „zum eigenen Nutzen“ einzusetzen.
- Die Einsamkeit überwinden und die Bereitschaft, sich in solidarische Gemeinschaften einzubinden.
- Das Einfordern der eigenen Rechte auf Teilhabe und Mitwirkung und die stete Bereitschaft, offensiv gegen stille Muster der Entrechtung einzutreten.“

Durch diese Aspekte sind deshalb sowohl Eigenbemächtigung als auch Fremdbefähigung gemeint, also sowohl Partzipation und Teilhabe als auch Integration und Teilnahme. Somit besteht Empowerment sowohl in einer professionellen Handlungsweise wie auch in einer durch die Betroffenen selbst übernommenen Verantwortung für ihre Belange. Diese Besonderheit des Empowermentkonzeptes ist gleichzeitig eine Chance, da hier professionelle Konzepte und Wege von Betroffenen zu einem gemeinsamen Ziel führen bzw. von einer gemeinsamen anthropologischen Grundlage ausgehen, nämlich der Veränderbarkeit von Situationen und der Gewinnung von Stärke auch in scheinbar ohnmächtigen Situationen oder Lebensphasen.

1.4 Der Unterschied von „empowering“ und „being empowered“: Zum Prozess von Empowerment

Im großen und ganzen kann man beim Empowerment von zwei unterschiedlichen Dimensionen des Prozesses ausgehen, die mit den Begriffen „empowering“ und „empowered“ bezeichnet werden können, wobei erster die Fähigkeit oder Eigenschaft einer Person oder Institution kennzeichnet, Menschen zu empowern und der zweite Begriff das Resultat dieser Bemühungen beschreibt. Ähnlich wie Stark (1996) und Kieffer (1984) hat auch Herriger (1992) einen Versuch unternommen, den Prozess des Empowerment in typische Phasenfolgen zu unterteilen:

Das ist zum ersten die Phase der Mobilisierung: Sie zeichnet sich dadurch aus, dass Menschen sich eines Problems bewusst werden, dass sie, ihre Lebensumwelt oder ihnen nahe stehende Menschen betrifft. Dabei kann es sich sowohl um Erfahrungen der Stigmatisierung, der sozialen Unsicherheit durch Arbeitslosigkeit oder auch um krisenhafte Krankheitserfahrungen handeln. „Am Anfang steht so für den einzelnen eine tiefgreifende Erschütterung seiner sozialen Identität“ (Herriger 1992, 232). Hinzu kommen muss in dieser Phase jedoch der „mutige Schritt aus der Vereinzelung“ (Herriger 1992, 232) und die Suche nach Kontakt zu anderen, ebenfalls von dem Problem betroffenen Menschen.

In der zweiten Phase, die als Phase der Formierung beschrieben werden kann, treten diese Menschen in eine gemeinsam von ihnen gebildete, wie auch immer geartete Organisationsform (lose Treffen, Netzwerke, Verbände etc.) ein, um sich dem damit gemeinsam gewordenen Problem zu stellen. Darüber hinaus zeichnet diese Phase sich dadurch aus, dass die Gruppe gemeinsame Ziele

bestimmt und erste Schritte gemeinsamer Handlungen überlegt (z.B. Kontakte zu Kommunalpolitikern oder Experten).

In der dritten Phase, der Phase der entwickelten Politikfähigkeit, hat sich die Gruppe nach Herriger (1992) so weit formiert, dass sie sowohl Organisations- als auch Konfliktfähigkeit gewonnen hat, um ihr mittlerweile mit Lösungsvorschlägen ausgestattetes Problem einer größeren Menge Nicht-Betroffener vorzustellen und Forderungen zu stellen. Dieser letzte Schritt stellt eine Form der Institutionalisierung dar und kann z.B. zur Gründung einer Bürgerinitiative, eines Vereins oder einer anderen Gruppenform führen.

Für Zimmerman (2000) ist deshalb die Unterscheidung in Prozess (empowering) und Ergebnis (empowered) in Bezug auf die Analyse der jeweiligen Formen von großer Bedeutung. Ein Vergleich zwischen den Analyseebenen verdeutlicht dies:

Level of analysis	Process (“empowering”)	Outcome (“empowered”)
Individual	<ul style="list-style-type: none"> - Learning decision-making skills - Managing resources - Working with others 	<ul style="list-style-type: none"> - Sense of control - Critical awareness - Participatory behaviours
Organizational	<ul style="list-style-type: none"> - Opportunities to participate in decision-making - Shared responseabilities - Shared leadership 	<ul style="list-style-type: none"> - Effectively compete for resources - Networking with other organizations - Policy influence
Community	<ul style="list-style-type: none"> - Access to resources - Open government structure - Tolerance for diversity 	<ul style="list-style-type: none"> - Organizational coalitions - Pluralistic leadership - Residents’ participatory skills

Tabelle 1: Analyseebenen von Empowerment nach Zimmerman (2000, 47)

Somit sind „empowering organizations“ nach Zimmerman solche, die in der Lage sind folgende Charakteristika aufzubauen und zwar in folgender Form und Art:

- (1) a culture of growth and community building;
- (2) opportunities for members to take on meaningful and multiple choices;
- (3) a peer-based support system that helps members develop a social identity;
- (4) shared leadership with commitment to both members and the organization. (Zimmerman 2000, 52)

Diese für alle Humanorganisationen geltenden Regeln gelten insbesondere für helfende Organisationen, in und mit denen psychosoziale Probleme von Individuen oder Gruppen gelöst werden sollen.

2 Entstehung und Entwicklung von Empowerment

In diesem Abschnitt soll zunächst die Historiographie des Empowermentgedankens und der mit ihr verbundenen sozialen Bewegungen dargestellt werden, um hiernach auf Experten- und Versorgungskritik, das Ziel und die Grenzen von Empowerment einzugehen.

2.1 Zur Geschichte von Empowerment

Auf welche historische Entwicklungslinien kann sich das Empowermentkonzept berufen? Man kann Empowerment sowohl politisch als auch psychologisch verstehen, d.h. dass in beide Richtungen historische Wurzeln zu finden sind. Darüber hinaus gibt es eine generelle, die beide Seiten zusammenführende Grundrichtung, die historisch gesehen mit der Moderne begann und in der heutigen postmodernen Debatte aufgegriffen wird.

Die Moderne zeichnet sich als Epoche vor allem dadurch aus, dass der zunehmenden Komplexität, die aus der Aufklärung und dem Ende des monokausalen, scholastischen Weltbildes hervorgeht, dadurch begegnet wird, dass immer mehr Bereiche des gesellschaftlichen Leben und Arbeitens institutionalisiert werden. Es entstehen Berufe und Bereiche, die bestimmte, von der Gesellschaft ihnen zugewiesene und von ihnen angenommene Aufgaben übernehmen, darin ein Spezialistentum entwickeln und sich derart individualisieren, dass ihre Tätigkeit einen geschützten Raum erhält, der u.a. durch Ausbildungen, Ordnungen oder Gesetze geschützt wird. Diese zunehmende, von der Systemtheorie Luhmanns so genannte Funktionsdifferenzierung führt jedoch dazu, dass die „formierte Gesellschaft“ (Ludwig Erhard) zunehmend in unterschiedlichste Funktionsbereiche zerfällt und mit ihr die Arbeitswelt in ein immer komplexeres Feld der verschiedensten Zuständigkeiten aufgegliedert wird (Luhmann 1975).

Dies trifft insbesondere im Bereich der psychosozialen Arbeit zu und scheint sich in jüngster Zeit noch weiter fortzusetzen. Zeitgleich ist eine Entwicklung zu beobachten, in der versucht wird, auseinanderfallende Aufgaben durch multi-, inter- oder transdisziplinäre Projekte wieder zusammen zu führen. Für den Menschen bedeutete die von der Gesellschaft vollbrachte Komplexitätsreduktion einerseits eine Erleichterung, da zunehmende Pluralität aufgeteilt und bestimmten Professionen zugewiesen werden konnte, andererseits jedoch eine Entfremdung (Marx, Weber), die nicht zuletzt zur Institutions- und Expertenkritik des letzten Jahrhunderts führte.

Verschiedene Soziale Bewegungen haben dann in der Folge versucht, dieser Entmenschlichung entgegenzutreten, woraus schließlich das Empowermentkonzept erwuchs bzw. wiedererwachte.

So hat Solomon (1976) den Begriff des Empowerment zum ersten Mal in Zusammenhang gebracht, indem sie von einer neuen Philosophie des Helfens im „Schnittfeld der Traditionslinien von Bürgerrechtsbewegung und radikal-politischer Gemeinwesenarbeit“ (zitiert nach: Herriger 1997b, 18) spricht. Eine weitere Übersicht über die Herkunftslinien von Empowerment gibt Simon (1994) zumindest aus Sicht der us-amerikanischen Geschichte. Sie entdeckt dort neben der Bürgerrechtsbewegung der Schwarzen Bevölkerung, des Feminismus, der Selbsthilfebewegung und der »Community-Action-Programme« auch ältere Wurzeln, wie etwa die Protestantische Revolution des 16. Jahrhunderts oder der demokratischen Politik des amerikanischen Präsidenten Thomas Jeffersons (1743-1862) sowie schließlich den Anarchismus des 19. Jahrhunderts (Simon 1994). In diesem Sinne sind Selbsthilfe und Empowermentbewegung ein erstes Zeichen für Veränderungswünsche und -vorstellungen der bis in die Moderne hinein beherrschten Menschen, die sich bislang in die Logik der Institutionen und der Expertenheerrschaft einfügten (Hellerich/White 1992).

Wie Keupp (1992b) ausführt, zeigten sich in der Moderne vor allem Zwänge, das das Subjekt sich in ein moralisches Korsett zu zwängen hatte, welches durch konvergente Lebensführungs- und Erziehungsregeln geschnürt wurde. Die damit verbundene Enge gab einerseits Sicherheit, andererseits wurde sie bereits in der Moderne als Einschränkung und Hinderung erlebt.

Für das, was als Postmoderne bzw. Individualisierung beschrieben wird, schreibt Toulmin:

“Geistige und soziale Muster, die früher den Vorzug der Stabilität und Vorhersagbarkeit aufwiesen, zeigen sich heute als mit dem Nachteil der Stereotypie und Anpassungsunfähigkeit behaftet. Erlegt man dem Denken und Handeln weiter alle Forderungen der unkritisch übernommenen Moderne auf - Strenge, Exaktheit und Systemhaftigkeit -, so läuft man Gefahr, die Ideen und Institutionen

nicht bloß stabil zu machen, sondern verknöchern zu lassen und sie nicht auf vernünftige Weise den neuen Anforderungen neuer Situationen anpassen zu können.“ (Toulmin zitiert nach: Keupp 1992b, 26)

Die zunehmende Segmentierung der Gesellschaft führte schließlich zu einem immer weiter auseinander klaffenden Spalt zwischen dem, was von den Menschen verlangt (auch an Anpassung) und was sie zu leisten im Stande waren. Dies bezieht sich auch und vor allem auf die Fragen nach ihren Bedürfnissen. Gronemeyer (1988) hat diese Entwicklung durch ihre „Bedürfnisphilosophie“ einer Analyse unterzogen, die zeigt, dass Bedürfnisproduktion und Bedürfnisbefriedigung nicht mehr zwei Seiten einer Medaille waren, sondern in der Moderne zunehmend voneinander getrennt wurde. Bis zu dem Punkt, an dem Bedürfnisse produziert wurden, deren Befriedigung das Subjekt zwar konsumieren jedoch nicht mehr kontrollieren kann. Horckheimer/Adorno (1988) beschrieben diesen Befund durch den Begriff der „Kulturindustrie“, die zunehmend die Nachfrage nach Bedürfnisbefriedigung durch Angebotsschaffung schürte. Die von Gronemeyer (1988) schließlich vorgeschlagene Alternative lautet daher in einer Art der Bedürfnis-Existenzwirtschaft, die sie „Leben-in-Daseinsbedingungen“ nennt. Hierdurch soll die Kluft zwischen den Bedürfnisobjekten und dem Subjekt dadurch verringert werden, dass der Mensch selbst wieder in die Lage versetzt wird, seine Bedürfnisse selbst zu befriedigen bzw. vor der Gefahr bewahrt wird, ständig von einer Kulturindustrie mit neuen Bedürfnissen attackiert zu werden, die er ohne das Angebot dieser scheinbar wichtigen Bedürfnisse nicht hätte. Dieses Konzept ist dem der Selbstbefähigung des Individuums sehr nahe und kann deshalb als wesentliche erkenntnisleitende philosophische Grundlage gesehen werden.

Auf der anderen Seite trifft der Befund Elias (1997) über die Sublimierung der Triebe besonders auf unsere Frage zu, da davon auszugehen ist, dass ein „gezähmtes Subjekt“ leichter zu kontrollieren und mit neuen, artifiziellen Bedürfnissen auszustatten ist. Entsprechend den von Elias so benannten Selbstzwängen geriet das Subjekt zunehmend unter Druck seine Eigenart jenseits der geformten und akzeptierten Bedürfnisse zu verteidigen und zu erhalten. Eine Befreiung aus diesem zivilisatorischen Zwangskorsett gelang und gelingt daher nur gesellschaftlich segregierten Gruppen, wie psychisch kranken Menschen, Straftätern oder jugendlichen Gruppen, die deviantes Verhalten zeigen.

Diese Entwicklung ist daher im Lichte postmoderner Veränderungen erneut zu betrachten und scheint für das uns vorliegende Thema von großer Bedeutung, zeigt sich vielleicht durch die aufkommende Variabilität und die zunehmende Fähigkeit des Menschen, mit Divergenzen und damit Abweichungen im menschlichen Verhalten umzugehen, eine Chance für einen integrierenden und empowernden Umgang mit chronisch psychisch kranken Menschen als solch typisch „Abweichenden“.

Die Postmoderne - und das soll eine der Hauptthesen dieser Arbeit sein - zeichnet sich jetzt dadurch aus, dass sie die in der Moderne erworbenen Errungenschaften und Gefahren gleichsam rekursiv in das Gegenteil wandelt, ohne dabei die positiven Errungenschaften wie Freiheit und Demokratie zu gefährden. Auf das Positiv-Konto der Postmoderne ist dabei vor allem zu zählen, dass sie wieder komplexe und multivariable Identitäten zulässt ohne sie gesellschaftlich negativ zu sanktionieren. Dies bedeutet zwar nicht, dass die Gesellschaft und der Staat als von ihr beauftragtes Organ keine Grenzen für diese Identitätspluralität setzt. Diese sind u.a. im Grundgesetz verfasst und als Freiheitsrechte beschrieben, die

wiederum dort ihr Ende finden, wo Anderen Schaden zugefügt wird. Gleichwohl heißt es, dass viel mehr Vielfalt und Akzeptanz vorherrscht, die nicht staatlich sanktioniert wird. Damit herrschen heute wie kaum jemals zuvor, für eine wie in dieser Arbeit entwickelte Empowermentperspektive als Hilfe zur Lebens-Selbst-Bewältigung bessere Chancen für deren gesellschaftlichen Aufstieg.

Aus historischer Sicht können des weiteren die im letzten Jahrhundert erstarkenden Sozialen Bewegungen der Frauen-, Umwelt-, Antikriegs- und Bürgerrechtbewegung als deutliche Zeichen gewertet werden, dass die neuen, postmodernen Gesellschaften einen guten Nährboden bilden für Empowermentprozesse. So nahm denn auch die schwarze Bürgerrechtsbewegung als erste den Empowermentbegriff mit auf und formulierte ihn insbesondere als Macht- oder Politikbegriff derart, dass er für die Bewegung, die mehr Rechte und Privilegien für die Schwarze Bevölkerung der USA fordert, brauchbar wurde. Das (Rück-)Gewinnen von Power sollte die kollektiven Bedürfnissen nach Integration, sozialer Anerkennung und sozioökonomischem Wohlstand voranbringen.

Als die personelle Verkörperung einer erstarkten weil empowerten Bevölkerung gilt sicherlich Mahatma Ghandi (1869 - 1948), der es in der Mitte des letzten Jahrhunderts verstand, gegen eine Kolonialmacht aufzustehen und seine Power den unterdrückenden und diktierenden Regeln einer fremden Macht in seinem Land entgegenzusetzen. Er setzte damit das durch, was heute als erfolgreiches Empowerment verstanden wird, nämlich die individuelle Entscheidungsfreiheit und die Erlangung politischer Freiheit und Selbstbestimmung der Bevölkerung.

2.2 Der Anlass: Experten- und Versorgungskritik

Eine wichtige Quelle zum Verständnis eines Empowermentkonzeptes bildet die Kritik an den Versorgungs-, Behandlungs- und Betreuungsstrukturen im medizinischen System, in der Bildung und Erziehung (Antiautoritäre Bewegung) sowie dem Sozialen Sektor (hier insbesondere des Umganges mit psychischer Krankheit). Diese gesellschaftlichen Entwicklungen haben wesentlich dazu beigetragen, dass über strukturelle Verformungen der Helfer-Klient, Arzt-Patient oder Lehrer-Schüler-Beziehungen nachgedacht wurde. In allen diesen Sphären sollten Veränderungen bewirkt werden, die eine Abkehr von einem paternalistischen Verständnis und Verhältnis bedeuteten.

Literarisch kann die Enttarnung von scheinbar Selbstverständlichem mit der Geschichte um des Kaisers neue Kleider von H.C. Andersen beschrieben werden. Besagter Kaiser ging schließlich in der Vorstellung umher, er habe sehr schöne Kleider von einem Händler bekommen, die man allerdings nicht sah. Keiner, der dem König geneigt oder von ihm abhängig war, mochte zugeben oder dem Kaiser sagen, dass er nur nackt sei. Alle gaben sich der Illusion bzw. Selbsttäuschung um des Kaisers neue Kleider hin. Und so hat es in der Geschichte der Professionellen lange gedauert, bis eine Gegenbewegung wissenschaftlich und sozial aktiv analysierte, was die sich entwickelnde Expertenherrschaft an Nachteilen nach sich zog.

In der kritisch-soziologischen Analyse der Zusammenhänge von System und Lebenswelt wird die Möglichkeit der Entkoppelung der beiden Bereiche beschrieben. Dieses auch von versorgungskritischer Seite angedeutete Thema zieht sich wie ein roter Faden durch die behandelte Materie und der mit der Selbsthilfefrage einhergehenden

Konflikte. Die Kolonialisierung der Lebenswelt als Ausdruck der scheinbaren Dominanz von systemischen Funktionen, das Eindringen von Macht und Geld in die Lebenswelt der Menschen und vor allem deren Steuerungsfunktion entfremden das Individuum von ursprünglich zwischenmenschlich geleisteter helfender Interaktion. Selbst Fragen der persönlichen Lebensführung oder der Gesundheit werden durch monetäre oder materielle Einflüsse gesteuert. Kolonialisierung entsteht dort, wo

„die notwendige, aber scheinbar noch problemlose institutionelle Verankerung der systemischen Steuerungsmedien Macht und Geld gleichsam über ihr Ziel hinausschießt und in Bereiche der Lebenswelt eindringt, die auf verständigungsorientiertes Handeln angewiesen sind und die deshalb nur um den Preis pathologischer Nebeneffekte auf die Steuerungsmedien Geld und Macht umgestellt werden können“ (Rauschenbach 1999, 139 f.).

Diese Nebeneffekte wurden von Kritikern des medizinischen und psychosozialen Systems bereits eingehend beschrieben (Illich 1979; Gronemeyer 1988; Kling-Kirchner 1989; Hellerich 1989 und 1993). So beschreibt Hellerich (1985) denn auch den „homo therapeuticus“ als das neuzeitliche Modell des Menschen, indem er aufzeigt, wie stark ein therapeutischer Imperialismus die Lebenswelt der Menschen bestimmt. Dabei bezieht er die in den 1980'iger Jahren boomende Selbsthilfebewegung mit ein, indem er hier die Selbsttherapie konstatiert. Für Herriger (1991) stellt in diesem Zusammenhang die von den Professionellen erzeugte „Inszenierung von Hilfebedürftigkeit“ eine nicht zu leugnende Tatsache dar, die jedoch nicht konstitutiv für den Hilfeprozess sein muss, wenngleich der Beginn im Rahmen einer Inanspruchnahme von psychosozialen Hilfen vom Klienten selbst immer als eine Art Hilflosigkeit erlebt wird, da die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten überfordert scheinen. Jedoch ist mit Herriger von der Gefahr auszugehen, dass diese Hilfsbedürftigkeit nicht genügend reflektiert wird und damit einer Chronifizierung anheim fällt. Rappaport stellt die Bedeutung von

Sprache für die Art, wie mit psychosozialen Problemen umgegangen wird, in den Vordergrund, und schreibt:

“Medical thought and language, which has now extended itself to encompass not only our views of physiological and neurological processes but also our views of interpersonal relationships, tends to have an iatrogenic effect on our ability to handle our problems in living in the absence of expert advice.“ (Rappaport 1986, 65)

Die wohl fundamentalste Kritik stammt von Ivan Illich, der in seinen Publikationen zur Expertendominanz das professionelle Helfersystem - und allen voran die Medizin als die Profession schlechthin - in seinen Grundsätzen kritisiert. So klagte Illich (1979) die Experten in psychosozialen bzw. helfenden Berufen an, sich gegenüber den ihnen anvertrauten oder hilfeschuchenden Klienten insofern unprofessionell zu verhalten, als dass sie ihre Expertenmacht unverhältnismäßig einsetzten bzw. sich über die Gefahren eines daraus resultierenden Abhängigkeitsverhältnisses nicht ausreichend im klaren seien. Illich führt die „Herrschaft der Experten“ auf die Tatsache zurück, dass die Gesellschaft ihnen die Autorität über Bedürfnisbefriedigung übertragen hat und diese Macht, „Bedürfnisse gesetzlich zu regeln“ und „zu entscheiden, wer was benötigt“ zu einer absoluten Hegemonie führt. Experten rationieren nach Illich nicht nur die Mittel, sie definieren auch, wer zu der Gruppe der „Hilfsbedürftigen“ gehört.

„Was einzig zählt, ist die Vollmacht der Experten, einen Menschen als Klienten oder Patienten zu definieren, die Bedürfnisse dieses Menschen zu bestimmen und ihnen ein Rezept auszuhändigen, das seine neue gesellschaftliche Rolle definiert.“ (Illich 1979, 15)

Illich verlangte die „Entlarvung des elitären Expertenethos“ und die Aufarbeitung der bis dahin „entmündigenden Expertenheerrschaft“, die den Weg bereiten würde „zur freien Entfaltung nichthierarchischer, aus der Gemeinschaft hervorgegangener Kompetenz“ (Illich 1979, 7).

Wenngleich diese aus heutiger Sicht utopisch anmutende Forderung in weiten Teilen nicht eingelöst scheint, so hat sie doch viele Prozesse angestoßen, die eine weitere Demokratisierung und Verflachung von Hierarchien nach sich zog. Als Beispiel sei hier die Diskussion um Erziehungsstile und Autoritäten in der Erziehung ebenso wie neue Lernmethoden in der Schule sowie veränderte Heimstrukturen genannt. Es sind damit im Sinne Illichs Teilerfolge zu verzeichnen, die das Verhältnis von Wissenden und Lernenden (Experten und Laien) neu bestimmte und für eine freiere Entwicklung öffnete. Diese u.a. von Gronemeyer (1988) vertretene These, dass sich Expertentum als Legitimationsquelle für Macht ausnutzen lässt, ist verbunden mit der Kritik Illichs, dass Experten erst die Bedürfnisse befriedigen, die sie selbst durch Diagnosen von Hilfebedürftigkeit selbst definierten und damit den Bedarf nach einer Befriedigung dieser Bedürfnisse erst schufen. Und die Bedürfnisbefriedigung erfolgte dann auch meistens durch die Experten selbst und nicht mehr durch die Betroffenen. Und darin schloss Illich explizit die helfenden Berufe mit ein:

„Die neuen Spezialisten, die nichts anderes tun, als solche menschlichen Bedürfnisse zu befriedigen, die ihre Zunft erst erfunden und definiert hat, kommen gerne im Namen der Liebe daher und bieten irgendeine Form der Fürsorge an.“ (Illich 1979, 14)

In diesem Sinne besteht für die psychosoziale Hilfestellung eine Gefahr darin, dass durch scheinbar professionelle Instrumente, wie z.B. einer Diagnosestellung, nicht nur kolonialisierende, sondern auch „knappheitserzeugende Kräfte“ angewandt werden, die dem einen Macht zuweisen und sie damit dem anderen gleichzeitig entziehen (Gronemeyer 1988). Die dem Betroffenen zugewiesene Rolle ist hiernach die eines „Hilfe- oder Rezeptempfängers“, der lediglich passiv darauf warten kann, was ihm der Experte rät oder verschreibt. Er entwickelt sich zum homo consumptis. Anders gewendet bedeutet dies, dass bisheriges Laienwissen oder

Laienmeinung per komplementärer Rollenverteilung von expertokratisch Wissenden und abhängig Unwissenden negiert und nicht weiter beachtet werden musste. Weiterhin erkennt Illich richtig, dass diese Rollenzuweisung durch eine allzu schnelle und willfährige Rollenübernahme der Betroffenen ergänzt, ja erleichtert wird:

„Die Experten konnten erst dann ihre dominierende Stellung erreichen und ihre entmündigende Funktion ausüben, als die Menschen bereit waren, tatsächlich als Mangel zu empfinden, was der Experte ihnen als Bedürfnis dekretiert.“ (Illich 1979, 21)

Lobning argumentiert in einer ähnlichen Richtung, in dem er schreibt:

„Der professionellen Allmacht der Institutionen im Gesundheitsbereich und der tendenziellen Entmündigung der Klienten entspricht eine komplementäre passive und expertenhörige Haltung der Klienten.“ (Lobning 1993, 62)

Dieser von Illich als „homo consumentis“ bezeichnete Klienten-Typ kann durch Befunde aus anderen Modellen, wie z.B. der „Erlernen Hilfllosigkeit“ (Seligman 1999) oder anderen kognitiv-psychologischen Modellen in Bezug auf Bewältigungsmuster (z.B. der Salutogenese und dem dazugehörigen Kohärenzsinn: Antonovsky 1997) unterstützt werden. Es scheint also auf Seiten der Betroffenen das häufig zu fehlen bzw. durch strukturelle Bedingungen verdrängt worden zu sein, was Balke (1995) als „gesunden Eigensinn“ bezeichnet, nämlich die Fähigkeit zu einer distanziert-kritischen Haltung gegenüber den Versorgungs- und Hilfsinstitutionen. Andererseits schafft Kompetenzkonzentration durch den Experten auch „Räume der Kompetenzverdünnung oder des Kompetenzzugs“ (Haug 1985, 77) auf Seiten der Betroffenen. Illich (1979) beschreibt daher ein nachprofessionelles Ethos vor allem dadurch, dass scheinbar Schwache, Hilfesuchende oder Unwissende sich aus der ihnen in der traditionellen Beziehung zugewiesenen Rolle emanzipieren.

Freidson (1975) hat für den ärztlichen Beruf und damit stellvertretend für viele helfende Berufe sehr einleuchtend die Mechanismen beschrieben, die diesen Prozess der Dominierung und Kolonialisierung von Hilfebedürftigen durch ihre Helfer beschreiben. Unter Rückgriff auf Parsons trennt er zwischen Amtsautorität und Expertenautorität, indem er diese beiden Begriffe im Sinne der Funktionalität unterscheidet. Amtsautorität meint die vollständige und weitreichende Anmaßung des Eingriffes in die Verstehens- und Handlungssphäre von Menschen, wogegen Expertenautorität nur dort interveniert bzw. berät, wo sie wirklich durch ihr Wissen, nicht durch ihre Stellung oder ihren Beruf, als Experten gelten kann. Damit verbunden ist die Feststellung, dass sich die Angehörigen einer Profession von allen anderen beratenden Experten darin unterscheiden, dass sie die Fähigkeit besitzen,

„einige dieser Probleme [der Erkennung des Experten als Experten durch Laien, Anm. D.R.] der Autorität durch formelle, institutionelle Vorkehrungen zu lösen. Seine Lösung vermindert in der Interaktion mit seiner Klientel die Rolle der überzeugenden Beweisführung. Kraft dieser institutionalisierten Problemlösungen übt also der Angehörige einer Profession stärker noch als beratende Experten im allgemeinen eine Art von Autorität aus, die sich von der des Wissenschaftlers deutlich unterscheidet“ (Freidson 1975, 79).

M.E. ergibt sich daraus für die Klientel psychosozialer Hilfen ein schwerwiegendes Problem, da sie einerseits von der mit der Expertenautorität verbundenen Rationierung von Dienstleistungen, Gütern oder Hilfestellungen abhängig sind (da die Experten sie verwalten oder verordnen) oder eine Kontrolle über Informationen besitzen und andererseits sich daraus keine wirkliche partnerschaftliche Beziehung entwickeln kann, da der Helfende potentiell immer mehr Macht über den Hilfesuchenden hat als vice versa. Die Subtilität dieser besonderen Beziehung besteht nach Freidson vor allem darin, dass,

„wenn der Rat des Praktikers oder seine Dienstleistung nicht mit den Wünschen des Klienten übereinstimmt, [...] sich der Klient bloß noch aus der Situation herausziehen [kann], wofern er erkennt, dass er nicht in der Lage ist, den Praktiker dazu zu bringen, seinen Wünschen zu folgen. Hier findet keinerlei Autoritätsausübung statt. Aber da der Klient nach Hilfsmitteln verlangt, welcher er nur bekommen kann, wofern er zumindest zeitweise akzeptiert, was der Praktiker „vorschlägt“, wird er sich fügen und das tun, was der Arzt ihm rät“ (Freidson 1975, 85).

Der Betroffene wird hier also in eine Konformität gezwungen, die es ihm schwerlich ermöglicht, seine eigene Position zu verstärken und sich einer eigenen Autorität zu bemächtigen (im Sinne eines empowering). Weiterhin zeigt sich deutlich die Folge von automatisiert ablaufenden Legitimierungsprozessen, die es dem Professionellen erlaubt, ohne große Erklärungen seine Professionalität auszuüben und dem Klienten nur die Wahl lässt, den Professionellen qua Amt anzuerkennen oder nicht. In den meisten Fällen geschieht dies ohne dezidierte Reflektion oder Infragestellung der Fachlichkeit der Person (z.B. des Klassenlehrers eines Schülers oder des operierenden Arztes in einer Klinik). So haben

„die institutionalisierten Hilfesysteme [...] angesichts ihrer auf Generalisierbarkeit und Standardisierbarkeit aufbauenden Handlungsweisen und Leistungen die ‚hinter den materiellen Bedürfnissen‘ liegenden sozialen und kommunikativen Bedürfnissen, Lebenssinnvorstellungen und Richtigkeitsvorstellungen betroffener Subjekte und Gruppen tendenziell aus dem Blickfeld verloren“ (Dewe/Ferchhoff 1986, 82).

Diesem Verständnis zufolge könnten potentiell Betroffene zu Experten werden. Freidson setzt sich deshalb dafür ein, dass,

„obwohl die Auffassungen der Patienten von ihren Interessen ebenso fehlgehen können wie die administrativen und professionellen Auffassungen und sogar tatsächlich selbstschädigenden Charakter annehmen können, sollten sie unabhängig von Verwaltung und Ärzteschaft zum Ausdruck gebracht und akzentuiert werden“ (Freidson 1975, 160).

Für die Idee eines Empowermentkonzepts in der psychiatrischen Arbeit ergeben sich daraus wesentliche Bestimmungsmerkmale, die

das neue Modell als Ausdruck eines neuen professionellen Verständnisses von Hilfeprozessen erscheinen lassen. Empowerment bedeutet hierbei nämlich zunächst, die eigene professionelle Rolle in gewisser Weise zu delegitimieren und sich selbst immer wieder aufzunötigen, die eigenen Fachlichkeit bzw. das eigene Expertenwissen zu verdeutlichen, ohne vorher auf eine Amtsautorität setzen zu müssen. Dieses Problem zeigt sich umso deutlicher in Institutionen und hier je nach Grad der Institutionalisierung, d.h. der Verfestigung von Hierarchien, Regeln und Normen, umso stärker. Die von Goffman (1973) beschriebenen „totalen Institutionen“ stellen in dieser Hinsicht noch nicht mal einen vergangenen historischen Typus von Organisationen dar, wenngleich sich viele Institutionen bereits geöffnet haben. Trotz alledem bleiben Institutionen, vor allem etablierte, in der Gefahr hinsichtlich ihrer Autoritätsstrukturen zu verkrusten. In diesem Sinne würden auch Organisationen von der Möglichkeit des Empowermentansatzes profitieren (Gratz 1993). Hierin liegt ein Ansatz, der in einem integrativen Empowermentkonzept Berücksichtigung finden muss. Die Integrität liegt hierbei m.E. darin, dass die durch Versorgungskritik angeschlagenen Experten und Professionellen sich neu definieren können als Begleiter, die nicht mehr behandeln, sondern vielmehr ver-, aus- und behandeln.

2.3 Das Ziel: Partizipation und Gesundheitsförderung

In den bisherigen Ausführungen wurden das Menschenbild, die Wertematrix und das methodische Handwerkszeug der Empowerment-Praxis im psychosozialen Feld thematisiert. Nun soll der Geltungsbereich des Empowerment als Form der Gesundheitsförderung betrachtet werden (Pflaumer 2000). Ein kurzer Blick zurück dokumentiert hier vor allem eines: Empowerment-Gedanken prägen bereits seit langen Zeiten Konzeption und Praxis

der Gesundheitsförderung. So unterschiedlich die Arbeitsansätze im Detail sein mögen - gemeinsam ist allen Programmen und Projekten der Gesundheitsförderung die Überzeugung, dass Menschen dort, wo sie ihr Leben aktiv gestalten lernen und sich als autonome Regisseure der eigenen Biographie konstruieren, ein wichtiges Fundament für Gesunderhaltung und umfassendes Wohlbefinden legen. Die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Gesundheitsförderung aus dem Jahre 1986 und die darauf aufbauende Initiative „Gesunde Städte“ sind von dieser Grundüberzeugung in besonderer Weise geprägt. In der Ottawa-Charta heißt es:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können“

[...]

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“

Ergänzend heißt es in den programmatischen Aussagen der WHO zur gesunden Stadt der Zukunft:

“Sie (die gesunde Stadt) verbessert kontinuierlich die physischen und sozialen Lebensbedingungen und fördert die Entfaltung gemeinschaftlicher Aktions- und Unterstützungsformen, beides mit dem Ziel, die Menschen zur wechselseitigen Unterstützung in allen Lebenslagen zu befähigen und ihnen damit die maximale Entfaltung ihrer Anlagen zu ermöglichen“.

Zur Umsetzung der Zielvorstellungen werden drei grundlegende Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung formuliert (Franzkowiak/Sabo 1993, 96 ff.):

- „Interessen vertreten: Gesundheitsförderndes Handeln zielt darauf ab, durch ein anwaltschaftliches Eintreten für die Anliegen und Interessen der Menschen die sozialen, kulturellen, ökonomischen und politischen Umweltstrukturen positiv zu beeinflussen und der Gesundheit zuträglich zu machen.
- Befähigen und ermöglichen: Gesundheitsförderung zielt auf die Herstellung von sozialer Gerechtigkeit und bemüht sich, gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen. Dies bedeutet konkret: Förderung von gesunden Lebensstilen und Verhaltensweisen, offener Zugang zu Informationen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen und die Wahlfreiheit und Möglichkeit, autonom und eigenverantwortlich Entscheidungen in bezug auf die persönliche Gesundheit treffen zu können.
- Vermitteln und vernetzen: Gesundheitsförderung bedarf schließlich einer spezifischen vernetzenden Leistung. Sie wird zum einen getragen von der Selbstorganisation und der solidarischen gemeinschaftlichen Aktion von Menschen mit gleichen Anliegen, Interessen und Betroffenheiten; sie verlangt zum anderen ein koordiniertes Zusammenwirken aller Verantwortlichen in Gesundheitsdiensten und kommunaler Politik, in Wohlfahrtsverbänden und Initiativen der Selbstorganisation. Ziel ist es hier, neue Verantwortungspartnerschaften zu begründen, die in einer konzertierten Aktion aller Beteiligten eine neue gesundheitsbezogene Aktionen möglich machen.“

Die programmatischen Positionsbestimmungen der WHO machen folgendes deutlich: Zunächst einmal wird Gesundheitsförderung angeleitet von einem Gesundheitsbegriff, der nicht die Abwesenheit

von Krankheit in den Mittelpunkt stellt, sondern ein umfassendes somato-psycho-soziales Wohlbefinden, in dem sich sowohl körperliche als auch emotional-geistige und soziale Faktoren integrativ verknüpfen lassen. Ein solches umfassendes Wohlbefinden stellt sich dort ein, wo Menschen die eigenen Möglichkeiten bzw. Macht entdecken in den für sie relevanten Ausschnitten ihrer Lebenswelt (Gesundheit, Arbeit, Familie, Freizeit usw.) gestalterisch tätig werden zu können. Darüber hinaus stellt wohl die soziale Integration eine der wichtigsten salutogenen Ressourcen dar, wie es bereits in den Generalisierten Widerstandsressourcen von Antonovsky angedeutet wird. Für die politische Gestaltungskraft des Einzelnen und von Gruppen steht dieses Konstrukt des Glaubens an die eigenen Gestaltungskraft im Vordergrund.

Eine Gesundheitsförderung, die sich vom Konzept des Empowerment anleiten lässt, folgt nach Herriger (1997) zwei Zielrichtungen:

Ein Ziel ist es, Menschen zu befähigen, sich mit den somato-psycho-sozialen Belastungen ihrer Umwelt in konstruktiver Weise auseinandersetzen und in dieser Auseinandersetzung ihre Anliegen und Wünsche auf Selbstbestimmung, Autonomie und Lebensgelingen verwirklichen zu können. Gesundheitsförderung meint in diesem Sinne also das Entdecken und Nutzen bzw. Bereitstellen von individuellen und kollektiven Ressourcen.

Ziel ist es zum anderen, Menschen mit gleichen Interessen und Anliegen miteinander zu vernetzen (die Förderung von Selbstorganisation und Solidarität) und ihnen an den unterschiedlichsten Orten (Dienste und Einrichtungen des Gesundheits- und Rehabilitationssystems, Sozialverwaltung, Verbände, lokale Politik) Möglichkeiten für eine demokratische Teilhabe bereit zu stellen. So eingebunden in die Planungs- und Durchführungsprozesse erlangen sie eine neue Kompetenz zur

Lebensgestaltung, die sich im Sinne der WHO-Definition sowohl auf die geistigen als auch auf die sozialen und auch körperlichen Ebenen auswirkt. In diesem Sinne stellen soziale Netzwerke eine bedeutende Rolle als stärkende und stützende Systeme (Nestmann 1999, 2000). Die zweite Zielsetzung der Gesundheitsförderung kann als Förderung einer „Politik bürgerschaftlicher Partizipation“ bezeichnet werden. Hier rückt die Idee einer Zivilgesellschaft in den Vordergrund. Die soziale Eingebundenheit der Menschen kann dabei alle freiwillig und unentgeltlich erbrachten Aktivitäten umfassen, die sie in gemeinschaftlicher Form und in eigener Verantwortung ausführen, um Lebensprobleme zu bewältigen, Umweltstrukturen zu verändern oder anderen zu helfen.

Diese Art des bürgerschaftlichen Engagements muss jedoch zur Zeit eine ernsthafte Krise erfahren, die es durch politische aber auch bürgerschaftliche Initiativen zu überwinden gilt. Dass dieses neue Engagement zu fordern ist, stellt man insbesondere im Bereich der sozialen Hilfen fest. Allerdings besteht hier wie dort die Schwierigkeit, Menschen dazu zu bewegen, sich für andere unentgeltlich und ehrenamtlich einzusetzen. Diese beiden Bedingungen sind zwar nicht Voraussetzung, jedoch ein nicht unerheblicher Faktor, unterstellen sie doch zwei jenseits von Geldwerten vorhandene Motivationen dar, sich um Andere zu kümmern und mit anderen zu engagieren. Die vorhandene Selbsthilfestruktur in vielen Bereichen stellt so etwas wie eine Keimzelle für weitere Interessensgruppen dar und – wie gezeigt werden konnte – sind zumindest kurzfristige kollektive Zusammenschlüsse von Menschen mit gleichen Problemen oder Interessen möglich. Es bestehen aus wissenschaftlicher Sicht vielfältige Belege dafür, dass partnerschaftlicher Umgang und kollektive Interessensvertretung Vorteile im Sinne der Gesundheitsförderung bringt, wie sie in der Ottawa-Charta beschrieben steht.

Vor dem Hintergrund dieses Wissens um die produktiven salutogenen Effekte von zivilem Engagement und solidarischer Vernetzung ergeben sich neue Ansprüche und Anforderungen an Sozialpolitik. Sie muss die Möglichkeitsräume schaffen und psychosoziale Arbeit muss entsprechend operationalisierte Hilfen bereitstellen dort, um den Auf- bzw. Ausbau sozialer Netzwerke und solidarischer Gemeinschaften zu fördern. Professionelle Helfer sehen sich seit einiger Zeit damit konfrontiert und haben ihren professionellen Weg dahingehend verändert, dass sie die partizipativen Elemente fördern und Menschen miteinander in Kontakt bringen. Für die Psychiatrie gilt dieses im Besonderen im Bereich gemeinde- oder sozialpsychiatrischer Bemühungen, die versuchen, psychisch kranke und oft sozial isolierte Menschen aus ihrem Rückzug herauszuholen und mit anderen Betroffenen zusammenzubringen. Aber auch die Betroffenenbewegung selbst hat diese neue Solidarisierung vorangetrieben, indem sie für ein neues Selbstbild der Betroffenen sorgt.

„Gefordert sind professionelle Ziele und Kompetenzen, die Prozesse von solidarischer Vernetzung und Selbstorganisation vor allem dort zu initiieren und zu unterstützen versuchen, wo sie auf der Basis der vorhandenen psychischen und sozialen Ressourcen nicht von selbst entstehen können. Es gilt, Projekte zur Gewinnung kollektiver Handlungsfähigkeit zu unterstützen, und dies speziell dort, wo die vorhandenen Ressourcen für einen autonomen Prozess von gesellschaftlicher Selbstorganisation nicht ausreichen.“ (Keupp 1992, 151)

In das Zentrum einer Politik und Praxis des Empowerment tritt hier eine spezifische Zielsetzung, nämlich das Stiften von Zusammenhängen, d.h. die Inszenierung, der Aufbau und die Weiterentwicklung von fördernden Strukturen, die die Selbstorganisation von Menschen unterstützen und kollektiv hergestellte Ressourcen für eine selbstbestimmte Lebensgestaltung freisetzen.

Welche Besonderen Möglichkeiten sich hierfür in den verschiedenen Arbeitsfelder der sozialen Arbeit ergeben, zeigen verschiedenste Praxis- und Forschungsprojekte, die an dieser Wiedererlangung von Stärke seitens der Betroffenen anknüpfen wollen. Sie nehmen Abschied von einer ausschließlich defizitorientierten Sicht auf ihre Klientinnen und Klienten und wollen diese stattdessen auf ihrem Weg aus der erlernten Hilflosigkeit begleiten. Unter anderem geschieht dies durch Auflösung bestehender Hospitale und die Wiedereingliederung in bestehende Gemeindesysteme, z.B. durch Wohnen in kleinen stationären Einheiten oder auch durch ambulantes Wohnen. Zum anderen geschieht dies aber auch durch die Schaffung von Räumen (zeitlich wie örtlich), in denen betroffene Menschen sich treffen und gemeinschaftlichen Aktionen nachgehen können. Diese Selbsthilfezentren oder auch Kontaktstellen helfen dabei auf zweierlei Weise: Zum einen schaffen Sie eine Möglichkeit, sich aus sozialer Isolation zu befreien und überhaupt in Kontakt mit anderen Menschen zu treten. Zum anderen ermöglichen sie dadurch auch die Wiederentdeckung eigener Stärke, indem z.B. Hilfestellungen für Mitbetroffene nötig und möglich werden. Diese Aspekte haben enormen Einfluss auf die Gesundheitsförderung.

Insbesondere in der Psychiatrie scheint die Implementierung von gesundheitsfördernden Konzepten dringend geboten, da diese immer noch zu sehr von einer pathogenetischen Herangehensweise dominiert wird. Bock (1994, 1997) hat mit den Psycho-Seminaren einen solchen Weg eingeschlagen, indem er den Dialog zwischen Angehörigen, Betroffenen und Professionellen fördert.

Doch insgesamt wird neben den Risiken noch zuwenig auf Potentiale und Ressourcen, die zu einer psychischen Krankheit gehören. Durch insbesondere primärpräventive bzw. sekundärpräventive Maßnahmen, wie etwa ein erweitertes

Krisenverständnis mit entsprechenden prophylaktischen Strategien kommen bislang zu kurz. So sieht Knuf (2000b) die Aufgabe der Psychiatrie darin, sowohl „Erlernte Hilflosigkeit“ als auch „Traumatisierungen“ innerhalb der Biografien der Betroffenen und innerhalb der Institutionen zu entdecken und zu bearbeiten.

2.4 Die Grenze: Empowermentethos oder Empowermentmythos?

Das Empowermentmodell hat seit seiner Entstehung immer etwas Utopisch-Heilsbringendes an sich gehabt. Ist doch mit Empowerment die Vorstellung verbunden, die großen Konflikte, die durch Machtkonstellationen entstehen, lösen zu können (Morbach 1997). So lautet z.B. ein Wahlspruch des amerikanischen Bürgerrechtlers Jesse Jackson: „You are not responsible for being down, but you are responsible for getting up“ (zitiert nach Bröckling 2003, 323). In diesem Ausspruch spiegelt sich ein sozialharmonisches Wunschdenken wider. In ähnlicher Weise sieht auch Tocqueville (1805-1859) das Ziel politischen Handelns darin, dass die Menschen ihr Leben aus eigener Kraft bestimmen können:

„Each person learns to think and act for himself without counting on the support of any outside power.“ (Tocqueville, zitiert nach Fawcett et al. 1984, 145)

Zunächst steht man jedoch vor der Aufgabe, überhaupt definieren zu müssen, was Empowerment ist: „You have trouble defining it, but you know it, when you see it“ (Rappaport 1985a, 17). So wird Empowerment vielfältig verstanden und eingesetzt. Bürgerrechts- und Graswurzelbewegungen benutzen ihn ebenso wie Vertreter der Sozialen Arbeit, der Gesundheitsförderung und der Gemeindepsychologie und in der Politik der Entwicklungshilfe spielt Empowerment eine große Rolle. Bröckling kritisiert, dass

Empowerment gerade durch die psychologische Ausformung zu einer wie Foucault schrieb „Menschenregierungskunst“ geworden ist. Es werde durch die Verschmelzung von „Telos, Theorie und Technologie der Führung zur Selbstführung“ (Bröckling 2003, 324) übersehen, dass auch und gerade Machtverhältnisse bestimmend sind für das Zusammenleben der Menschen. Empowerment als eine Lösung dieses Machtgefälles zu sehen, ist nach Bröckling zu kurz gedacht, zumal man in der Empowermenttheorie davon ausgehe, dass Macht eine soziale Ressource darstelle, die grundsätzlich allen zugänglich sei. In der Realität ist sie jedoch höchst unterschiedlich verteilt. Dieser Kritik folgen auch Quindel/Pankofer (2000), indem sie davor warnen, die „Ideologie des autonomen Subjektes“ zu sehr in den Vordergrund zu rücken ohne die grundsätzliche Gebundenheit des Menschen in und an soziale Systeme und gesellschaftliche Entwicklungen zu berücksichtigen. Quindel (2002) geht sogar soweit und stellt die Frage, ob die Ziele von Empowerment immer mit der Philosophie des Empowerment, also einer Befreiung von Ohnmacht und einem Zugewinn an Macht, übereinstimmen und wie eine kritisch-reflexive Praxis mit diesen Problemen umgeht. In Anlehnung hieran könnten folgende Fragen formuliert werden: Führt Empowerment zu einer Individualisierung von strukturellen Machtverhältnissen oder zu wirklicher partizipatorischer Kompetenz? Reicht ein „Gefühl der Kontrolle“ auf Seiten der Betroffenen aus um tatsächlich Einfluss auf die eigenen Lebensbedingungen ausüben zu können?

Diese Kritik gilt es ernst zu nehmen, da weiterhin im Empowermentdiskurs davon ausgegangen wird, Macht sei durch die qualitative Verbesserung von Selbstwirksamkeits- und Kontrollüberzeugungen der Individuen expandierbar und somit eine ständige Quelle, aus der es nur richtig zu schöpfen gilt. Es wird, so Bröckling, suggeriert, dass es zu „Win-Win-Situationen“ (Bröckling 2003, 329) kommen könnte. Für Lenz (2002) sind deshalb die Grenzen des Empowerment – verstanden als professionelle

psychosoziale Hilfeform - dadurch gesteckt, dass die Helfer-Klient-Beziehung immer latent asymmetrisch bleibt.

Hierin steckt in der Tat eine Gefahr für eine Empowermenttheorie und -praxis, wenn seine historisch verwurzelten, originären Ansprüche auf politische Veränderungen und eine Neubestimmung der Machtverhältnisse aus dem Blickwinkel geraten. So sieht Simon (1994) gerade in politischen Bewegungen die Wurzeln des Empowerment innerhalb der nordamerikanischen sozialen Arbeit. Gerade die psychosoziale Arbeit könnte diese Dimension jedoch aus den Augen verlieren, wenn sie ihre gemeindepsychologischen und gemeindewesen- oder lebensweltorientierten Handlungsmodelle zugunsten eines allzu individualistischen Ansatzes zurückstellt. Obwohl die Förderung individueller Fähigkeiten von großer Bedeutung ist, sollte Empowerment m.E. immer auch auf soziale Gruppen oder gemeindeorientierte Ansätze angewendet werden. Die amerikanische Empowermentdiskussion kennt hier mehr Ansätze und Modelle als es die westeuropäische bisher aufweisen kann. Die vielfältigen politischen Programme (wie z.B. Johnsons „war on poverty“ mit dem „equal opportunity act“, der die Bemächtigung der sozial Benachteiligten zum Regierungsziel erhob) waren Zeichen eines solchen veränderten Politikverständnisses.

Kritisch zu sehen ist weiterhin, dass die Definition bzw. das Labeling von Personen, die empowert werden müssten, bereits eine Form von Machtausübung darstellt, die die Probleme schafft, die sie zu lösen hofft. So können daher solche Empowermentprozesse, die bottom-up und nicht top-down entstanden, mit größerem und nachhaltigerem Erfolg rechnen. Sie wirken aus eigener Motivation und Betroffenheit heraus, um Veränderungen im Macht-Ohnmacht-Verhältnis herbeizuführen (Sachs-Pfeiffer 1989). Zudem ist davon auszugehen, dass die von Behrendt/Deneke/Schorsch (1981)

erforschten „Hindernisse in der Zusammenarbeit zwischen professionellen Helfern und Selbsthilfegruppen“, nämlich die expertenseitigen Zweifel an den Leistungsmöglichkeiten von Selbsthilfe bzw. die betroffenenseitige Kritik an den Professionellen, sie seien zu distanziert, nach wie vor wirksam und nur in Teilen durch bisherige Veränderungen im Selbstverständnis der Professionellen aufgehoben sind. Insbesondere wäre zu prüfen, ob die von den Autoren dafür auf Seiten der Professionellen zugrunde gelegte Annahme des Helfersyndroms heute noch ebenso wirksam ist, wie sie es vielleicht zu Zeiten der Beschreibung Anfang der 1980'er Jahre war (Behrendt/Kegler 1986).

Als weitere Einschränkung ergibt sich wohl die Tatsache, dass internalisierte Menschenbilder auf beiden Seiten (Professionelle und Klienten) dem Empowerment entgegen stehen können, wie Morbach es für die Soziale Arbeit versteht, indem er schreibt, dass ihre Klientel wohl sehr schwer zu „empowern“ ist:

„Je massiver die soziale Benachteiligung, ob nun durch Armut, Alter, Geschlecht, Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit, Behinderung etc., um so ungünstiger die Prognosen für Empowerment.“ (Morbach 1997, 161)

Schließlich sei auf die für die psychosoziale Arbeit relevanten Kritikpunkte hingewiesen, die für Pankofer (2000) insbesondere darin bestehen, dass

- 1) „das Empowermentkonzept noch zuwenig operationalisiert ist bzw. von einigen Befürwortern geradewegs als nicht-operable und demnach eher als Haltung zu verstehen ist,
- 2) das Empowermentkonzept tendenziell einen „Mittelschichtsbias“ enthält, also von Menschen ausgeht, die vielleicht eher zu einer Aktivierung ihrer Eigenkräfte in der Lage sind bzw. deren Probleme eher einem Selbstbefähigung zugänglich sind, z.B. da sie nicht so schwerwiegend bzw. nicht-existentiell sind,
- 3) das Empowermentkonzept für die Arbeit mit besonders stark gefährdeten Betroffenen (z.B. Suchtmittelabhängig oder chronisch psychisch kranke Menschen) noch zu erschließen ist,
- 4) das Empowerment in der Arbeit in wenig flexiblen institutionellen Zusammenhängen schwer zu verwirklichen ist“ (Pankofer 2000, 19).

Trotz oder gerade wegen der in diesem Abschnitt formulierten Kritik scheint es dringend geboten, sich an der Weiterentwicklung des Empowermentmodells weiterhin zu beteiligen, was u.a. mit dieser Arbeit erfolgen soll.

2.5 Zur Theorie von Selbsthilfe

In diesem Kapitel sollen die theoretischen Stränge der Selbsthilfediskussion aufgegriffen und auf ihre Aussagekraft für ein Empowermentverständnis hin überprüft werden. Wesentliche theoretische Grundlagen der Selbsthilfe wurden schon in den 1970'er und 1980'er Jahren bestimmt. Danach ist Selbsthilfe ein feststehender, sowohl in der Psychologie als auch in der Soziologie oder den Sozialwissenschaften verwendeter Begriff. Zeitweise mit politischen Weihen (wie z.B. im Fall des Sozialistischen Patientenkollektivs in Heidelberg geschehen) versehen, scheint sich in den 90'er Jahren eine gewisse Selbsthilfenormalität eingestellt zu haben. Dies zeigt sich auch in der weiten Verbreitung, man geht von einer Zahl von 60-80.000 Selbsthilfegruppen in Deutschland aus. Selbsthilfe ist historisch betrachtet eine „natürliche“, weil selbstverständliche Interaktionsform und gewährte den sozialen Zusammenhalt, fand daher hauptsächlich zwischen Nachbarn bzw. Verwandten statt, war in dem Sinne also eher Nachbarschaftshilfe oder familiäre Unterstützung im Sinne einer psychosozialen Subsistenzwirtschaft.

2.5.1 Allgemeine Definition von Selbsthilfe

Selbsthilfe wird im Wörterbuch der Gebrüder Grimm von 1900 allerdings schon mit einer anderen Konnotation definiert, indem unter Selbsthilfe verstanden wird, die

„Hilfe, die man sich leistet, besonders eigenmächtige Hilfe mit Umgehung oder im Widerspruch zu der Obrigkeit“ (zitiert nach: Rohrmann 1999, 16).

Oder im Brockhaus Konversationslexikon von 1889:

„Selbsthilfe [ist] im geordneten Staatswesen im allgemeinen nicht gestattet.“ (zitiert nach: Rohrmann 1999, 16)

Diesen Definitionen liegt ein Verständnis zugrunde, dass annimmt, dass in einem geordneten Nationalstaat die Obrigkeit, das heißt die Machtinhaber alle Wünsche und Bedürfnisse, die ein Bürger haben darf, auch erfüllen. Sozialwissenschaftliche und philosophische Befunde, die unter dem Stichwort der „Expertenkritik“ subsumiert werden können, liegen heute zahlreich vor (Illich 1975; Gronemeyer 1988).

Selbsthilfe schafft dort wieder Nähe und überschaubare soziale Netze, wo diese sozialen Beziehungen derart verändert sind, dass sie nicht länger soziale Unterstützung bieten können. Die zusätzlich durch ökonomischen und gesellschaftlichen Einfluss in nichtpersönliche Hilfe umgewandelten professionellen Hilfen hinterlassen eine Lücke im gesellschaftlichen Zusammenhalt. Für den Bereich der Gesundheits-selbsthilfe bestätigen Forschungen die These des Verlustes der Überschaubarkeit und der „sozialen Vitamine“ (Kindler 1992): Trojan fand heraus, dass unter anderem folgende von den Betroffenen wahrgenommenen Mängel im Versorgungssystem zu einem Beitritt zu einer Selbsthilfegruppe führten: So stimmten 85 % der Aussage zu, dass sie „zu wenig Aufklärung und Information“ bekämen, 82 % stimmten zu, dass „zu viele autoritäre Entscheidung“ getroffen werden

würden und 79 % sahen „zu wenig Zeit für Kranke und Angehörige“ in der Behandlung durch die Professionellen (Trojan 1991, 272).

Zwei Merkmale von Selbsthilfe werden in der Literatur durchgängig beschrieben. Dies ist zum einen das „uno-acto-Prinzip“, welches das gleichzeitig stattfindende Geben und Nehmen von Hilfe und Unterstützungsleistungen in Gruppen beschreibt. Zum anderen ist es das Autonomisierungsprinzip, welches viele verschiedene Begriffe, die analog verwendet werden, zusammenfasst. Autonomisierung meint den Versuch der Teilnehmer von Selbsthilfegruppen, sich selbständig zu organisieren, durch eigenes Erleben zu lernen und eigene Leistung dafür einzusetzen (Moeller 1978). Selbsthilfegruppen weisen verschiedene Funktionen auf, die sie als eigene soziale Interaktionsgruppen kennzeichnen. Nach einer Untersuchung von Bachl/Büchner/Stark (1996) bestehen diese in der Gegenseitigkeit der Hilfestellung (Reziprozität), bekennder Beratung, einem Alltags- und Lebensweltbezug, der Erfahrung eines kontinuierlichen Lernfeldes, vielfältiger praktischer Hilfestellungen, Kommunikationsmöglichkeiten und schließlich der sog. »community narratives«, also gemeinschaftlicher Geschichten, aus.

Die Selbsthilfebewegung kann zusammen mit anderen Bewegungen (Feminismus, Ökologie, Friedensbewegung) als soziale Bewegung verstanden werden. Als solchen bezog sie ihre Kraft aus der zunehmenden Unzufriedenheit mit einer obrigkeitsstaatlich organisierten, autoritären und entmündigenden Behandlung, Versorgung kranker bzw. hilfsbedürftiger oder sozial schwacher Menschen. Einer weitgehenden Fügung in eine hierarchische, vom expertokratischen System ausgehende Abhängigkeit wurde ein Modell entgegengesetzt, dass diese Art der Hilfe durch eigene, demokratische Prinzipien ersetzen wollte (Sachs-Pfeiffer 1989). Betroffenen wollen nun „Experten in eigener Sache“ (Geislinger

1998; Steiner 1999) sein. In diesem Sinne sind die von Winkelvoss/Ithwerth/Trojan (1981) zusammengetragenen Definitionsmerkmale von Selbsthilfeszusammenschlüssen im Gesundheitswesen als Bestimmungsmerkmale zu sehen:

„Betroffenheit durch ein gemeinsames Problem; keine oder geringe Mitwirkung professioneller Helfer; keine Gewinnorientierung; gemeinsames Ziel: Selbst- und/oder Sozialveränderung; Arbeitsweise: Betonung gleichberechtigter Zusammenarbeit und gegenseitiger Hilfe.“
(Winkelvoss/Ithwerth/Trojan 1981, 134)

Teilhabe oder Teilnahme an strukturell-planerischen Prozessen stellt einen wesentlichen Kern der Selbsthilfe dar, wenngleich er in der Realität der Selbsthilfe m.E. eher eine untergeordnete Rolle spielt. Dort überwiegt die jeweils nach innen dem eigenen Thema (Gesundheit, Behinderung, soziale Situation etc.) zugewandte, problemzentrierte Auseinandersetzung und weniger die öffentlichkeitswirksame, politisch formulierte Darstellung.

Nichtsdestotrotz haben sich viele Selbsthilferichtungen einen Dachverband oder eine überregionale Interessenvertretung geschaffen, die diese Funktion übernehmen, etwa die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. oder im Bereich der Psychiatrie der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener oder auch der Dachverband psychosozialer Hilfevereinigungen). Sachs-Pfeiffer (1989) weist daher zurecht auf den Unterschied zwischen Teilhabe und Teilnahme hin. Beide bezeichnen Partizipationsprozesse, jedes jedoch in einer etwas anderen Weise. Eine Unterteilung in „top-down“ (Teilnahme) und „bottom-up“ (Teilhabe) stellt klar, dass sie einerseits als von professionell-institutioneller Seite verordnet und andererseits als von selbstorganisierten Projekten ausgehend verstanden werden müssen. Empowerment ist m.E. auf beiden Ebenen anzusiedeln. Allerdings ergeben sich hierbei zwei Probleme: Bottom-up-Strategien sind nur indirekt zu begleiten, da sie eigentlich ohne professionelle Unterstützung auskommen wollen und sollen. Top-down-Konzepte zur Selbsthilfe im Bereich der gesundheitlichen Versorgung können zwar

von Professionelle angeregt werden, unterliegen dann aber dem Paradox einer expertenseitig initiierten Selbsthilfe.

2.5.2 Zur Unterscheidung und Entwicklung von Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen lassen sich grob in vier verschiedene Typen unterscheiden:

- Dies sind zum einen jene Selbsthilfegruppen, deren Aufmerksamkeit hauptsächlich nach innen, auf die Probleme ihrer TeilnehmerInnen gerichtet ist. Gegenseitige Unterstützung steht in diesem Gruppen, die mit 40 % den größten Teil der vorhandenen Selbsthilfegruppen ausmachen, im Vordergrund.
- Weiterhin existieren nach außen orientierte Selbsthilfegruppen (26 %), die über die gegenseitige Unterstützung bei Problemen hinaus auch öffentlichkeitswirksam aktiv werden (bzgl. dieser Unterscheidung: Moeller 1981; Vilmar/Runge 1986; Wohlfahrt 1995).
- Selbsthilfeinitiativen, die noch 20 % der Selbsthilfegruppen ausmachen, haben ein noch stärkeres Interesse an einer allgemeinen Verbesserung der sozialen und gesundheitlichen Bedingungen. Diese Gruppen weisen schon ein gewisses Maß an Professionalität und Bürokratie auf, da sie u.a. Mitgliederverwaltungen unterhalten oder weitreichende Präsenzfunktionen übernehmen.
- Die letzte und kleinste Gruppe (8 %) stellen jene Selbsthilfeprojekte dar, die ausschließlich für eine außenorientierte Veränderungsperspektive von sozialen oder gesundheitlichen Problemen eintreten. Meistens bieten sie alternative Dienstleistungen für die Betroffenen an (Trojan/Halves 1984; Wohlfahrt 1995).

Die Entwicklung zu einer Selbsthilfegruppe ist von verschiedenen Schritten geprägt, die Stark folgendermaßen beschreibt (vgl. zur Entwicklung von Selbsthilfegruppen auch: Halves/Wetendorf 1986):

- „1. Mobilisierung: Die Betroffenen werden mit einem psychosozialen Konflikt konfrontiert, welcher nicht mit Alltagshandlungen zu bewältigen ist.
2. Engagement und Förderung: Die Betroffenen tauschen sich mit anderen aus und erfahren etwas über individuelle oder kollektive Möglichkeiten der Bewältigung des Problems.
3. Integration und Routine: Die Betroffenen stabilisieren ihre neu gewonnenen Erfahrungen und wollen sich darüber hinaus sozialpolitisch einmischen.
4. Überzeugung und „brennende Geduld“: Die Betroffenen haben ihre neuen Kompetenzen in ihren Alltag integriert und geben ihre Erfahrung an andere weiter.“ (Stark 2002, 58 f.)

Stark beruft sich dabei auf die Partizipationsstufen von Kiefer (1984), der sich für die Prozesse interessierte, die von einer Betroffenheit oder einem psychosozialen Problem und dem damit meist einhergehenden Gefühl von Macht- oder Hilflosigkeit zu einer partizipatorischen Kompetenz führen (Stark 1996).

2.5.3 Selbsthilfe und Empowerment

Empowerment setzt auf allen diesen Ebenen an, kann jedoch insbesondere an den kritischen Übergängen zur nächsten Phase von allergrößter Bedeutung sein. So benennt Stark (1996) die Bedeutung einer Begleitung im Übergang von der Mobilisierungsphase zur Phase des Engagements und der Förderung. Im Sinne eines „mentorship“ solle eine Unterstützung der Mitglieder der Gruppe erfolgen, da alte Muster in Frage gestellt und neue ausprobiert werden. M.E. sind jedoch alle anderen Übergänge gefährdet und durch Empowerment zu stützen. Am deutlichsten erscheint dies beim Übergang von der reziproken Unterstützung hin zu globaleren Veränderungswünschen und Einmischungsversuchen um politische Veränderungen herbeizuführen.

Empowerment kann auch dann wirkungsvoll und sinnvoll sein, wenn Selbsthilfe im Sinne eines neo-liberalen Verständnisses sozialpolitischer Entwicklung dazu benutzt wird, staatliche Sozialleistungen zurückzufahren (Olk 1982; Antor 1998). Rappaport (1985b) hat dies anhand der beiden Begriffe „Bedürftigkeiten (needs)“ und „Rechte (rights)“ aufgezeigt, die, wenn Rechte ohne Ressourcen proklamiert werden, sehr schnell zu einer zynischen Sozialpolitik mit dem Ziel einer „wohlwollenden Vernachlässigung“ (Rappaport 1985b, 268) führen kann. Stark formuliert dies folgendermaßen:

„Sind wir in unserer Gesellschaft fähig, Rechte von Menschen zu erkennen und zu respektieren, ohne ihre Bedürfnisse zu vernachlässigen?“ (Stark 1996, 28)

Wenn es nämlich darum geht, dass staatliche Leistungen subsidiär aufgefasst und die Eigeninitiative der betroffenen Menschen gefordert wird, ohne gefördert zu werden. Hier können und müssen Empowermentstrategien vor allem dadurch wirken, dass sie zur Aufklärung über Möglichkeiten und Grenzen von Selbsthilfe im Verhältnis zu Fremdhilfe beitragen. Diese Gefahr droht umso mehr, je stärker die ökonomische Relevanz der Selbsthilfe nachgewiesen wird (Badelt 1981; Engelhardt/Simeth/Stark u.a. 1995).

Behrendt/Deneke/Schorsch (1981) weisen zurecht darauf hin, dass eine gewisse Gefahr darin besteht, dass die autonomen Selbsthilfeszusammenschlüsse vom professionellen System aufgesogen und damit in ihrer alternativen Kraft geschwächt werden können. In eine ähnliche Richtung zeigt die Frage, wie traditionelle Wohlfahrtsunternehmen und Selbsthilfegruppen zusammenarbeiten. Günther/Schüler (1999) bezeichnen dieses Verhältnis als von „Partnerschaft, Verwandtschaft und Konkurrenz“ geprägt und bringen damit die sowohl gemeinsamen als auch divergierenden Interessen dieser beiden Institutionen auf den Punkt. Kindler (1992) brachte

diese Frage auf die Formel „Wohlfahrtsverbände und Selbsthilfegruppen zwischen Interessenegoismus und Altruismus“ und bezeichnet damit ebenfalls den bestehenden Interessenskonflikt zwischen Selbst- und Fremdhilfe. Fremdhilfe, hier die benannten Wohlfahrtsverbände, muss sich zum Eigenschutz, so Kindler, vor einer übermächtigen Ausbreitung der Selbsthilfe schützen, um ihre eigene Existenz zu sichern. Die Abwendung dieses Machtverlustes wird sicherlich nicht in direkter Konfrontation geschehen, da allein fachliche Übereinstimmung über die Zielrichtung von Fremd- und Selbsthilfe dem entgegen stehen, sondern eher im Sinne einer systemintegrierenden Einbindung der Selbsthilfe in professionelle Fremdhilfestrukturen.

Empowerment als professionelle Methode oder Haltung (Bobzien 1993; Stark 1996; Morbach 1997) handelt daher in dem Widerspruch einerseits aus wohlfahrtsverbandlicher oder sozialstaatlicher Perspektive zu agieren und Empowermententwürfe zu formulieren, andererseits mit dem Ziel, die Betroffenen möglichst unabhängig von Wohlfahrt oder Fremdhilfe werden zu lassen. Damit jedoch verstößt der „Empowernde“ eigentlich gegen seine Loyalitätsverpflichtung gegenüber dem Existenzsicherungswunsch der Institution. Empowerment oder Selbsthilfe schafft dort wieder Nähe und überschaubare soziale Netze, wo soziale Beziehungen in der Gesellschaft oft als durch rein monetären oder abstrakten Prozessen gesteuert wahrgenommen werden.

3 Handlungsebenen von Empowerment als Methode professioneller psychosozialer Hilfestellung

Alle psychosozial agierenden Professionen (Medizin, Psychologie, Soziale Arbeit etc.) haben sich in der Vergangenheit, d.h. in der Moderne, darauf verlassen können, dass sie feststehende soziale Konstruktionen als Grundlage, Netzwerk oder Modifikationsziel zur Verfügung hatten. War dieses fixe Koordinatensystem (zu dem Institutionen, Milieus, soziale Netzwerke, Traditionen, Familie etc. gehörten) gestört, so sollte es durch gezielte professionelle Intervention derart gestützt oder korrigiert werden, dass am Ende wieder die Einbindung des Hilfesuchenden in dieses System möglich wurde. Für solche Risikogruppen wurden dann spezielle Programme entworfen, die die sozialen Risiken ab- und Menschen auffangen sollten.

„Wir sind damit konfrontiert, daß die letzten Bestände scheinbar selbstverständlich gegebener gesellschaftlicher Formationen in einem sich beschleunigenden gesellschaftlichen Veränderungsprozeß aufgegeben werden, erodieren.“ (Keupp 1992a, 5)

Wenden wir uns nun den Methoden psychosozialer Arbeit zu, die Menschen zur Entdeckung der eigenen Stärken anregen und sie in die Rolle von eigenständigen Akteuren ihrer Lebensgeschichte versetzen sollen. Nach Herriger (2004) werden in der Literatur in der Regel vier Ebenen von Empowerment unterschieden, denen jeweils eigene methodische Handlungsstrategien entsprechen. Diese sollen im folgenden wiedergegeben werden. Lenz (2002) diskutiert allerdings kritisch, dass sich Empowerment dabei entweder als normatives Modell oder als Gegenmodell oder neues Ideal positionieren will. Welche Richtung eingeschlagen wird, hängt

wesentlich von der Verortung des Empowermentansatzes sowie den für Empowerment eintretenden Personen mit ihren jeweiligen Interessen ab.

In diesem Sinne ist Empowerment wie jeder andere Begriff auch sozialkonstruktionistisch zu sehen (Gergen 2002). Diese Analyse ermöglicht daher eine Unterscheidung in besagte motivationale Muster, wobei im Kern der Prozess der Aushandlung und Anerkennung steht, der ein Modell zu einem sozialen Konstrukt werden lässt.

3.1 Subjektorientiertes Empowerment (Einzelfallhilfe)

Auf der Ebene des Einzelfalls bzw. des Individuums sind bislang vor allem personenbezogene Ansätze zur Veränderung angewendet worden. Sie sind eher psychologisch orientiert, d.h. sie zielen auf die Veränderung von Verhaltens- und Erlebensmustern ab. Diese personenbezogene Ansätze verfolgen das Ziel den Betroffenen Auswege aus erlernter Hilflosigkeit zu aufzuzeigen. Durch gemeinsame Festlegung von Zielen, Hilfestellungen und Lösungsmöglichkeiten, durch die der Betroffene aus seiner hoffnungslos erscheinenden Situation herauskommen kann, entsteht eine kooperative Arbeitsbeziehung.

In diesem Bereich kommen nach Herriger (2004) zwei einander ergänzende methodische Werkzeuge zum Einsatz, die im folgenden wiedergegeben werden:

„- Unterstützungsmanagement:

Werkzeug der Empowermentarbeit auf der Individualebene ist zunächst einmal das Unterstützungsmanagement. Dieses auch als Case Management bezeichnete Instrument ist nach dem Verständnis von Wendt (1995) ein ganzheitliches unterstützendes Arrangieren von Lebensressourcen. Auf der Grundlage einer gemeinsamen Verständigung über Zielsetzungen und Schrittfolgen werden verfügbare Hilferessourcen in der privaten Lebenswelt und in den öffentlichen Dienstleistungsagenturen zu einer konzertierten Unterstützungsaktion zusammengeführt. Auf diese Weise konstituiert sich ein grenzübergreifendes Ressourcen-Netzwerk, das in Lebenszeiten der Belastung spürbare Entlastung und Hilfestellung zu geben vermag.

- Selbstnarration und Biographiearbeit

Dieser zweite Baustein verknüpft die Empowermentarbeit mit der aktuellen Diskussion um „narrative Identitätsarbeit“ und „biographisches Erzählen“. Grundüberzeugung dieser Debatte, die vor allem in der narrativen Psychologie geführt wird, ist es, dass Menschen Lebenskohärenz, also die sichernde Erfahrung der Sinnhaftigkeit der eigenen Lebensgeschichte, in Selbsterzählungen (Selbstnarrationen) konstruieren. In dem Maße, in dem wir Menschen Lebensereignisse anderen erinnernd erzählen, konstruieren und rekonstruieren wir Lebenssinn. Diese Grundüberzeugung der narrativen Psychologie macht einen direkten Brückenschlag zur Methodik der Empowermentarbeit möglich.“ (Herriger 2004)

Beide Elemente zusammen ergeben notwendige methodisch Annäherungsversuche an verschüttete Ressourcen und Persönlichkeits- bzw. Biografieanteile, die es zu reaktivieren gilt. Welchen Nutzen diese besonderen methodischen Herangehensweisen besitzen, ist mittlerweile ausreichend beschrieben und kann als zur medizinischen Versorgung von psychischen kranken Menschen ergänzenden Hilfestellung genutzt werden. Allerdings wird hierzu ein gut ausgebauter und umfassender Hilfeprozess benötigt, denn insbesondere ausreichende eigene Ressourcen in den Institutionen, und hier vor allem Zeit, erhöhen den Erfolg solcher Wiederentdeckungsmethoden.

Wenn also schon die strukturierte Herangehensweise im Case Management personale und soziale Ressourcen zur Problembewältigung fördert, so können diese durch Rebiografisierung der vielfältigen eigenen, vom Betroffenen selbst erfahrenen Erlebnisse zu einem reichen Schatz an Hilfestellungen

bzw. stärkenden Erinnerungen werden. Durch das biografische Rückbesinnen auf die gesunden Anteile, die vor oder während kranker Phasen vorhanden sind oder waren, geschieht ein therapeutischer Wandlungsprozess, der den Betroffenen zu mehr Lebenssouveränität und Selbstwirksamkeit verhelfen kann.

„Das biografische Erzählen öffnet Möglichkeitsräume, in denen der einzelne Sprache finden kann und in der reflexiven Aneignung der lebensgeschichtlichen Erfahrungen Werkzeuge für die Bearbeitung des Zurückliegenden und Orientierungen für das noch unbekanntes Zukünftige gewinnen kann.“ (Herriger 2004)

3.2 Empowerment als Netzwerkarbeit (Gruppenarbeit)

Auf einer anderen Ebene zeigt sich die zusätzliche Wirkung bzw. Handlungsmöglichkeit von Empowerment. Nach Herriger (2004) ist sie nämlich nicht nur Ergebnis eines einzelfallbezogenen Settings von Beratung und Begleitung. In vielen Fällen ist Empowerment das Produkt einer Kooperation – also das gemeine Wirken von Hilfesuchendem und Hilfebietendem in Form eines dialogischen Abstimmens und Aushandelns von Problemdefinition und Lösungsmöglichkeit einerseits sowie das gemeinsame Wirken von Betroffenen untereinander andererseits. Das diese Art des gemeinsamen Lösens von sozialen Problemen nicht nur auf die professionelle Helfer-Klient-Beziehung begrenzt ist, sondern auch als Gruppenprozess initiiert werden kann, ist selbstverständlich. Wenn also Menschen, die sich zusammenfinden, ihre Kräfte bündeln und gemeinsam aus einer Situation der Machtlosigkeit, Resignation und Demoralisierung heraus beginnen, ihr Leben in die eigene Hand zu nehmen, kann eine machtvolle Entwicklung entstehen. Beispiele für eine solche Wiederaneignung von Stärke und Kraft von Gruppen geben die sozialen Bewegungen, die für die Gleichberechtigung von Männern und Frauen, für ökologische Belange oder den Naturschutz,

für Frieden- und Bürgerrechte sowie für vielfältige weitere Interessen eintraten. Neben diesen sozialen Bewegungen finden sich auch

„Anschauungsmaterialien für diese eigeninitiierten und dynamisch verlaufenden Gruppenprozesse in unterschiedlichen Handlungsfeldern: in der Netzwerkarbeit mit Familien-, Freundschafts- und Gleichaltrigen-Systemen, in der Unterstützung von Selbsthilfegruppen und in der Arbeit mit kommunalpolitisch engagierten Bürgerinitiativen. In all diesen Feldern sozialer Aktion sind Empowermentprozesse in sozialer Gemeinschaft eingelagert, vollzieht sich die Entfaltung personaler Kräfte in der stärkenden Gemeinschaft mit anderen. Für die Soziale Arbeit ergibt sich damit auf dieser gruppenbezogenen Ebene die Aufgabe, Menschen miteinander zu verknüpfen und ihnen Aufbauhilfen bei der Gestaltung von unterstützenden Netzwerken zu vermitteln. In das Zentrum der sozialen Praxis tritt so das Stiften von Zusammenhängen: die Inszenierung, der Aufbau und die Weiterentwicklung von fördernden Netzwerkstrukturen, die die Selbstorganisation von Menschen unterstützen und kollektive Ressourcen für eine selbstbestimmte Lebensgestaltung freisetzen.“

Auch hier seien die beiden von Herriger (2004) genannten Instrumente wiedergegeben:

„- Netzwerkberatung:

Arbeitsansätze der Netzwerkanreicherung zielen auf Beziehungsnetzwerke, die auf gewachsenen familiären, verwandtschaftlichen oder freundschaftlichen Beziehungen beruhen und die ein relativ hohes Maß an Vertrautheit implizieren. Ziel der Arbeit ist es, Verbindungen, die sich in der Zeit gelockert haben, enger zu knüpfen, bestehende Risse in der Textur der Beziehungen zu kitten, emotionale Belastungen und Beziehungshypothesen zu mindern und die Unterstützungsbeiträge der Mitglieder des privaten Netzwerkes zu einem gemeinsamen Ganzen zu verknüpfen. Netzwerkberatung gliedert sich in eine analytische und eine vernetzende Leistung. Im vernetzenden Part der Netzwerkberatung geht es sodann - ganz im Sinne des Unterstützungsmanagements - um das Arrangement eines Ressourcen-Netzwerkes in der privaten Welt, in dem die Unterstützungsbeiträge der einzelnen Netzwerk-Mitglieder (Partner, Familienangehörige, Freunde und andere engagierte Helfer) sowohl im Hinblick auf ihre inhaltlichen Schwerpunkte als auch im Hinblick auf ihre zeitliche Abfolge zu einem stimmigen Gesamtpaket gebündelt werden. Methodisches Instrument dieses „Case Managements im Plural“ ist die Netzwerk-Konferenz, die eine Begegnungsplattform bereitstellt, auf der eine solche arrangierende Leistung möglich wird.

- Netzwerkförderung:

Vielfach steht die soziale Arbeit jedoch vor der Situation, dass problemadäquate natürliche Unterstützungsnetzwerke - aufgrund einer durchgreifenden Individualisierung der Lebenswelten und der darin eingelagerten Vereinsamung von Menschen - nicht verfügbar sind. Hier kommt der sozialen Arbeit die Aufgabe zu, Gemeinschaft neu zu inszenieren, indem sie Menschen mit gleichartigen Betroffenheiten und Anliegen miteinander in Kontakt bringt und durch diese initiale Vernetzung Zugänge zu sozialer Teilhabe und Partizipation eröffnet. Soziale Arbeit ist hier Wegweiser zu Personen, die in gleicher Weise kritische Lebensabschnitte durchlaufen. Sie ist zugleich Starthilfe und organisatorisches Rückgrat für diese neu entstehenden Beziehungsnetze und Selbsthilfegruppen und fachliche Beratung in kritischen Etappen des Gruppenprozesses. Nicht minder wichtig ist es schließlich, Initiativgruppen, die eine größere thematische Nähe aufweisen, miteinander ins Gespräch zu bringen und zu einem koordinierten Ganzen zu verbinden, das Perspektiven einer solidarischen Zusammenarbeit über die Grenzen der Einzelinteressen hinweg sichtbar werden lässt (Vernetzung der Netzwerke).“

3.3 Empowerment als Ermöglichung von Partizipation (Organisationsarbeit)

Für den Bereich des Empowerments auf der Organisationsebene haben Fawcett et al. folgende Ziele zusammengefasst, die sehr anschaulich mit jeweiligen Praxisbeispielen belegt sind:

- „1. Increasing knowledge of community problems from the perspective of those most affected by the problems;
2. Increasing knowledge of solution alternatives generated by those most affected by the problems;
3. Increasing knowledge of the possible consequences of projects proposed by persons outside the affected community;
4. Involving consumers in the redesign of social programs to fit local needs and resources;
5. Training new behaviors for increasing the effectiveness of leaders of community groups;
6. Training new behaviors for increasing the effectiveness of individual citizens;
7. Developing and communicating research information to increase the likelihood of action taken regarding problems affecting the poor or disadvantaged.“ (Fawcett et al. 1984, 148 f.)

Hier zielt Empowerment auf die Beteiligung betroffener Menschen an den für sie relevanten Angeboten der Verbänden und sozialen Dienstleister ab.

„Gefragt ist hier das aktive Einfluss-Nehmen der Bürger auf die Gestaltung sozialer Dienstleistungsprogramme. Empowerment verknüpft sich in dieser Forderung mit der aktuellen Diskussion über „Partizipation“, „Kundenorientierung“ und „neue Steuerungsmodelle“. Hier wie dort - der Ausgangspunkt ist der gleiche: die Erfahrung engagierter Bürger, »vor verschlossenen Türen zu stehen«. Denn: Noch immer vollzieht sich die Gestaltung der Dienstleistungsprogramme der Wohlfahrtsverbände und der Sozialverwaltung weitgehend unter Ausschluss der Öffentlichkeit.“ (Herriger 2004)

Dass professionelle Helfer hier nicht nur Organisationsentwickler im Sinne und im engen Zusammenhang ihrer eigenen Institution und beruflichen Ausprägung sein sollten, sondern vor allem im Bereich des Einbezugs von Betroffenen stellt sich in vielen Bereich als problematisch heraus. Viele institutionelle Zwänge verhindern eine tatsächliche Einbindung von Betroffenen. Im Bereich der Psychiatrie stellen sicherlich die „Behandlungsvereinbarungen“ eine solche Möglichkeit dar, wenn sie gemeinsam mit Betroffenen entwickelt, umgesetzt und im Hinblick auf ihre Wirksamkeit evaluiert werden. Doch auch in diesem Bereich stellen sich Schwierigkeiten, wie z.B. ein knappes Zeitbudget seitens der stationären Versorgung oder Kommunikations- oder Kooperationsprobleme, die eine gute Weitergabe und Nutzung von Behandlungsvereinbarungen erschweren.

Allerdings bestehen in gutfunktionierenden Kooperationsmodellen zwischen Betroffenen und Institutionen für beide Seiten Entwicklungs- und Lernpotentiale. So können die Betroffenen lernen, ihre Interessen besser zu artikulieren und sie mit den institutionellen Gegebenheiten abgleichen. So können die Professionellen in ihren Institutionen schon durch frühe Beteiligung und Berücksichtigung der Anliegen von Betroffenen und Hilfesuchenden inkl. der Angehörigen und weiterer professioneller Helfer außerhalb der eigenen Institution Widerstände vermeiden.

Auf der Ebene der Organisationen stellt Empowerment wahrscheinlich eine sehr schwierige Option dar, die neben den beschriebenen auf diverse andere, meist strukturelle Begebenheiten stoßen wird. Hier gilt es zunächst die Professionellen bereits in ihrer Ausbildung für das Thema der Partizipation zu sensibilisieren und ihnen Methoden zu zeigen, die eine aktive Einbindung von Betroffenen oder zumindest eine angemessene Berücksichtigung ihrer Interessen ermöglichen kann.

3.4 Förderung von Selbstorganisation und Teilhabe (Gemeinwesenarbeit)

Empowerment auf der nächsten Ebene, nämlich der Lebenswelten oder des Gemeinwesens zeichnet sich durch Schaffung von Möglichkeiten selbstorganisierten Handelns aus. Diese Form von Empowerment lebt von einer Haltung von Politik, Verbänden und Professionen, die bei der Planung, Durchführung oder Implementation sozialer Programme und Initiativen, direkt Betroffene miteinbeziehen. Sei es in Form von Nutzerbefragungen, oder in Form von gemeinsamen Runden Tischen zur Planung bis hin zur direkten Beteiligung etwa in Beiräten. Beispiele für mutmachende Programme der community organization entstammen dem Kontext des „Healthy-Cities-Programms“ der Weltgesundheitsorganisation. In diesem Bereich des Empowerment in der Stadtteilarbeit hat Lüttringhaus (2000) entscheidende Merkmale beschrieben.

4 Ethisch-philosophische Aspekte

Das Empowerment-Konzept basiert auf bestimmten ethisch-moralischen und damit philosophischen oder anthropologischen Grundannahmen. Eine davon ist

„eine deutliche Kritik an den Blindflecken des tradierten Klientenbildes, die das berufsbezogene Alltagswissen in den Köpfen der sozialen Professionals prägen. Dieses Klientenbild ist bis heute in weiten Passagen von einem Defizit-Blickwinkel auf den Menschen geprägt, d.h. die Identitätswürfe der Klienten Sozialer Arbeit, ihre biographischen Erfahrungshorizonte und Bindungsnetzwerke werden nur allzu oft allein in Kategorien von Mangel und Unfertigkeit, Beschädigung und Schwäche wahrgenommen.“ (Herriger 2004)

Diese vor allem in den 1970'er und 1980'er Jahren formulierte Kritik gründet sich auf einer humanistischen Grundhaltung, die das »Gute« im Menschen und seine Schwierigkeiten als Ergebnis eines lebensgeschichtlichen Entwicklungsprozesses sieht (Rogers 1985). Daher sind diese Schwierigkeiten durch die Person selbst zu beheben bzw. Selbsthilfepotentiale zu nutzen.

Durch diese kritische Distanz zur bisherigen beruflichen Ethik der psychosozialen Berufe, die eher fürsorglich-caritativ als unterstützend-emanzipativ ausgerichtet ist, wird die Gefahr überwunden, Menschen auf Dauer von Fremdhilfe abhängig zu machen. Im Empowermentkonzept verlässt man diesen Pfad und beginnt die psychosoziale Unterstützung auf Ressourcen statt lediglich auf Defiziten aufzubauen. Menschen werden also nicht mehr als hilfebedürftige Mängelwesen angesehen, die der pädagogischen Fürsorglichkeit bedürfen, sondern als NutzerInnen sozialer Hilfen, derer sie nur partiell und auch nur kurz- bzw. mittelfristig bedürfen.

Dieses Vertrauen in die Stärken der Menschen, in produktiver Weise die Belastungen und Zumutungen der alltäglichen

Lebenswirklichkeit zu verarbeiten, ist Zentrum und Leitmotiv der „Philosophie der Menschenstärken“. Das die Empowermentpraxis leitende Menschenbild umfasst folgende Bausteine (Herriger 1995b, 157 ff.):

- „Abkehr vom Defizit-Blick: Lebensschwierigkeiten nicht rein defizitär betrachten und zugleich auf pädagogische Zuschreibungen von Hilfebedürftigkeit verzichten.
- Blick auf die Menschenstärken: Vertrauen in die Fähigkeit eines jeden Menschen zu Selbstaktualisierung und personalem Wachstum haben.
- Akzeptanz von Eigen-Sinn: Achtung vor der Autonomie und der Selbstverantwortung des Klienten und der Respekt vor unkonventionellen Lebensentwürfen aufweisen.
- Psychosoziale Arbeit als "Lebensweg-Begleitung": die eigene Zeit und den eigenen Wegen des Klienten respektieren und auf enge Zeithorizonte und standardisierte Hilfepläne verzichten.
- Normative Enthaltensamkeit der Helfer: auf entmündigende Expertenurteile im Hinblick auf die Definition von Lebensproblemen, Problemlösungen und Lebensperspektiven verzichten
- Die Grundorientierung an einer Rechtsperspektive: Menschen mit Lebensschwierigkeiten verfügen - unabhängig von der Schwere ihrer Beeinträchtigung - über ein unveräußerliches Partizipations- und Wahlrecht im Hinblick auf die Gestaltung ihres Lebensalltags.“

Das Empowermentkonzept basiert auf normativ-ethischen Grundüberzeugungen, die im folgenden kurz umrissen werden sollen. Die drei ersten Kategorien wurden bereits von Herriger (2004) beschrieben (vgl. auch Herriger 1997b).

4.1 Selbstbestimmung und Lebensautonomie

Zunächst einmal erscheint ein normatives Fundament der Philosophie des Empowerments im humanistischen Glauben an die Fähigkeit eines jeden Individuums, aus sich selbst heraus aktiv werden zu können und in eigener Kraft Autonomie, Selbstverwirklichung und Lebenssouveränität zu erstreiten.

„Obwohl die Soziale Arbeit das Recht des Klienten auf Selbstbestimmung und Lebensautonomie stets betont, erscheint die Nennung dieses Grundwertes nicht überflüssig. Denn: Die berufsalltägliche Einlösung dieses Anspruches erfordert von den Mitarbeitern sozialer Dienste eine sensible selbstreflexive Eingrenzung der eigenen Expertenmacht („sharing power“).“ (Herriger 2004)

4.2 Soziale Gerechtigkeit

Im Zentrum dieser Grundannahme steht die soziale Gerechtigkeit, also der gerechte Austausch zwischen Starken und Schwachen und damit auch zwischen Gesunden und Kranken.

„Das Empowermentkonzept bleibt hier - auch in Zeiten eines konservativen roll-back und eines durchgreifenden Reformpessimismus - einem sozialaufklärerischen Programm verpflichtet. Es ist sein Ziel, Menschen ein kritisches Bewusstsein für die Webmuster der sozial ungleichen Verteilung von Lebensgütern und gesellschaftlichen Chancen zu vermitteln und in ihren Köpfen ein analytisches Wissen um die Veränderbarkeit dieser übermächtig erscheinenden Strukturmuster zu festigen. Und es ist sein Ziel, Menschen sowohl im mikrosozialen Kosmos ihrer alltäglichen Lebenswirklichkeit als auch im makrosozialen Kosmos politischer Selbstvertretung zu sozialer Aktion anzustiften.“ (Herriger 2004)

4.3 Demokratische Partizipation

Der dritte normative Grundpfeiler des Empowerment-Konzeptes ist ebenfalls von Herriger (2004) beschrieben und bezeichnet das Prinzip Bürgerbeteiligung.

„Empowermentprozesse zielen auf die Stärkung der Teilhabe der Bürger an Entscheidungsprozessen, die ihre personale Lebensgestaltung und ihre unmittelbare soziale Lebenswelt betreffen. Sie zielen auf die Implementation von Partizipationsverfahren, die ihren Wünschen und Bedürfnissen nach Mitmachen, Mitgestalten, Sich-Einmischen in Dienstleistungsproduktion und lokaler Politik Rechnung tragen und eine eigenverantwortliche Gestaltung von lokalen Umwelten zulassen.“ (Herriger 2004)

In dieser Strategie sozialpolitischer Einmischung verbinden sich die Philosophie des Empowerments mit dem Diskurs um die „Zivilgesellschaft“ (vgl. u.a. Keupp 1998) und den „Kommunitarismus“ (vgl. u.a. Etzioni 1994, 1995, 1998). Empowerment und Kommunitarismus stehen gleichermaßen dafür ein, die Eigenverantwortung und Eigenbeteiligung der Menschen zu stärken, und sie auf einen neuen Gemeinsinn zu verpflichten. Insbesondere dem Kommunitarismus ist jedoch eine gewisse dogmatische Ausrichtung inhärent, die der postmodernen Entwicklung zuwiderläuft.

4.4 Protestantische Ethik

Simon (1994) beschreibt in ihren historischen Bemühungen um eine Bestimmung des Empowermentkonzeptes aus us-amerikanischer Sicht eine Tradition, die auf die protestantische Ethik zurückführt. Sie greift dabei auf die Arbeiten von Weber zurück, der als ein Wesensmerkmal dieser Ethik die Tatsache sieht, dass die Menschen durch ihr tägliches Werk und ihre Pflicht für ihr eigenes, weltliches Wohl sorgen können. Theologisch gesehen bedeutet dies, dass die Menschen ihr Wohlergehen nicht mehr einem Jenseits anvertrauten und darauf hofften, entweder in den Himmel oder in die

Hölle zu kommen, sondern bereits hier und jetzt in ihrem weltlichen Leben dafür verantwortlich sind, wie sie und andere leben. Dies schließt zwar nicht nur eine Selbstsorge sondern ausdrücklich eine Fremdsorge mitein, bedeutet zuvorderst, dass jeder sich zunächst um sich selbst kümmern sollte.

Auch die von den Protestanten abgelehnte Hegemonie des päpstlichen Dekrets schuf eine Glaubens- und Willensvorstellung, die den einzelnen darauf verweist, dass er selbst sich um das Verstehen der Glaubenslektüre (Bibel) und seines eigenen Glaubens kümmern muss, ohne dass ihm Glaubenssätze vorgeschrieben wurden. Damit stürzt der Protestantismus Luthers und Calvins, die – wenn man so will - ersten Experten dieser Welt, nämlich die große und mächtige Zahl der Scholastiker, die seit dem Frühmittelalter die Aufgabe ausfüllten, die Welt für die Menschen zu erklären und ihnen feste und durch den Papst diktierte Glaubensvorschriften zu schaffen.

4.5 Differenz und Divergenz

Mit Derridas Begriff der „différence“ kann man ein weiteres wesentliches Merkmal eines Empowermentethos festlegen. Dabei ist neben der grundsätzlich philosophischen oder soziologischen Auseinandersetzung nach dem für eine Gesellschaft aushaltbarem Maß an Differenz für unser Thema vor allem die Frage interessant, welche Potentiale dem Differenztheorem für den Empowermentprozess inne wohnen. Grundsätzlich ließe sich feststellen, dass Differenz förderlich ist, also auch eine durch Empowermentprozesse geförderte. D.h., dass das was im Entitätstheorem als zwingend vorausgesetzt wird, nämlich die Notwendigkeit einer Einheit, sei sie kulturell, gesellschaftlich oder individuell, für die Differenz nicht mehr selbstverständlich erscheinen muss. So plädiert Kleve (2004) dafür, sich in der Sozialen Arbeit der Differenz zu stellen und zwar sowohl

differenzmaximierend, als auch differenzminimierend, je nachdem mit welchem sozialen Problem man es zu tun hat. So seien Lebensrealität und Lebensnorm auf der gesellschaftlichen Seite einander anzunähern, um Segregationsprozesse zu verhindern. Auf der individuellen Seite allerdings wären z.B. in Beratungsprozessen gerade dadurch Veränderungsimpulse zu setzen, die zunächst die Differenz maximieren, indem z.B. erstarrte Familienstrukturen durch die Akzeptanz aller Familienmitglieder bei gleichzeitiger Förderung von Individualität jedes einzelnen Familienmitglieds einer Veränderung zugänglich gemacht werden.

Für Rappaport steht die Annahme der grundsätzlich anregenden Funktion divergenten Denkens als Ausgangspunkt zur Lösung vieler psychosozialer Fragen fest. In Anlehnung an Schumacher kennzeichnet er diese Art des Verstehens als für die psychosozialen Probleme konstitutiv:

„Wenn wir es mit Problemen zu tun haben, die ihrem Wesen nach dialektisch sind, werden sich notwendigerweise viele divergente statt einer konvergenten Lösung ergeben - nicht zu verschiedenen Zeitpunkten, sondern sogar gleichzeitig.“ (Rappaport 1985b, 262)

Wenn man diesem Argument folgt, so ergibt sich für die Frage nach dem Empowerment, dass sowohl Empowerment möglich als auch nichtmöglich ist. Möglich wird es dann, wenn der Anreiz und die Motivation zur Aufnahme des Empowermentgedankens vorhanden ist bzw. stimuliert werden kann; und dies sowohl bei Professionellen und Institutionen als auch bei den Betroffenen. Divergentes Denken in diesem Zusammenhang führt zu einer neuen Art der Kreativität, die viele Wege der Problemlösung zulässt, ohne immer gleich ein Rezept bereit zu halten. Für Rappaport stellt dieser Paradigmenwechsel kein Defizit der Sozialwissenschaften sondern vielmehr deren Realität dar. Ebenso sieht Marquard (1986) in der Möglichkeit, sich einer grundsätzlichen Widersprüchlichkeit der sozialen Realität zu stellen, einen Gewinn. Im Sinne Watzlawicks (1994) stellt sich somit die

Frage, ob auf die Zunahme sozialer Probleme immer mit einem „Mehr-Desselben“, also mit einer Vermehrung der gleichen Problemlösungsinstitutionen zu reagieren ist. Vielmehr scheint es höchste Zeit für eine Veränderung der Haltung und Methode der psychosozialen Arbeit in Richtung der Förderung von Kreativität als Selbsterschaffung des Einzelnen; und dies zwangsläufig mit durchaus divergenten Mitteln und Zielen.

4.6 Existenzanalytischer Zugang nach Buber

In seinem existenzanalytischen Diskurs geht Buber (1994) von der Annahme aus, dass eine Erfahrung des Zwischenmenschlichen auf eine dialogische Beziehung angewiesen ist, die sich allerdings nicht auf eine komplementäre, asymmetrische Beziehung reduzieren darf. Echte Begegnung, so Buber, ist nur zwischen gleichberechtigten Partnern möglich. Diese Aufforderung scheint konträr zu einer hierarchischen, „schiefen“ Kommunikations- und Interaktionsebene zwischen Helfer und Klient zu sein.

Für Buber kennzeichnen die Worttrichotome „Ich“, „Du“ und „Es“ den Zusammenhang, der für ihn die Wesenskategorien menschlichen Daseins beschreibt. Dabei sind die Dialogweisen des „Ich“ zum „Du“ und des „Ich“ zum „Es“ Ausdrucksweisen zweier grundverschiedener Umgehens- und Herangehensweisen an das Weltverhältnis. Für Buber sind dies „Grundworte“ im Sinne von Wortpaaren, die mit dem ganzen Wesen gesprochen werden. Der inhaltliche Unterschied zwischen den beiden Grundworten „Ich-Du“ und „Ich-Es“ besteht in der Frage der Subjekt- bzw. Objektorientierung. Im Grundwort „Ich-Du“ drückt sich eine Subjekt-Subjekt-Begegnung aus, die Respekt, Wertschätzung und potentielle Gleichrangigkeit voraussetzt, im Grundwort „Ich-Es“ werden

Asymmetrie der Beziehung und ein Subjekt-Objekt-Verhältnis mitgesprochen:

„Wer Du spricht, hat kein Etwas zum Gegenstand. [...] Wer Du spricht, hat kein Etwas, hat nichts. Aber er steht in der Beziehung.“ (Buber 1994, 8)

und weiter:

„Stehe ich einem Menschen als meinem Du gegenüber, spreche das Grundwort Ich-Du zu ihm, ist er kein Ding unter Dingen und nicht aus Dingen bestehend.“ (Buber 1994, 12)

Dementsprechend wird auch in dem Grundwort „Ich-Du“ zum Ausdruck gebracht, dass es sich um eine Begegnung handelt. „Alles wirkliche Leben ist Begegnung“ (Buber 1994, 15). Im Gegensatz dazu hat, wer „Es“ spricht, ein Objekt gegenüber und steht deshalb in keiner interaktionellen Beziehung im Sinne eines Austausches, sondern allenfalls im Sinne einer monologischen Kommunikation oder einer einseitigen Interaktion. Sozialisation und menschliche Entwicklung allgemein steht dabei für Buber immer im Zusammenhang mit Begegnung: „Der Mensch wird am Du zum Ich.“ (Buber 1994, 32). Diese schon in der Bindungstheorie (Winnicott) beschriebene Angewiesenheit des bedürftigen Menschen auf den bedürfnisbefriedigenden Menschen ist der allgemeine Ausdruck der menschlichen Existenz.

Worin liegt die Bedeutung des Buber'schen Weltverständnisses für die Frage nach einem Empowerment? Wie sofort deutlich wird, steht für Buber die Beziehung zwischen zwei oder mehreren Menschen im Vordergrund der Betrachtung, wie Menschen überhaupt existieren können. Darüber hinaus stellt für Buber erst die Kommunikation von zwei gleichberechtigten Menschen überhaupt eine echte Kommunikation und damit Begegnung dar. Wenn Empowerment auf einem nicht-paternalistischen und damit grundsätzlich gleichberechtigtem Dialog zwischen zwei Menschen, in

diesem Fall einem Hilfegebenden und einem Hilfesuchenden, besteht, so erscheint sofort die besondere Gefahr eines im Sinne Buber praktizierten Grundwortes „Ich-Es“ im Raume. Dort, wo dieses Grundwort gesprochen wird, d.h. die Beziehung zwischen zwei Menschen auf eine asymmetrische Basis gestellt wird, ergeben sich Machtgefälle und Hierarchien, die einer echten Begegnung im Sinne Bubers widersprechen. Grundsätzlich findet man in der Begegnung eines professionellen Helfers und eines Hilfesuchenden eine solche Begegnung vor. Empowerment kann deshalb bedeuten, Beziehungen oder Erfahrungen von Menschen, die auf dem Buber'schen Grundwort „Ich-Es“ beruhen, in „Ich-Du“-Beziehungen umzuwandeln bzw. Menschen die Erfahrung zukommen zu lassen, dass sie in einer „Ich-Du“-Beziehung angesprochen und ernst genommen werden.

5 Sozialpsychologische Grundlagen

In diesem Abschnitt soll es darum gehen, die psychosozialen oder sozialpsychologischen Grundlagen für ein Empowermentkonzept darzustellen und ihre Relevanz für ein integratives Empowerment herauszuarbeiten. Bevor es zu einer Darstellung dieser Grundlagen kommt, soll zunächst eine Begriffsbestimmung von Gesundheit bzw. psychischer Gesundheit vorgenommen werden, um den erkenntnistheoretischen Rahmen der Modelle zu beschreiben.

5.1 Erlernte Hilflosigkeit und verwandte Konzepte

Das von der Forschergruppe um Martin Seligman in den 1960'er Jahren durch lerntheoretische Versuche induzierte Modell der „Erlernenen Hilflosigkeit“ ist für das Verständnis von Empowermentprozessen von eminenter Bedeutung. Es wurde von Seligman 1975 zuerst publiziert und in verschiedenen Forschungsarbeiten bestätigt und weiterentwickelt (Abramson/Seligman/Teasdale 1978; Hiroto 1980; Alloy/Peterson/Abramson 1984). De Jong spricht davon, dass der Hilflosigkeitsforschung der Verdienst zukommt,

„im Bereich der psychologischen Grundlagenforschung zur Depression wissenschaftliche Standards eingeführt und den Aspekt der Unkontrollierbarkeit von Erfahrungen in seiner Bedeutung für affektive Störungen herausgearbeitet zu haben“ (de Jong zitiert nach: Seligman 1999, 210).

Weit über die klinische Diagnose der Depression hinaus, kommt den von den Forschern - wenn auch im Experiment - gemachten Beobachtungen für die Frage, wann Menschen sich hilflos oder ohnmächtig fühlen, eine zentrale Rolle zu. Sie zeigen auf eindrucksvolle Weise, wie Menschen durch wiederholte deprimierende, im Sinne ohnmächtig machender Erfahrungen in einen Fatalismus geraten, der jede weitere Anstrengung blockiert. In mehreren klinischen Versuchen wurden Menschen Situationen ausgesetzt, die sie nicht vorhersehbar beeinflussen konnten. Beispielsweise konnten in einer Versuchsreihe die Versuchspersonen einen unangenehmen Ton nicht immer abstellen, indem sie einen Mechanismus betätigten. Die Entscheidung über den Erfolg (Beendigung des Tonsignals) ihrer Handlung (Betätigung eines Knopfes) wurde einem Zufallsgenerator überlassen, sodass durch eine Reaktion (Betätigung eines Knopfes) die unangenehme Situation (Tonsignal) nicht immer beendet werden konnte. Die Versuchspersonen lernten, dass es manchmal klappte und

manchmal nicht. Wiederholte sich diese Erfahrung mehrfach, so unternahmen sie auch im weiteren Verlauf des Experimentes keinen weiteren Versuch, einen eventuellen Erfolg (Abstellen des Tonsignals) durch Betätigung des Knopfes zu erzielen. Diese „erlernte Hilflosigkeit“ stellte sich auch bei vorher gesunden und zuversichtlichen, voll im Leben stehenden Personen ein (Seligman 1999, 34 ff.).

Für Herriger (1997b) kommen diese Erfahrungen „biografischen Nullpunkt-Erfahrungen“ (S. 52) und damit dem „Verlust von Lebensenergie“ (S. 52) gleich. Er schließt damit an die Arbeiten von Kieffer (1984) an, der als Leiter eines gemeindebezogenen Krisenzentrums in den USA sich gerade diesen Lebensgeschichten von Menschen widmete, die für sich Wege aus der empfundenen Hilflosigkeit und damit Machtlosigkeit herausgefunden haben. Für Kieffer kennzeichnen sich diese Verläufe als „a set of insights and abilities best characterized as ‘participatory competence’“ (Kieffer 1984, 18). Auf die Psychiatrie angewendet liegt m.E. der Schluss nahe, dass die psychiatrischen Behandlungs- und Betreuungssysteme bei einigen Patienten in Verbindung mit deren vorherigen biografischen Erfahrungen dazu führen, dass sie nicht oder nicht mehr versuchen, ihr Leben und ihre Krankheit aus eigenen Kräften zu bewältigen.

Interessant scheint der Erklärungsansatz von Frankel/Snyder (1978), die versuchen, die erlernte Hilflosigkeit als Selbstschutz zu verstehen. Sie gehen davon aus, dass die Erwartung von Unkontrollierbarkeit eine Form der Ich-Bedrohung darstellt. Diese Erfahrung von Misserfolg (als eine mögliche Form von Unkontrollierbarkeit) führt zu Angst vor Misserfolgen, denen man konsequenterweise nur aus dem Weg gehen kann, wenn man jede weitere Anstrengung vermeidet. Dieser Selbstschutz verhindert einen

Selbstwertzerfall, da immer noch die Illusion bestehen bleibt, dass man erfolgreich hätte sein können, wenn man sich nur angestrengt hätte. Daher ist es von großer Bedeutung, dass Professionelle immer wieder die Überprüfung vornehmen, inwieweit die Symptome erlernter Hilflosigkeit in den Bereichen der Kognition, Emotion und Motivation, einer Aufnahme von Selbsthilfeaktivitäten im Wege stehen und nach Möglichkeiten suchen, diese zu verändern (Schober 1993).

Riemann (1987) stellt ähnliche Tendenzen fest, wenn er sie in den Rahmen seiner Untersuchung über das „Fremdwerden der eigenen Biographie“ stellt. Durch Entfremdungserfahrungen in der Psychose, durch lange, „drehtürmäßige“ Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken und durch weitgehende soziale Isolation gehe der Kontakt zur eigenen Biographie verloren. Es passieren dann nur noch Dinge im Leben, auf die kein Einfluss genommen werden kann und die nicht mehr kohärenter und inhärenter Teil des eigenen Lebens seien. Diese starke Veräußerung eigener Handlungsoptionen kann Teil des Phänomens der durch chronische Erkrankung entstehenden Antriebsstörung sein, wobei ein Ursache-Wirkungs-Zusammenhang nur schwer zu konstruieren ist. Nach neuesten systemtheoretischen Auffassungen wird die Möglichkeit einer Ursache-Wirkungs-Kette ohnehin bestritten und zugunsten einer zirkulären Betrachtungsweise aufgegeben die für diese Frage konstruktive Lösungen zu bieten scheint (Simon 1999).

Simon weist m.E. zurecht darauf hin, dass allgemein die Selbstorganisation psychischer Strukturen zur eigentlichen Symptombildung führen. Die in der Hilflosigkeitsforschung eingeführte Attributionspsychologie, d.h. die Beachtung der vom Individuum vorgenommenen charakteristischen Bedeutungszuteilung einer Situation, erhält nach Simon durch die nach ihren Entdecker

benannten „Selye-Reaktion“ und „Cannon-Reaktion“ eine weitere, physiologisch-somatische Ergänzung. In der auf einen Stresseinfluss ablaufenden

„syntoxischen Selye-Reaktion treten eher depressive, hemmende Mechanismen in den Vordergrund, die sogar soweit reichen, dass Mechanismen, welche die Störung aktiv negieren (wie beispielsweise die Entwicklung von Entzündungen), gehemmt werden“ (Simon 2001, 83).

Dieser Stress-Reaktions-Form steht die sog. „Cannon-Reaktion“ gegenüber, die den Organismus in einen sog. katatoxischen Zustand versetzt, der auf Kampf und Flucht vorbereitet. Auch wenn es sich hierbei zunächst um eine eher individual-organismische Betrachtungsweise handelt, lohnt sich m.E. eine Übertragung auf den psychosozialen Bereich durchaus. Schließlich sind gerade psychische Reaktionsmuster auf Lebenskrisen oder Stress in hohem Maße davon geprägt, mit welcher Grundhaltung ihnen begegnet wird. Diesen Modellen ähnlich greift Seligman (1999) die Frage nach Bewältigungsmustern auf und gelangt schließlich zur Abgrenzung depressiv-passiver von aggressiv-aktiven Bewältigungsmustern.

Die beiden Reaktionsmuster weisen m.E. eine besondere Dynamik auf, die für dieses Thema von Relevanz ist. Die Cannon-Reaktion stellt eine nur kurzfristig aufrecht zu erhaltende Form der Bewältigung von eintretenden Stressoren dar (z.B. durch Fieber oder Streit), wogegen die Selye-Reaktion ein eher geringes Energiepotential erfordert, welches auch über längere Zeit aufrecht erhalten werden kann. So ist mit Simon (1999, 2001) davon auszugehen, dass Chronizität psychischer Erkrankungen, also der dauerhafte und veränderungsresistente Verlauf einer Krankheit, eine solche Form der Selye-Reaktion darstellt. Diese zur Beruhigung des Organismus benötigte körperliche Reaktion kann in bestimmten Fällen derart chronifizieren, dass sie auf der Verhaltensebene ihren Ausdruck in Erlerner Hilflosigkeit findet.

Im Sinne einer funktionalistischen Perspektive ist man verleitet, eine solche Reaktion als dysfunktional zu betrachten, was durch alltagspraktische Erfahrungen verstärkt wird. Daher schreibt Schwarzer in Bezug auf den produktiven Umgang mit belastenden Lebenssituationen:

„Manche Menschen (...) können ein singuläres Lebensereignis gut bewältigen und davon profitieren, indem sie ihre Erfahrung und aktive Auseinandersetzung in psychisches Wachstum verwandeln. Schicksalsschläge können einen Lerngewinn hervorrufen, insbesondere wenn die Person neue Bewältigungskompetenzen erwirbt, die das Selbstvertrauen stärken und die den Widerstand gegenüber anderen Lebenskrisen erhöhen.“ (Schwarzer 1990, 12)

Belastende Lebensereignisse können also im Ergebnis auch positive Wirkungen erzeugen. Umgekehrt könnte angenommen werden, dass das Fehlen von Stress pathogene Wirkungen hat. So ist nach Antonovsky durchaus denkbar, dass gerade das Fehlen von Belastungen, also ein zu geringer Realitätsdruck, zum Stressfaktor werden kann. Hier geht es um das Problem der Unterforderung, des „underload“.

„The concept of underload postulates an inherent need for sensory stimulation of moderate magnitude and complexity.“ (Antonovsky 1979, 87)

Wie bereits die Arbeiten von Spitz (1967) zeigten, kann diese These aus klinischer Sicht bestätigt werden. Welche Bedeutung sie zum Beispiel für das Entstehen von schizophrenen Erkrankungen hat, ist noch nicht abschließend geklärt, wenn auch durchaus diskutiert (Ciompi 1994b). Gerade der Aspekt der Unterforderung steht in enger Beziehung zum Konzept des Kohärenzgefühls, welches später erläutert wird. Ein starkes und aktives Kohärenzgefühl kann sich nämlich ohne herausfordernde Ereignisse kaum entfalten, und das gleiche müsste insgesamt für seelische Gesundheit gelten.

In Frage zu stellen ist in einer konstruktivistisch-systemischen Sichtweise, ob diese Beobachtung vom trivialen Körpermaschinen-Modell auf die weitaus komplexeren nicht-trivialen sozialpsychologischen Zusammenhänge zu übertragen sind. In welche Richtung also Interventionsschritte zu lenken sind, bleibt zu diesem Zeitpunkt offen und muss für unsere Fragestellung zunächst damit beantwortet werden, dass nur eine integrative und somit verbreitete Förderung der Betroffenen zu mehr Autonomie unter Berücksichtigung der oben genannten psychologischen Momente zum Erfolg führen kann.

5.2 Salutogenese

Im folgenden wird eines der seit einiger Zeit häufig diskutierten Modelle der Gesundheitsförderung und der Bewältigungspsychologie betrachtet, nämlich das Modell der Salutogenese von Aaron Antonovsky. Obwohl der zunächst medizinsoziologisch angelegte Versuch Antonovskys, Widerstandsressourcen bei der Bewältigung von krisenhaften und belastenden Lebensereignissen (vor allem Krankheit) zu erforschen, eine große Nähe zu ebenfalls in dieser Richtung anzusiedelnden individualpsychologischen Konzepten hat (bspw. Bandura 1986), stellt es doch hinsichtlich seiner in der psychosozialen Arbeit und Gesundheitsförderung weitverbreiteten Diskussion und Anwendung ein besonderes Konzept dar, da es wie kein anderes der o.g. Theorien eine visionäre Wirkung zeigt.

Ausgehend vom damaligen Forschungsstand der Stresstheorie (insb. Lazarus Stress-Bewältigungs-Modell) begann Antonovsky das Konzept dahingehend zu erweitern, dass er Stressoren nicht mehr als grundsätzlich pathologisch sondern als Stimuli verstand, die einen Zustand der Anspannung auslösen. Wie der Organismus respektive der Mensch insgesamt mit diesen Informationen umgeht und welche Faktoren in diesem Prozess eine Rolle spielen, hat

Antonovsky mit seinem Modell der Salutogenese beschrieben. Der Begriff der „Salutogenese“ wurde daher von Antonovsky bewusst als Gegenbild zum etablierten Begriff der „Pathogenese“ gewählt.

Antonovsky schreibt:

„To have gone through the most unimaginable horror for the camp, followed by years of being a displaced person, and then to have reestablished one's life in a country which witnessed three wars [...] and still be in a reasonable health. This, for me, was the dramatic experience which consciously set me on the road to formulating what I came to call the salutogenetic model [...]“ (Antonovsky 1987, 11)

Es geht in dieser Theorie somit um gesunderhaltende Faktoren und um präventive Handlungen bzw. Ereignisse. Die innovative Kraft seines Modells besteht darin, dass weniger nach den Ursachen von Krankheit als vielmehr nach den Ursachen von Gesundheit gesucht wird:

„The problem of salutogenesis is one of the most mysterious, intriguing and meaningful challenges for philosophy and the biological and the social sciences.“ (Antonovsky 1979, 12)

Das in Folge der Salutogenese entwickelte Verständnis von Gesundheit ist ebenfalls für ein Empowermentverständnis von großer Bedeutung, weshalb es hier genauer betrachtet werden soll. Antonovsky schlägt ausgehend von diesem Heterostase-Modell vor, die dichotom angelegten Begriffskonstruktionen von Gesundheit und Krankheit aufzugeben. In Übereinstimmung mit vielen sozialwissenschaftlich orientierten Theorien der Gesundheit (vgl. etwa Becker 1982 oder Hurrelmann 1994) entwirft er ein Kontinuummodell von Gesundheit und Krankheit. Dieses Modell grenzt sich gegen die sogenannte pathogenetische Sichtweise ab. Es stellt im erkenntnistheoretischen Sinne das attraktivste Element des salutogenetischen Modells dar.

Die pathogenetische Sicht - so Antonovsky - bindet sich an die Perspektive, die einen Zustand der Krankheit und einen quantitativ und dichotom davon zu unterscheidenden Zustand der Gesundheit postuliert. Das Individuum ist entweder krank oder gesund, sein Zustand ist pathologisch oder nicht-pathologisch. Dieser Ansatz verführt dazu, nach etwas zu suchen, was es in der Wirklichkeit gar nicht gibt, nämlich der völligen Leidens- und Symptombefreiheit. In diesem Zusammenhang fruchtbarer erscheint ihm dagegen die Vorstellung, dass niemand vollkommen krank, aber auch niemand vollkommen gesund ist. Jeder befindet sich im Fluss zwischen diesen beiden Extremen irgendwo auf seinem „breakdown“-Kontinuum (Antonovsky 1979, 15). An die Stelle des Begriffs „breakdown“ setzte Antonovsky (1979) den Neologismus „dis-ease“ und kam so zu einem Kontinuum zwischen „health-ease“ und „dis-ease“, dem HEDE-Kontinuum.

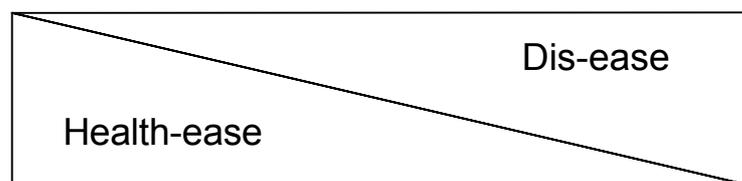


Abbildung 3: Das HEDE-Kontinuum von Antonovsky (eigene Darstellung)

Zur Bestimmung des Gesundheitsniveaus bzw. der Lokalisation einer Person auf dem HEDE-Kontinuum gibt Antonovsky folgende Kriterien an:

„Das Fehlen oder Vorhandensein von mehr oder weniger starken Schmerzen, das Fehlen oder Vorhandensein von mehr oder weniger großen funktionellen Beeinträchtigungen von Lebensaktivitäten, die von der betreffenden Person als für sie angemessen betrachtet werden, die von einem Gesundheitsexperten geäußerte, mehr oder weniger günstige oder ungünstige Prognose sowie die vom Gesundheitsexperten für notwendig erachtete mehr oder weniger aufwendige Maßnahme präventiver oder kurativer Art.“ (Antonovsky 1979, 57) (vgl. auch Becker 1982; Franke 1997)

Wenngleich Antonovsky hier zwar sozial vermittelte Parameter mit einbezieht, so lässt er doch das subjektive Krankheitsverständnis des Betroffenen außer acht (Faltermayer/Kühnlein/Burda-Viering 1998; Angermeyer 1988). Gesundheit ist demnach nur etwas von außen durch Experten Festzustellendes. Dies widerspricht jedoch m.E. dem Kontinuum-Ansatz ebenso wie dem Konstrukt des Kohärenzgefühls. Denn ein hohes Kohärenzgefühl kann mit einer von außen festgestellten schweren Krankheit zusammenfallen, dem Betroffenen zu einem leidlich positiv empfundenen Leben verhelfen.

Antonovsky selbst unterteilte sein Modell des Kohärenzgefühls oder auch „Sense of Coherence“ (SOC) in drei Unterkategorien, welche den „sense of meaningfulness“ (Gefühl der Sinnhaftigkeit), den „sense of comprehensibility“ (Gefühl der Verstehbarkeit) und den „sense of manageability“ (Gefühl der Handhabbarkeit) umfassen. In Anlehnung an Bengel/Strittmatter/Willmann (2000) wäre es m.E. sinnvoller von Kohärenzerleben statt von Kohärenzgefühl zu sprechen, da damit die informatorische Verarbeitung hervorgehoben wird. Kohärenzgefühl ist nach Antonovsky zusammenfassend zu sehen als

„eine globale Orientierung, die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass erstens die Anforderungen aus der internalen und externalen Umwelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind, und dass zweitens die Ressourcen verfügbar sind, die nötig sind, um den Anforderungen gerecht zu werden. Und drittens, dass die Anforderungen Herausforderungen sind, die Investitionen und Engagement verdienen“ (Antonovsky 1993, 12).

Der SOC ist somit - entgegen der Spaltung in die drei Teilfaktoren mit kognitiven, praktischen und motivationalen Komponenten - m.E. hauptsächlich eine motivationale Komponente. Bengel/Strittmatter/Willmann beschreiben es als

„flexibles Steuerungsinstrument, als Dirigent, der den Einsatz verschiedener Verarbeitungsmuster (Copingstile, Copingstrategien) in Abhängigkeit von den Anforderungen anregt“ (Bengel/Strittmatter/Willmann 2000, 30).

Die drei Teilfaktoren sowie das gesamte Kohärenzgefühl können mit dem von Antonovsky selbst entworfenen „life-questionnaire“ (Antonovsky 1997) gemessen und in einem Summenscore wiedergegeben werden. Es handelt sich laut internationaler Forschung um ein Instrument mit mittlerer Aussagekraft für die ausgangs gestellte Frage: „Was erhält Menschen gesund?“. Allerdings zeigt das Ausmaß des SOC eine hohe Korrelation mit Symptomen wie Angst und Depression, die wiederum eng mit Ohnmachtsgefühlen und dem Empowermentzielen zusammenhängen. Aus diesem Grund ist das Antonovsky'sche Konzept der Salutogenese unter dem Gesichtspunkt der individualpsychologischen Erklärung von einer gewissen Aussagekraft.

Ein weiteres wichtiges Element des Salutogenese-Modells für die Diskussion um ein Empowermentmodell für die Arbeit in der Psychiatrie stellen die von Antonovsky formulierten „Generalisierten Widerstandsressourcen“ (GWR) dar. Das von Antonovsky ursprünglich anvisierte Ziel, herauszufinden, was Menschen gesund erhält, wird von ihm im Ergebnis nämlich auf eine rein individualpsychologische Komponente (des SOC) reduziert. Dies ist umso erstaunlicher als die „Generalisierten Widerstandsressourcen“ einen ebenso wichtigen Teil des salutogenetischen Modells darstellen, in den an Antonovsky anschließenden weiteren empirischen und theoretischen Arbeiten jedoch nur wenig Anklang finden. Als Medizinsoziologe nimmt Antonovsky an, dass sich zur Herausbildung von Gesundheit generelle, aus dem kulturellen bzw. sozialen Umfeld erwachsene Muster als bedeutsam erweisen. Er bestätigt damit frühere soziologische Forschungen, die von einem hohen Einfluss der sozialen Umgebung ausgehen. Antonovsky

definiert diese Ressourcen als „any characteristic of the person, the group, or the environment that can facilitate effective tension management.“ (Antonovsky 1979, 99)

Es handelt sich also um jene Faktoren, die den Einzelnen mit bedeutungsvollen und kohärenten Lebenserfahrungen versorgen. Auch wenn physikalische und biochemische GWR (hauptsächlich im Immun- und Nervensystem und in der genetischen Ausstattung) für die Stressbewältigung wichtig sind, ist für Antonovsky das soziale und kulturelle Umfeld von besonderer Bedeutung. Gerade unter diesem Aspekt wird die allgemeine Rolle der GWR in der Sichtweise Antonovskys besonders deutlich: Sie versorgen den Menschen mit jenen Informationen, die ihm bei der Stressbewältigung helfen. Die funktionale Gemeinsamkeit der GWR liegt nach Antonovsky in ihrer Fähigkeit, ein widerstandsfähiges Lebenskonzept bzw. eine allgemeine Orientierung aufzubauen, um eine sowohl kognitive als auch emotionale und praktische Stressbewältigung zu ermöglichen. Die GWR sind Basisfaktoren, deren Vorhandensein oder Fehlen die Stärke der individuellen Bewältigungskompetenz entscheiden:

„(...) die eigentlichen Quellen des Kohärenzgefühls müssen in der Natur der Gesellschaft liegen, in der jemand lebt, in einer bestimmten historischen Periode, in einer bestimmten sozialen Rolle, in die jemand eingebettet ist.“ (Antonovsky 1993, 13)

Generalisierte Widerstandsressourcen sind nach Antonovsky u.a.: soziale Integration, kulturelle Stabilität, Bildung, ausreichendes materielles Auskommen. Diese Bestimmungsfaktoren stellen für die Empowermentfrage insofern eine Herausforderung dar, als dass zu zeigen ist, welche Einflüsse sie auf die Chancen eines erfolgreichen Empowerments haben können. Welches Maß an sozialer Integration und kultureller Stabilität ist notwendig, um Empowerment zu ermöglichen? Ist nicht sogar das Fehlen dieser Stabilitäten (im Sinne gesellschaftlicher Krisen) ein Motor für Empowermentprozesse

(siehe die Black Power und andere soziale Bewegungen, die in solchen Krisenzeiten entstanden). Braucht es einen gewissen Bildungsstand bzw. ein ausreichendes materielles Einkommen für erfolgreiches Empowerment? Zumindest hat Keupp (2000) sich dafür ausgesprochen, von der Notwendigkeit materieller Ressourcen zur Entwicklung eines gesunden Kohärenzsинns auszugehen. Ich werde diese Fragen weiterhin im Auge behalten und versuchen bei der Formulierung eines integrierten Empowermentmodells darauf eine zunächst theoretische Antwort zu geben.

5.3 Individualpsychologie nach Adler

Empowerment als Ermutigung zum aufrechten Gang. So könnte eine Metapher in Anlehnung an Keupp (2000) auch genannt werden, der es in ähnlicher Form für die Gesundheitsförderung formulierte. Mit der Nutzung des Begriffes „Ermutigung“ ist der von Alfred Adler beschriebene psychologisch-therapeutische Prozess gemeint, der einem hilflosen und entmutigten Menschen durch professionelle oder nicht-professionelle Hilfe zu neuer Lebenskraft und Bewältigungsvermögen bzw. -motivation verhilft. Bevor auf dieses für die Empowermentfrage bedeutsame Konstrukt eingegangen werden soll, sollten zwei weitere Säulen der Adler'schen Psychotherapie erläutert werden.

Auch wenn Adlers Individualpsychologie in dem Sinne noch einem pathogenetischen Modell verhaftet bleibt, indem er von seelischen Störungsprozessen ausging, so wohnt doch dem Modell der Ermutigung eine besondere Nähe und Innovationskraft inne, die als Empowerment-Strategie bezeichnet werden könnte. Zunächst stellt für Adler der in der humanistischen Psychologie und Psychiatrie bekannte Grundsatz des „den Patienten verstehen“ ein zentrales Mittel im Behandlungsprozess dar. Gemeint ist damit eine

professionellen Grundhaltung, die sich dem hilfeschuchenden Menschen und seinen Problemen mittels einer hermeneutischen Herangehensweise nähert.

„Die individualpsychologische Schule ist grundsätzlich daran gebunden, das System einer seelischen Erkrankung auf jenen Wegen zu erforschen, die der Kranke selbst gegangen ist. Unsere Arbeiten haben gezeigt, welche große Bedeutung dem individuellen Material, noch mehr der Selbsteinschätzung desselben zukommt, über das der Patient verfügt. Deshalb war uns das Verständnis des Individuums und eine individualisierende Betrachtung ein Haupterfordernis.“ (Adler zitiert nach Ansbacher/Ansbacher 1975, 306)

Für Adler sind Neurosen und Psychosen daher „Ausdrucksformen entmutigter Menschen“ die eine Therapie notwendig machen, die „unabhängig und selbständig macht, weil sie die wirksamen Ursachen der Entmutigung behebt“ (Adler zitiert nach Ansbacher/Antoch 1982, 35). Des weiteren ist es nach Adler Aufgabe des Professionellen Deutungsarbeit zu leisten. Dadurch erhält der Ansatz eine mit dem Empowermentansatz schwer vereinbare Position, da hier eine fast patriarchale Therapeutenrolle durchscheint. Dieser Grundsatz des „den-Patienten-sich-selbst-erklären“ basiert auf der Annahme einer neurotischen Verzerrung und damit der Möglichkeit des Therapeuten, dem Patienten in einem Prozess der Nachreifung dadurch zu mehr Gesundheit zu verhelfen, indem ihm scheinbare Irrwege und falsche Apperzeptionen deutlich gemacht, aufgezeigt und erklärt werden. Vom Ziel her emanzipatorisch ist dies doch eher ein Mittel, welches den Patienten weiter abhängig machen kann, nämlich von der Deutungskraft und Deutungsmacht des Therapeuten. Auch die von Adler geforderte Förderung der Einsicht ist ein zu sehr pädagogisches Modell, um für ein Empowermentmodell hilfreich sein zu können.

Bei der Beschreibung der von Adler favorisierten therapeutischen Haltung bzw. Beziehung zum Patienten kommt er dann auf ein ganz wesentliches Konzept, nämlich die Ermutigung des Patienten:

„Wie überhaupt bei jedem Schritt in der Behandlung die Richtung der Ermutigung eingehalten werden muss, im Sinne der individualpsychologischen Überzeugung, durch die so viele haltlose Eitelkeiten sich auf die Zehen getreten fühlen, »dass (abgesehen von erstaunlichen Spitzenleistungen, über deren Struktur wir nicht allzu viel aussagen können« jeder alles kann.“ (Adler zitiert nach: Ansbacher/Ansbacher 1975, 319)

Für Adler ist diese Ermutigung immer die Ermutigung zur Wahrnehmung und Integration in Gemeinschaften, setzt er doch das Gemeinschaftsgefühl und den Gemeinschaftswunsch als ontologische Basiskategorie voraus. Antoch (1982) formuliert Adlers primäre Intention in der Einleitung zu den ausgewählten Aufsätzen zu Erziehung und Psychotherapie deshalb wie folgt:

„Und Ermutigung zur Mitarbeit im Zeichen der Gleichwertigkeit, das ist - bei aller Verschiedenheit im methodischen Vorgehen - der gemeinsame Nenner von Psychotherapie und Erziehung.“ (Antoch 1982, 9)

Meines Erachtens könnte hier deshalb ohne weiteres hinzugefügt werden: ... der gemeinsame Nenner von Psychotherapie und Erziehung und Empowerment. Denn es zeigt sich in dem Adlerschen Ansatz der Versuch einer Reintegration von segregierten - gleich ob materiell oder symbolisch - Menschen in einen sozialen Zusammenhang. Das dabei Gleichwertigkeit und Gemeinschaftsgefühl für Adler zentrale Kategorien waren, zeigt die theoretische Nähe zum psychosozialen ebenso wie zum politischen Empowerment. Ohne weiteres könnte man allerdings bei aller Übereinstimmung beim Empowerment parallel von der Intention nach Gemeinschaftshandeln oder - erleben und von der Induzierung eines Gemeinschaftsgefühl sprechen. Es geht nämlich bei erfolgreichem Empowerment - hier verstanden als Integrationskraft - sowohl um tatsächlich erfahrene als auch um antizipierte soziale Unterstützung, die hilft, soziale Probleme zu lösen.

5.4 Ressourcenorientierung bzw. „strength perspective“

Für die Empowermentphilosophie ebenso wie für die Empowermentpraxis erscheint die einer „erlernten Hilflosigkeit“ entgegenwirkende Annahme von „Menschenstärken“ (Herriger 1995b) zentral, die auf Weik et al. (1989) und Weik (1992) zurückzuführen ist. Sie ruht auf der humanistischen Idee, die durch drei zentrale Annahmen gestützt wird:

„Zum ersten: 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. [...] Zum zweiten: Die Perspektive der Menschenstärken nimmt an, dass diese Kraft [...] eine kraftvolle Ressource von Wissen ist, die personale und soziale Transformation anleiten kann. [...] Und zum dritten: Dieses Denkmodell enthält eine pragmatische Unterstellung im Hinblick auf den Charakter von Veränderung. 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.“ (Weik 1992, 24)

Die „strength perspective“ zeigt eine gewisse theoretische Nähe zu Fragen der Kontrollüberzeugung und der Selbstwirksamkeit. In diesem Sinne geht es darum Stärken als Kompetenzen zu verstehen und sie in ihrer gesundheitsförderlichen bzw. krankheitsbewältigenden Form und Funktion zu erkennen und zu nutzen.

Feldenkrais' Theorie und Methode der funktionalen Integration beruht ebenfalls auf der Annahme einer solchen inneren Ressource:

„Ich glaube, dass die latenten Fähigkeiten eines jeden von uns beträchtlich größer sind als die, mit denen wir leben. Daß sie latent geblieben sind, rührt von unserem Mangel an Bewußtheit her, den wir unwillkürlich hinnehmen.“ (Feldenkrais 1987, 143).

Die hier zum Ausdruck kommende Kraft steht in direktem Zusammenhang mit der Empowermentphilosophie, insofern sie annimmt, dass sich in jedem Menschen die Fähigkeit zur Selbstorganisation befindet, die nur durch einen Prozess der Befähigung geweckt werden muss. Problematisch erscheint an diesem idealen Verständnis des Menschseins jedoch die Tatsache, dass es als „Glaube“ verfasst ist und damit der rationalen Bestimmung und Erklärung bislang entzogen wird. Dies wird durch die im Sinne der Salutogenese erfolgte Instrumentalisierung dieses Glaubens als „Kohärenzgefühl“ nicht gänzlich gelöst, wenngleich die hohe Korrelation zu Depressivität und Mutlosigkeit ohne weiteres nachzuweisen ist (vgl. z.B. Lundberg 1997).

Eng hiermit verbunden ist die Orientierung auf die Ressourcen bei den Menschen selbst. Diese Ressourcen, auf die sich der Empowermentprozess ausrichtet, können im individuellen Sinne als Bewältigungs- oder Selbstkontrollüberzeugungen und im sozialen Sinne als Soziale Unterstützungsmechanismen verstanden werden. Beide Bereiche ergänzen sich gegenseitig zu einer Quelle für die Bewältigung von Lebensproblemen und müssen – so sie nicht aktuell verfügbar sind oder nicht gesehen werden – im Empowermentprozess geweckt und aktualisiert werden.

„Es kann davon ausgegangen werden, dass beide Ressourcenformen simultan bei der Bewältigung von Krankheit, Belastungen und Krisen eingesetzt werden. Sie bilden gemeinsam das Potential der Lebensbewältigung, über das eine Person verfügt. Erst in ihrer Wechselwirkung erleichtern sie die Adaption an eine chronische Krankheit, verändern den Problemstatus, regulieren Emotionen und den Selbstwert, fördern die Funktionsfähigkeit im Alltag und erhöhen die Bereitschaft zu gesundheitsförderlichen und präventiven Verhalten.“ (Lenz 2002, 27)

5.5 Paulo Freire und das „wissende Subjekt“

In seiner „Pädagogik der Unterdrückten“ (1971) beschreibt Paulo Freire seine eigene Schwierigkeit, als Lehrer die Alphabetisierung bzw. Entwicklung in den Städten Lateinamerikas voranzutreiben. Er muss - wie viele andere auch - die scheinbare »Lernunwilligkeit« der Einheimischen konstatieren. Ein wirklicher Emanzipationswille, der als Voraussetzung für die eigene Entwicklung und damit für die Gestaltung einer postkolonialen Epoche gelten könnte, ist nicht zu bemerken, was die von Militär- und Industrieeliten geführten Aufstände und Bürgerkriege der 1970'iger und 1980'iger Jahre zeigen. Lange bezeichnet dies in der Einführung in das o.g. Hauptwerk Freires als die „Kultur des Schweigens“ (Freire 1971, 9) auf Seiten der einheimischen Bevölkerung. Freire geht über diese positivistische Analyse hinaus, indem er bezweifelt, dass die Unterdrückten aufgrund natürlicher Gegebenheiten den Unterdrückern (Kolonialisten) unterlegen seien. Mit dieser Behauptung hat er sich nie abgefunden und somit zu seiner eigenen pädagogischen Theorie und Praxis gefunden. Auch das ist ein wesentliches Moment der Freire'schen Arbeit: Die unbedingte Verbindung von Theorie und praktischer Handlung, da nur diese zu wirklicher Emanzipation führt.

Folgerichtig kritisiert Freire die kolonialen Bemühungen um Erziehung und Bildung der scheinbar unterentwickelten Bevölkerungsschichten Lateinamerikas und kommt zu der Grundaussage seiner pädagogischen Theorie:

„Erziehung kann niemals neutral sein. Entweder ist sie ein Instrument zur Befreiung des Menschen, oder sie ist ein Instrument zu seiner Domestizierung, seiner Abrichtung für die Unterdrückung.“ (Freire 1971, 14).

Die Lösung dieses Macht-Ohnmacht-Problems liegt für Freire in seiner „educação problematizadora“ (dt.: problematisierenden Erziehung) mit dem Ziel einer „conscientização“ (dt. Bewusstmachung). Damit ist ein Lernprozess gemeint, der

„nicht das »Fressen« fremden Wissens, sondern die Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation als Problem und die Lösung dieses Problems in Reflexion und Aktion. Lehren ist entsprechend nicht Programmieren, sondern Problematisieren, nicht das Abkündigen von Antworten, sondern das Auswerfen von Fragen, nicht Einnistung des Erziehers im Zögling, sondern Provokation des Zöglings zur Selbstbestimmung“ (Freire 1971, 15 f.).

Hier zeigt sich bereits deutlich der von Freire genutzte Subjektbegriff, der darin besteht, dass Personen dann als Subjekte gelten, wenn sie wissend handeln, im Gegensatz zu Personen als Objekte, die man kennt und die man behandelt. Darüber hinaus kann bereits jetzt ein wichtiger Punkt aus der Freire'schen Pädagogik für das hier zu entwickelnde Empowermentkonzept extrahiert werden: Es handelt sich um die sog. „generativen Themen“ oder „sinnvolle Thematiken“, also um die kognitiv-emotional-vermittelten Bewusstseinsinhalte, die für die Menschen von subjektiver Bedeutung sind und ihnen Anlass und Finalität in Bezug auf Veränderungen ihrer Lebenssituation bieten. Mit Freire ist davon auszugehen, dass emanzipatorisches Lernen (mit andern Worten: Empowerment), nur unter der Bedingung möglich ist, dass es ermöglicht wird, diese Themen zu finden. Dass heißt sie bewusst zu machen und den Weg zu eigenen, aus den Subjekten stammenden Problemlösungsstrategien zu ebneten.

Schließlich sei noch folgende bereits frühe Erkenntnis Freires zu einer „Psychologie der Bedürfnisse“ benannt. Obwohl Freire eher ein existentialistisch-marxistisches Verständnis von der Welt hat, im dem die historisch-materialistischen Bedingungen das Leben der Menschen wesentlich bestimmen, so erkennt er doch die dahinter liegenden psychologischen Prozesse. Am Ausgang dieser

Betrachtungen formuliert er die fast konstruktivistische Sicht, dass „die konkrete Situation der Menschen ihr Bewusstsein von der Welt bestimmt und dass dieses Bewusstsein umgekehrt die Haltung und ihre Art, mit der Wirklichkeit umzugehen, bedingt.“ (Freire 1971, 149).

In Bezug auf die Marginalisierung stellt er daher fest, dass sich die Botschaften der Unterdrücker in den Köpfen der Unterdrückten festsetzen und dort wiederum insofern internalisiert werden, als dass die Unterdrückten selbst der Meinung sind, sie wären so, wie die Unterdrücker sie beschrieben. Im Zuge der Bewusstmachung solcher Internalisierungen würden neue Strukturen durch Umwälzungen (Reformen, Revolutionen) auf gesellschaftlicher Ebene möglich. Sie sind es jedoch auf der Ebene kleinerer Gruppen (Sozialer Bewegungen) oder bei Individuen, wie u.a. die Emanzipation der „Irren“ zu „Psychiatrie-Erfahrenen“ mit den entsprechenden, modernen positiv besetzten Selbstbeschreibungen der Betroffenen zeigt.

Empowerment bedeutet also, dass Einzelnen, ebenso wie Gruppen oder größere Populationen in der Lage sind oder in diese versetzt werden können, ihre eigenen Themen zu finden, sie zu bearbeiten und zu lösen. Die Generativität ihrer Themen ist dabei zunächst zu unterstützen bzw. der Prozess der Bewusstmachung ist zu ermöglichen. Am Ende dieses Prozesses stünde dann nicht nur das „wissende Subjekt“, sondern ein „zum eigenen Handeln befähigtes“ Subjekt.

6 Soziologische Modelle

In diesem Abschnitt soll es um die Formulierung soziologischer Konzepte gehen, die für das Verständnis von Empowerment von konzeptioneller Bedeutung sind. Aus der Erörterung systemtheoretischer Aspekte wird die Funktionalität und Strukturalität von menschlichen Gesellschaften sowie menschlichen Handelns deutlich werden. Die Subjekttheorie wird weiterhin dieses strukturelle um ein auf das Individuum zugeschnittenes Verständnis erweitern. Hierbei wird deutlich, dass sich Empowerment als professionelle psychosoziale Hilfestellung zwischen Systemansprüchen und einer Orientierung auf das Subjekt bewegt.

6.1 Systemtheorie

Die Systemtheorie wird hier als theoretisch relevant dargestellt, weil sie m.E. wichtige Hinweise zur Frage eines integrierten Empowermentverständnisses liefert. Die beiden hier beleuchteten Zweige der Systemtheorie stammen aus unterschiedlichen wissenschafts- und erkenntnistheoretischen Bezügen. Es ist zum einen die von Luhmann als Fortführung des Strukturfunktionalismus Parsons entwickelte Systemtheorie Sozialer Systeme und zum anderen die aus der Biologie stammende Systemtheorie lebender Systeme von Maturana/Varela.

Beide Richtungen speisen das Empowermentmodell aus unterschiedlichen Richtungen und sind jeweils nicht ohne Nachteil bzw. Widerspruch. Nichtsdestotrotz sollen sie hier diskutiert werden. Neben der noch zu bestimmenden Subjekttheorie trägt auch die Systemtheorie zu einem Verständnis von Chancen und Grenzen des Empowerment bei, welches hier in seinen Grundzügen dargestellt werden soll.

6.1.1 Strukturelle Systemtheorie nach Luhmann

Die Systemtheorie im Verständnis Niklas Luhmanns (1987) betrachtet Menschen in ihrem funktionellen Sinne als Elemente eines Systems, in dem sich soziale Handlungen als Interaktions- oder Austauschprozesse darstellen. Dieser Austausch führte und führt zu einer immer weiter fortschreitenden gesellschaftlichen Funktionalisierung und Differenzierung. Die fortschreitende Entwicklung der Gesellschaft wird innerhalb dieses theoretischen Gedankengebäudes mit Begriffen des Strukturfunktionalismus beschrieben. Im Vordergrund steht dabei die Feststellung, dass sich moderne, industrielle Gesellschaften zunehmend komplexer entwickelten und daher Differenzierungsmuster (Arbeitsteilung, Aufbau einer Expertokratie, Institutionalisierung) entstehen mussten, um diese Komplexität in technischer wie sozialer Hinsicht zu reduzieren. Durch Inklusions- und Exklusionseffekte entstanden viele Systeme und Subsysteme, die sich gegenseitig Subjekt und Objekt sind. Durch Herstellung binärer Codes (z.B. Krank/Gesund im Sinne der Medizin oder Hilfsbedürftig/Nicht-Hilfsbedürftig im Sinne der psychosozialen Hilfe) wurden Grenzen für die funktionelle Zuständigkeit der einzelnen Systeme gezogen.

Systemtheoretisch kann der Empowermentgedanke aus den Exklusionseffekten hergeleitet werden. Wenn bestimmte Gruppen von Menschen oder Individuen aus bestimmten, für sie wichtigen Systemen ausgeschlossen sind, so entsteht der Wunsch nach einer neuen Struktur, einem neuen System. Des weiteren entsteht durch die zunehmende Funktionalisierung und Differenzierung von Lebensbereichen immer stärker ein Mangelgefühl, d.h. der Mangel an Ganzheiten oder überschaubaren Abläufen. Dieses bereits von Marx, Weber und Durkheim für den sozio-ökonomischen Prozess als „Entfremdung“ bezeichnete Phänomen kann zu Ausschluss und

Randgruppendasein führen. Der Versuch, sich daraus zu emanzipieren, kann als Empowerment bezeichnet werden, da durch das empowern - also das Zurückgewinnen sozialer Stärke durch Selbstbestimmung - entweder Nischen geschaffen werden, die die menschlichen Bedürfnisse nach Nähe/Distanz und Struktur/Freiheit äquivalent aufgreifen können oder es zu einer Re-Inklusion in die bestehenden gesellschaftlichen Prozesse kommt. Der systemische Ansatz ist allerdings insofern nur begrenzt aussagekräftig, da er das Subjekt als gesellschaftlichen Akteur nicht wahrnimmt und lediglich Interaktionen beschreibt (Merten 1997).

Dem steht ein Subjektverständnis im Sinne der Buber'schen Philosophie (Buber 1994) und phänomenologischer Betrachtungen gegenüber, welche den Menschen im Kern als Subjekt-Handelnden begreifen. Die Lebensweltvergessenheit, die sich in der Kritik der gesellschaftlichen Abläufe ausdrückt, schafft nach dieser Vorstellung den Nährboden für die Ausblendung des Menschen als Subjekt. Hellerich (1985) klagt die heutige psychosoziale Versorgung an, auf halbem Wege ihres Aufbruchs zu einer menschenwürdigen, weil subjektachtenden Hilfe psychisch Leidender stehen geblieben zu sein. Anstalten und Asyle wurden zwar aufgelöst, es sind an ihre Stelle jedoch viele ambulante Dienste und psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern getreten, von denen angenommen werden kann, dass sie ein neues Ghetto in der Gemeinde geschaffen haben. So spricht Angermeyer davon, dass

„auch unter den Bedingungen einer modernen gemeindepsychiatrischen Versorgung [...] viele Kranke in ein ambulantes bzw. gemeindepsychiatrisches Getto ohne Mauern ab[driften]“
(Angermeyer 1989, 201).

Der Regelbetrieb innerhalb des gemeindepsychiatrischen Hilfesystems ist auch bis heute von einem starren gesetzlichen Finanzierungswerk, einem objektivistischen und medizinischen

Modell dominiert, institutionelle Prozesse beherrschen die Betroffenen und Hilfesuchenden. Gerade psychisch Kranke passen sich in ihrem Leiden mehr an die Hilfsangebote der Institution an als die Institution an die wirklichen Probleme und die Individualität der Menschen. In diesem Verständnis wird Empowerment zunächst nicht an den Inklusions- oder Exklusionseffekten ansetzen, sondern primär den Einzelnen in seiner Individualität wahrnehmen und stärken. Das kann dazu führen, einen gewissen Eigensinn zulassen zu müssen, der eine Inklusion in bestehende Systeme nicht zulässt. Leider führt das letztlich zu einem Verlust an Integrationsfähigkeit und bestärkt paradoxerweise gesellschaftliche Segregationsprozesse sowie die o.g. Ghettos. So sind die meisten Selbsthilfegruppen in dem Dilemma gefangen, sich als Betroffenenengruppe zu organisieren und gleichzeitig mit ihrer Forderung nach außen zu treten.

6.1.2 Biologische Systemtheorie nach Maturana/Varela

Wie in der strukturfunktionalistischen Systemtheorie zu erkennen ist, erfolgte in der Moderne eine zunehmende Differenzialisierung der Funktionssysteme mit den entsprechenden Konsequenzen für Kommunikation und Lebenswelt. Die biologisch fundierte Systemtheorie zeigt, dass einzelne Systeme durch bestimmte Referenzen zusammenhängen und sich zunächst unabhängig voneinander entwickeln, es sei denn, es kommt zu einer „strukturellen Koppelung“ (Maturana/Varela 1987). Grundlage für diese Koppelung ist das gegenseitige Verständnis des Codes des anderen Systems und eine erfolgreiche Inklusion in das System. Dieses Verständnis könnte man auch auf Themen wie Schulkarrieren, erfolgreiche Berufseinmündung oder auch Reintegration in den Arbeitsmarkt nach Krankheit beziehen.

Bei Luhmann sieht man bereits, dass Systeme „mit ihren eigenen Operationen eine Beschreibung von sich selbst anfertigen und sich selbst beobachten können“ (Luhmann 1987, 234). Er nennt dies die „Selbstreferentialität“ der Systeme. Selbstbeschreibung setzt somit Grenzen für die eigene Identität und schafft damit Inklusionsphänomene, sie setzt aber auch Grenzen gegenüber der Umwelt, d.h. Systeme sind anderen Systemen immer wieder auch Umwelt oder Objekt. Auch für Maturana/Varela stellt die Kommunikation zwischen den Systemen die wesentliche Bestimmungskomponente zwischen ihnen dar. Selbst- und Fremdbeschreibung unterliegen einer komplexen Sanktions- und Interaktionsregelung, die für das jeweilige System-Umwelt-Gebilde eine Identität schafft. Dies trifft auf allen Ebenen menschlicher, tierischer und physikalischer Existenz zu. Maturana/Varela hierarchisieren diese verschiedenen Spezifikationsebenen anhand ihrer Stellung in der biologischen Ordnung (vom Nervensystem über

kognitive Akte bis hin zu sozialen Phänomenen). Ihr Konzept steht weiterhin für die Begriffe „Autopoiesis“ bzw. „Selbsterschaffung“ oder „Selbstorganisation“. Insbesondere die Theorie der Selbstorganisation ist gerade für den Empowermentprozess von hoher Bedeutung. So zeigt sich hierin eine Möglichkeit, die Entstehung sozialer Bewegungen und die immerwährend vorhandene Fähigkeit von Menschen, sich selbst zu helfen, zu erklären. Und dies jenseits vermuteter humanistischer Vorstellungen über das »Gute« im Menschen. Die biologische Systemtheorie zeigt sehr deutlich, dass die Fähigkeit nicht nur zur Selbsterhaltung, sondern auch zur Selbstkonstruktion im Sinne der Selbsterschaffung eine grundlegende Funktion lebender Systeme und damit auch Menschen ist. Wenn dem so ist, dann folgt daraus, dass auch scheinbar desorganisierte oder dysfunktionale Systeme (d.h. Subjekte mit „gestörtem“ psychischen System) in der Lage sind, aus eigenen autopoietischen Kräften heraus, ihre Situation zu verändern. Diese Selbstaktualisierung (vgl. Rogers 1983) beschreibt daher den Weg zu einer möglichen Gesundung durch die Aktivierung personeller oder sozialer Ressourcen und damit genau den Prozess des Empowerment.

6.2 Subjekttheorie

Subjektorientierung kann bisher nur als Postulat verstanden werden, eine ausformulierte Theorie dieser Annahme existiert nicht, weshalb die folgende Darstellung fragmentarisch bleiben wird. An der wachsenden Bedeutung und Rezeption der Subjektorientierung im sozialpsychiatrischen Feld scheint man deren Aktualität ablesen zu können: Betroffene sollen endlich eine Stimme innerhalb der Versorgung, Behandlung und Begleitung erhalten, sie sollen mitplanen, Behandlungsvereinbarungen mitentwickeln u.a. Davon zeugt auch das seit einiger Zeit in der Fachöffentlichkeit aufgekommene Interesse an dem Besonderen, dem Subjektiven der

Psychose, das nicht länger nur noch pathologisch sondern auch ressourcenmächtig und aussagekräftig gesehen wird. Psychosen werden hier als subjektive Bewältigungsversuche mit symbolischem Charakter gesehen (Buck 1992, vgl. auch Themenheft der Zeitschrift Soziale Psychiatrie, 3/1998 mit dem Titel „Ich und die Psychiatrie - Das subjektive Erleben - die Wahrnehmung des Subjekts“).

Im folgenden werde ich die wesentlichen Denkrichtungen beschreiben, die zu einer Theorie der Subjektorientierung beitragen.

6.2.1 Die phänomenologische Betrachtungsweise

Aus philosophischer Sicht kann die Subjektorientierung auf die Husserl'sche Phänomenologie zurückgeführt werden. Diese als Lebensweltanschauung zu bezeichnende philosophische Richtung benennt als defizitäres Produkt der Moderne die „Lebensweltvergessenheit“. Die moderne Wissenschaft nimmt nach diesem Verständnis die Welt als objektiv gegeben wahr, versucht zu verallgemeinern, zu kategorisieren und zu formen. Diese vor allem in der klassischen Moderne angewandte Technik hat zweifelsohne große Fortschritte hervorgebracht. Allerdings, so Husserl, um den Preis des Verlustes eines Blickes auf subjektive Prozesse. Die Subjektivität, das „So-Sein“ in der Welt im Sinne einer existenz- oder daseinsanalytischen Betrachtung (Sartre) und die Verankerung des Menschen in seiner Lebenswelt geraten dabei außer acht. Menschen werden so zu reinem Beobachtungsmaterial. Das Subjekt in seiner eigenartigen, konstitutiven Sinnggebung zu erfassen, ist Ziel einer subjektorientierten Betrachtung. Die Phänomenologie will somit das Wesen der Dinge erfassen, ohne Vorannahme und vorgefasste wissenschaftliche Kategorien darauf anzuwenden (Lamnek 1995).

6.2.2 Die Expertenkritik Hellerichs

Die sozialwissenschaftlichen Arbeiten von Hellerich im Zusammenhang mit einer sozialphänomenologischen Betrachtung psycho-sozialer Versorgungsstrukturen stellen eine deutliche Kritik am bestehenden System dar. Nach Hellerich übt die heutige gängige psychiatrische Ordnung einen enormen Adaptiondruck auf das Individuum aus.

„Die Lebenswelt des einzelnen wird auf die institutionellen Ziele hin zugeschnitten.“ (Hellerich 1990, 13) und weiter: „Je perfekter die psychiatrische Organisation wird, je enger der einzelne in das psychiatrische Räderwerk eingepasst wird und je konsequenter die psychiatrische Orientierung auf eine „konfliktfreie“, auf Ruhe und Ordnung orientierte Welt hinausläuft, desto kleiner und bedeutungsloser wird der Rest an Subjektivität oder aktiver Lebensgestaltung für die Entwicklung des psychiatrischen Prozesses.“ (Hellerich 1990, 24)

Wissenschaft leide darunter, so Hellerich, dass sie den Zusammenhang zwischen Subjekt und Objekt, seine

„lebensweltliche Verklammerung“ zugunsten des Objektes (also des psychischen kranken Menschen in seiner Rolle als „Patient“ oder „Klient“) auflöst und damit ihren Blick ausschließlich auf die „objektiven“ Entstehungsbedingungen psychischer Krankheit richtet“ (Hellerich 1990, 12).

Subjektorientierung würde im Gegensatz dazu darauf abzielen, eine Historisierung des Wahnsinns zu verfolgen, es dem psychisch leidenden Menschen zu ermöglichen, seinen „Wahn-Sinn“ selbst zu entdecken. Zentrale Erkenntnis der Subjektorientierung und damit

„das Substantielle des Verstehens“ sei es, „die Subjektivität des erlebenden Menschen [in den Vordergrund zu stellen] und [...] die Aufhebung der Wirklichkeit des Wahns [...] an das sich erfahrende, interpretierende und entwerfende Subjekt [zu koppeln]“ (Hellerich 1990, 63).

Die dabei unterstellte „Dominanz der Experten“ (Freidson 1975), die die lebensweltlichen Zusammenhänge zu kolonialisieren droht, führt

zu einer „erlernten Hilflosigkeit“ der Klienten, die wiederum deren Hilfebedürftigkeit konstituiert. Diese asymmetrische Beziehung verhindere dabei ein wirkliches Verstehen.

6.2.3 Objektive Hermeneutik

Methodisch entsprechen der Subjektorientierung fast alle Instrumente der qualitativen Forschung, von der biografischen Forschung, über die teilnehmende Beobachtung bis hin zum narrativen Interview. Als besondere Form möchte ich dabei die objektive Hermeneutik herausgreifen. Hermeneutik baut auf der Phänomenologie Husserls auf und beansprucht für sich den Sinn sozialen Handelns durch die Rekonstruktion der subjektiv gefassten Wahrnehmung der Lebenswelt zu verstehen. Im Vordergrund steht dabei das „Verstehen“ der subjektiven Aussagen des Individuums. Sie bedient sich dabei methodischen Handwerkszeuges, das vor allem aus semiotischen und semantischen Interpretationen von Texten - verstanden als die in Zeichen verwandelte Lebensäußerung von Menschen - besteht. Die objektive Hermeneutik im Sinne von Oevermann et al. ist mittlerweile eine bedeutende qualitative Forschungsmethode geworden, die insbesondere im Sinnverstehen biografischer Prozesse und auch im Rahmen von Fallanalysen produktive Ergebnisse aufweisen kann (vgl. Lamnek 1995).

6.2.4 Konstruktivismus

Konstruktivistische Überlegungen auf der Grundlage der Philosophie eines Friedrich Nietzsche gehen davon aus, dass wir Menschen uns durch Interaktion und Kommunikation erst unsere soziale Welt schaffen. Er beschreibt wie kein anderer in seiner Zeit die Relativität von Wahrheit und damit von Erkenntnis und Einschätzung. Diese sieht er nicht mehr durch theologische,

metaphysische oder wissenschaftliche Bestrebungen begründbar, sondern allein durch eine individuelle Sichtweise:

„Es gibt vielerlei Augen. Auch die Sphinx hat Augen - und folglich gibt es vielerlei ‚Wahrheiten‘ und folglich gibt es keine Wahrheit.“
(Nietzsche zitiert nach: Hellerich 1993, 69)

Leider sind diese Einsichten Nietzsches mit einer über weite Bereiche antisozialen und misantropen Philosophie verbunden, die in dem Begriff des „Übermenschen“ sowie seiner obersten Maxime, nämlich „dem Willen zur Macht“ gipfelt. Sicherlich gibt es eine harte Realität, die nicht verleugnet und nicht variabel ist, sondern für jeden das Gleiche bedeutet (Schwerkraft, Tod), die sog. weiche Realität (interaktive Beziehungen, soziale Gruppenprozesse, gesellschaftliche Entwicklungen) wird von uns tagtäglich konstruiert.

In diesem Sinne versteht Simon Verrücktheit auch nicht als ontologische Tatsache, sondern als kontextgebunden, dass heißt aus der Person-Umwelt-Interaktion zu erklären.:

„Die Erklärung von Verrücktheit ist daher nur möglich unter Bezugnahme des Kontextes, indem das „verrückte Verhalten“ stattfindet.“ (Simon 1999, 43)

und weiter:

„Verrücktheit sollte daher aus dem sozialen System heraus erklärt werden, in das sie eingebettet ist. [...] Sie aus dem Kontext zu lösen, nimmt ihr nicht nur ihre Erklärbarkeit, sondern bringt darüber hinaus die Gefahr der Chronifizierung mit sich.“ (Simon 1999, 72)

Die durch die Medizin objektivierten Phänomene Verrücktheit, Wahnsinn bzw. psychische Krankheit geraten dabei in ein anderes Licht. Zugespißt könnte man mit von Foerster sagen, dass die Annahme von Objektivierbarkeit die eigentliche Wahnvorstellung des Subjektes, in diesem Fall des professionell psychiatrisch Tätigen ist, wenn er meint, dass er beobachten könnte, ohne sich selbst zu

beobachten (vgl. v. Glasersfeld 1985, 19). Dieses Vertauschen des Rollenverständnisses führt zu einem Verständnis der Subjektorientierung und damit zu einer neuen Theorie psychiatrischen Handelns. Der Professionelle als Deuter und Ersteller einer Diagnose, einer Definition von Hilfebedürftigkeit wird in den Kontext der Verrücktheit einbezogen und seine Rolle als Allmächtiger relativiert sich angesichts konstruktivistischer Betrachtungen. Landzettel konstatiert diese Spaltung zwischen Gesunden und Kranken, Normalen und Verrückten als grundlegend für die Psychiatrie, da die Gesellschaft die Kranken definiert und somit ihre eigene Stabilität (autopoietisch) aufrechterhält (Landzettel 1987).

Somit stellt der Konstruktivismus eine wichtige Erkenntnisquelle für ein subjektorientiertes Verständnis psychischen Leidens dar, aber auch eine konfliktträchtige, da den professionellen Anspruch kritisierende. Die ansonsten machtgeprägte, asymmetrische Beziehung wird durch Auflösung der Definitionsmacht des Profis zu einer komplementären, wenn nicht sogar einer symmetrischen.

6.2.5 Sozialarbeitstheorie

Eine subjektorientierte Perspektive ist insofern originär mit der Theorie der Sozialarbeit verbunden, als sie dieser Sichtweise innerhalb der Einzelfallhilfe von jeher eine besondere Bedeutung zukommen ließ. Nun lässt sich daraus zwar nicht sofort auf eine in der Praxis auch anwendbare und angewendete Beachtung der subjektiven Sinnggebung schließen, da Sozialarbeit immer schon durch externe Vorgaben beeinflusst wird, die eher an sie herangetragen, denn ihr eigen sind (z.B. die Verknüpfung des beruflichen Auftrages der Armenhilfe mit Kontrollfunktionen, heute

z.B. im Bereich psychisch kranker Menschen neben der Hilfe immer der Kontrollaspekt devianten Verhaltens).

Nichtsdestoweniger ist die sozialarbeiterische Einzelfallhilfe (Case Management) vom Prinzip auf den einzelnen Menschen zugeschnitten und versucht, unter Berücksichtigung der Hilfe zur Selbsthilfe - auch und vor allem unter Einbezug der Ressourcen, Stärken sowie bereits vorhandener coping-Strategien der Betroffenen - die Klientel mit ihren Lebensentwürfen zu stärken, dysfunktionale Verhaltensweisen zu verändern bzw. materielle Notlagen zu lindern. Sie akzeptiert und fördert aufgrund ihres Selbstverständnisses und ihrer Lebensweltorientierung (Thiersch 1995) vor allem die Selbstaktualisierungstendenz der Betroffenen. Mit Morbach (1997) ist davon auszugehen, dass dies auch dann gelten muss, wenn der Lebensstil des Hilfesuchenden nicht den durchschnittlichen Erwartungen der Gesellschaft entspricht.

Die subjektorientierte Perspektive ist für die Sozialarbeit besonders wichtig, da sie ihrem Selbstverständnis als parteiliche Vertretung sehr nahe kommt. Wollte man noch einen Schritt weiter gehen, könnte man sagen, dass eine subjektorientierte Psychiatrie ohne den Einfluss der Sozialarbeit gar nicht zu denken wäre. Eine soziale Psychiatrie ohne Sozialarbeit als eine wichtige Säule innerhalb des Helfersystems ist heute nicht mehr vorstellbar. Leider ist für ein intensives Sinnverstehen in der Praxis oft nicht genügend Raum und Zeit (z.B. im Sinne soziohermeneutischen Verstehens). Zum Prinzip der Einzelfallhilfe gehört neben einer Einschätzung des Problems immer die Recherche vorhandener Reserven und Potentiale.

Empowerment lebt wesentlich von einer subjektgeprägten Anschauung und einem auf das Subjekt abgestellten Handeln, da

durch die Fokussierung auf die im Subjekt sich konzentrierenden Interaktionsprozesse zwischen ihm und seiner Umwelt, das Subjekt als „agent provocateur“ oder Akteur den wesentlichen Teil ausmacht. Die Aufgabe des Subjektes besteht ja in der Integration von Umweltanforderungen bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der eigenen Integrität. Empowerment unterstützt diesen Prozess durch eine Re-Befähigung, diesen Austauschprozess aktiv zu gestalten, sei es auf individueller Ebene, sei es in Gruppen, in der Öffentlichkeit, im Rahmen sozialpsychiatrischer Planung oder im politischen Kontext.

6.2.6 Zwischenresümee

In diesem Teil habe ich zu beschreiben versucht, welche verschiedenen Grundlagen für ein Empowermentkonzept von Relevanz sind. Dabei sind sowohl die Grundannahmen von Empowerment als auch die verschiedenen Handlungsebenen zur Sprache gekommen und die verschiedenen ethisch-philosophischen, psycho-sozialen sowie soziologischen Konzepte zur Sprache gekommen, die gemeinsam zwar keine Theorie des Empowerment erbringen, jedoch deren verschiedene Erklärungsmuster auf das Konzept des Empowerment fokussiert werden können.

An den verschiedenen Zugängen verdeutlicht sich bereits die Heterogenität des Gegenstandes, den es zu erklären gilt. Dort treffen neben soziologischen auch psychologische und philosophische Erkenntnisse aufeinander, die sich jedoch alle wesentlich mit der Frage der menschlichen Entwicklung beschäftigen. Im weiteren soll nun ein weiteres für diese Arbeit zentrales Gebiet kurz beschrieben werden, nämlich das der Identitätsforschung.

Kapitel II - Identitätsforschung

Ich bin kein ausgeklügeltes Buch,
ich bin ein Mensch mit seinem Widerspruch.

Ulrich von Hutten (1488-1523)

Nachdem nun der erste große theoretische Strang, nämlich das Modell des Empowerment, erläutert wurde, soll nun in groben Zügen gezeigt werden, in welcher Form diese Arbeit an das Thema der Identitätsforschung geknüpft ist.

1 Identität und „Ich“-Verständnis

Die Betrachtung der Frage nach der Identität steht im psychologischen Sinne in einem engen Zusammenhang mit der Beschreibung der Ich-Struktur, die beginnend mit den Pionierarbeiten von Sigmund Freud die moderne Diskussion bestimmte. Damit stellt Identität - verstanden als psychologische Frage - ein relativ neues Phänomen dar, wenngleich bereits Fries im 18. Jahrhundert auf die Frage der Selbstbeobachtung zur Erkenntnisgewinnung hinwies. Überhaupt gab es in der gesamten Menschheits- und Ideengeschichte genügend Versuche, sich über Begriffe wie Seele, Selbst oder Subjekt zu verständigen (Jüttemann/Sonntag/Wulf 1991). In der durch Freud und die folgenden Arbeiten begründeten „Ich-Psychologie“ wird das Ich beschrieben als

„höchst komplexe, aus mehreren Subsystemen bestehende psychische Ausgleichs- und Integrationsinstanz zwischen Triebanforderungen bzw. dem Lustprinzip einerseits, Wahrnehmung, Erfahrungen, Geboten und Verboten, das heißt dem Realitätsprinzip und dem Überich andererseits“ (Ciompi 1994b, 24).

Die Funktion des Ich ist deshalb als Kontrollinstanz zu verstehen,

„welche Impulse erkennt, aufnimmt, speichert, integriert, ausdrückt, modifiziert und dirigiert. Es kann als ein Ausdruck (und Produkt)

fundamentaler biologischer Tendenzen in Richtung auf organismische Einheit, Synthese, Integration und Konstanz verstanden werden. Zugleich gehören die Triebe, welche ebenfalls Ausdruck der biologischen Tendenz zu Überleben und Anpassung sind, zu den Stimuli, die das Ich auszugleichen und zu verarbeiten hat. So ist das Ich der Wächter des vitalen Gleichgewichts“ (Menninger zitiert nach Ciompi 1994b, 25).

Bis zur Neuzeit war das selbstreflexive Ich, das diese Verarbeitung der inneren und äußeren Reize vornimmt, im Sinne einer Erkenntnis seiner Existenz jedoch nicht geboren, vielmehr erfolgte die Definition der eigenen Person zumindest in den unteren Ständen mehr über das Kollektive denn über das Individuelle. In einem Beitrag für das Wörterbuch der Individualpsychologie beschreibt Kretschmer Identität bereits kritisch als

„im engeren Sinne die persönliche Erkenntnis, von Tag zu Tag, durch Lebensabschnitte hindurch der Gleiche zu sein, was neben der unbedachten Evidenz voraussetzt, dass der Mensch eine Vorstellung von sich selbst und seinen Lebensbezügen in Vergangenheit und Zukunft hat“ (Kretschmer 1985, 211).

Dabei ist das „Ich“ gleichzusetzen mit einer ordnenden Funktion, die – wenn sie ihre Aufgabe erfüllt – dem Menschen zur Subjektwerdung verhilft. Subjekthaftigkeit – als die Möglichkeit die je eigene Besonderheit zu behaupten – fußt auf der Möglichkeit zur Widersprüchlichkeit. Das Subjekt regiert dabei das „Ich“. Petzelt unterscheidet zwei verschiedene Formen des „Ich“, nämlich das fragende „Ich“ als das autonome, zur Entwicklung und Offenheit fähige und das fragmentierte „Ich“ als das psychotische, regressive „Ich“ (Petzelt, 1997). Ich werde diese Formulierungen bei der Beschreibung des Modells der Identitätsarbeit und seiner Relevanz für Empowerment noch einmal aufgreifen.

2 Zur Abgrenzung von „Ich“, „Person“ und „Selbst“

Bevor ich mich der weiteren Diskussion der Frage nach den Möglichkeiten eines Subjektverständnisses widme, sehe ich mich gezwungen, einen Versuch zu unternehmen, das Konstrukt des Subjekts von verwandten Begriffen abzugrenzen. Zunächst einmal bleibt festzustellen, dass in Psychologie, Pädagogik und Sozialarbeit „Ich“, „Person“ und „Selbst“ mit „Subjekt“ in gleicher Weise verwandt werden. Ein stringentes, differenziertes Auseinanderhalten der verschiedenen Begriffe erfolgt nur auf theoretischer Ebene, in der Praxis vermischen sich die unterschiedlichen theoretischen Aspekte (Greve, 2000).

„Das Ich ist zu definieren als der bewusste Mittelpunkt eines Subjekts oder Grundinhalt des Bewusstseins.“ (Brunner/Titze 1985, 206)

„Ich“ wird hier in Bezug gesetzt zu einer Bewusstmachung von affektiven, kognitiven und sozialen Prozessen: das „Ich“ verstanden als Bewusstsein. Aufbauend auf diesem Modell entwickelte sich die Individualpsychologie mit ihrem Theorem der abgeschlossenen Identität sowie die psychoanalytische Theorie der drei psychischen Instanzen „Über-Ich“, „Ich“ und „Es“, wobei für unsere Frage festzuhalten ist, dass dem Ich die Funktion der Abwehr gegenüber den beiden anderen Instanzen zukommt. Das Ich „zappelt“ praktisch ständig zwischen den beiden Welten der „Moral“ und den „Verhaltensnormen“ und der Triebhaftigkeit. Das Subjekt ist von diesen innerpsychischen oder intrapsychischen Zwängen befreit und damit zur Öffnung befähigt.

Das Ich nimmt insofern eine tragende Rolle in dieser Richtung ein als es bei der Verständigung zwischen gesellschaftlich-normierenden und triebhaften Einflüssen vermittelt und bei relativer Stabilität dieses ständigen Austausches und Aushandelns eine Möglichkeit eröffnet

zur Selbsterkenntnis. Je nach Verformung dieses Verhältnisses zwischen Über-Ich, Ich und Es kommt es zu neurotischen oder psychotischen Störungen. Bewusste Ich-Funktionen sind die Wahrnehmung und Erinnerung, das Denken, Planen und Lernen, unbewusste Ich-Funktionen sind in den Abwehrmechanismen gegenüber dem Über-Ich und dem Es zu sehen. Petzelt (1997) definiert daher das Ich als den Kern eines Subjektes, ohne dass das Subjekt von dem Ich regiert oder bestimmt wird.

Weitaus schwieriger scheint es, den Begriff des „Selbst“ vom „Subjekt“ abzugrenzen. Obwohl das „Selbst“ dem „Ich“ nahe steht, so sollte es an dieser Stelle doch zur begrifflichen Unterscheidung eher so verstanden werden, dass es

„Ausdruck dafür [ist], dass das erlebende Subjekt sich seiner selbst bewusst und zugleich sich selbst zu Objekt wird. Dieses ‚Selbst‘ ist Kontinuität, von den wechselnden Inhalten des Bewusstseins unabhängig, ja diesen gegenüber transzendent“ (Dorsch 1976).

Das Selbst wird in der Jung'schen Individualpsychologie als die letzt mögliche Instanz im Individuationsprozess oder auch der individuellen Reifung angesehen. Ein stabiles Selbstbild hilft in dieser Theorie dem Individuum, sich gegenüber den Anforderungen der inneren und äußeren Welt zu behaupten und ein flexibles Umgehen mit diesen Anforderungen zu ermöglichen. Rogers hat darauf hingewiesen, dass in der Psychologie des Selbst oft eine enorme, krankmachende Differenz zwischen Selbst- und Fremdbild herrscht. Für ihn ist das „Selbst“ ein System, das Bedeutungen bildet und damit reflexive Erfahrungen des „Ich“ ermöglicht. Wir sehen also, dass eine stringente Unterscheidung durch die vielen verschiedenen Richtungen der Psychologie erschwert werden.

Wohl wissend, dass der Begriff der „Person“ in der Psychologie oft synonym mit „Subjekt“ verwandt wird, grenze ich insofern relative

deutlich vom Konzept des „Subjekts“ ab, als er m.E. vornehmlich im juristischen Verständnis seinen Platz findet und dort eine greifbare und „ver-handelbare“ Figur meint (vgl. juristische oder natürliche Person). Mit Person ist hier also eher der mündige Bürger gemeint, der sich innerhalb des ihn umgebenden Gemeinwesens als Handelnder konstituiert. Person meint zusätzlich etwas Figürliches, wie es sich in der Theater- und Literaturwissenschaft im Sinne von Erzähler oder Protagonist zeigt.

Verwirrend in diesem Zusammenhang bleibt das in der Entwicklungspsychologie benutzte Begriffspaar der Subjekt-Objekt-Einheit, welches sich erst langsam von der Geburt über die Kindheit und Jugend auseinanderdifferenziert. In diesem Sinne wird das Subjekt erst durch die Abgrenzung gegenüber dem Objekt „geboren“. Erst wenn das Kind lernt, dass Bedürfnisse und Bedürfnisbefriedigung aus zwei unterschiedlichen Welten stammen (von sich selbst bzw. von der sorgenden Umgebung), dann entsteht ein Verständnis der Subjektivität.

Subjekt im hier behandelten Sinne ist m.E. jedoch eher zu bestimmen als gesellschaftstheoretisches Konstrukt, da das Subjekt erst zu gesellschaftlichem Handeln fähig wird, wenn das „Ich“ soweit gefestigt und das „Selbst“ so stabil sind, dass eine Öffnung nach außen und eine Reziprozität der Perspektiven möglich wird. Diese Feststellung ist insbesondere auch für die Frage nach den Selbsthilfemöglichkeiten bzw. -fähigkeiten von Menschen mit Psychoseerfahrungen von Bedeutung, da sie die Grenzen dieses Weges aufzeigt.

Alles in allem bleibt nach dieser kurzen Betrachtung festzustellen, dass das Subjekt der Kristallisationspunkt dieser verschiedenen Modelle ist und in der Subjekthaftigkeit - in Abgrenzung zur

Subjektivität - das Wesen des Menschen im Vergleich zu einer objektiven Welt deutlich wird.

3 Postmoderne Identitätsforschung

Neben der Psychologie hat sich vor allem die Soziologie (Goffman 1996; Beck 1986, Beck/Beck-Gernsheim 1994a) um die Bedingungen von Identitätsbildung beschäftigt. Sie haben dabei immer wieder die sozio-kulturelle Dimension der Identität erforscht (Elias 1997). Die neuere Identitätsforschung beschäftigt sich deshalb vornehmlich mit der Frage, wie Identität trotz hoher Wandlungsansprüche an die Person aufrecht erhalten bzw. entwickelt werden kann (vgl. Keupp u.a. 1999). Postmoderne Identitätsforschung stellt dabei nicht sosehr die Kohärenz oder Finalität von Identität in den Vordergrund, wie es bspw. noch bei Erikson (1992) erfolgte. Vielmehr gerät das prozesshafte Geschehen innerhalb der Identitätsentwicklung, im Sinne eines dauerhaften Wechsel von Identitätsinhalten, in den Vordergrund.

Für die Postmoderne haben Hellerich/White (1992) dargestellt, dass die für die Psychologie der Moderne kennzeichnende Konzentration auf das Ich als Wesenskern des Subjekts und damit veränderungspotentem Element nun überwunden wird und sich in der Postmoderne das Interesse und der Blickwinkel auf die Einbettung des Ich in die es umgebenden Zusammenhänge. Diese Kontextualisierung steht in enger Beziehung zur dem sozialkonstruktionistischen Verständnis einer Erschaffung der Welt durch soziale Beziehungen und darin eingebundenen Sinngestaltungen. Für die Identitätsforschung bedeutet dies, sich in zunehmender Weise auf das in der Sozialarbeit entwickelte „Person-in-Environment“ (Karls/Wandrei 1994, Adler 1998) einzulassen, und Identität als Produkt zwischenmenschlicher und gesellschaftlicher Interaktionen zu verstehen. Wenn also das „Ich“ keine eigene

Substanz darstellt, so treten die Zwischenräume zwischen den Menschen als die Substanz von Identitäten in den Vordergrund. Damit verbunden ist die Betonung der Differenz als eines Bestimmungsmerkmals von Identitäten. Um diese Identitäten in Beziehungen zu fassen, sind deshalb Geschichten über diese Beziehungen vorrangiger Erkenntnisgegenstand. Wie Hellerich/White weiter ausführen, ist damit verbunden ein

„Denken, das sich am Differenten artikuliert. [...] Die Psychologie würde Praktiken aufnehmen, die eine gestreute Vielfalt statt einer Logik der Vereinheitlichung unterstreichen“ (Hellerich/White 1992, 14).

Lange Zeit hatte die Psychologie kein adäquates Modell, um das Vieldeutige, Ambivalente, Polymorphe im menschlichen Erleben und Handeln zu beschreiben. Dieser oben bereits angedeutete Vereinheitlichungsdrang stand sicherlich unter dem Einfluss der Bemühungen, die Psychologie als wissenschaftliche Disziplin und Profession in der Moderne zu etablieren und erfüllte hierfür seinen Zweck. Das postmoderne Verständnis jedoch legt die Lücken und Unangemessenheit dieses Zugangs offen und fordert die Psychologie zu einer Veränderung auf.

Die eben beschriebenen Zugänge zu einer postmodernen Identitätsforschung ermöglichen ein neues Verständnis von psychischer Erkrankung, das sich insbesondere auch im Umgang mit chronisch psychisch kranken Menschen positiv auswirken kann. Aus diesem Grund möchte ich mich im nächsten Kapitel ausführlich mit den Entwicklungen beschäftigen, die zu der Postmoderne führten.

Teil C - Veränderte gesellschaftliche Situation: Von der Moderne zur Postmoderne

Das Unverfügbare, zu dem kein Machen hinzukann, gibt es nicht mehr: das Unabänderliche - scheint es - hat ausgespielt, das Schicksal ist zu Ende.

Odo Marquard, 1981

Kapitel I - Postmoderne: Entwicklung, Begriff und Gegenstand

In diesem Abschnitt soll die Diskussion um die gesellschaftlichen Entwicklungen, die zumindest die westlichen Industrieländer voll erfasst haben und zum Teil mit der Globalisierung in andere Kulturen „exportiert“ werden, wiedergegeben und in einen Zusammenhang mit der Fragestellung nach dem Empowermentmodell gebracht werden. Hierzu wird es zunächst notwendig sein, eine Annäherung an die Entwicklung des Begriffes „Postmoderne“ zu versuchen. Dies wird damit verbunden sein, sich in einer Beschreibung des Gegenstandes und damit einer begrifflichen Definition zu versuchen. Schließlich geht es darum, den Begriff der Postmoderne kritisch zu beleuchten, um bereichernde wie gefährdende Momente herauszufinden.

1 Der Diskurs um die Postmoderne

Der Diskussion bzw. Erläuterung dessen, was die Postmoderne ausmacht, muss notwendigerweise eine Erörterung zuvor gehen, die eine Antwort auf die Frage liefert, ob es sich bei dem, was hier als Postmoderne bezeichnet wird, tatsächlich um eine Post- oder vielleicht eher um eine „Spätmoderne“ oder eine „Zweite Moderne“ handelt. Für die in dieser Arbeit im Grundsätzlichen zu beantwortende Frage, ob die derzeitigen kulturellen Wandlungen und damit verbundenen Auswirkungen auf die Lebensverhältnisse der

Menschen das Empowermentverständnis und darin insbesondere das Empowerment von psychisch kranken Menschen verändern können, steht zwar dieser eher geschichts- oder kulturphilosophische Streit nicht so sehr im Vordergrund. Er sei jedoch dem besseren Verständnis halber in Kürze wiedergegeben. Den vielen unterschiedlichen Interpretationen des Terminus steht ein weiteres Problem zur Seite, ob es sich nämlich bei der Postmoderne oder Spätmoderne überhaupt um eine Epoche handelt, wie es für die Moderne durchaus zu behaupten ist. So behauptet Grasskamp zurecht, dass man

„seit Jahrzehnten [...] schon mit der Ungewissheit leben [muss], nicht mehr genau sagen zu können, in welcher Epoche man sich eigentlich befindet“ (Grasskamp 1998, 757).

Für die Beantwortung der Frage, ob es sich bei der Postmoderne um eine neue Epoche handelt, sollte deshalb nach Grasskamp geprüft werden, ob die Postmoderne denn überhaupt etwas Neues gegenüber der Moderne aufzuweisen hat. In diesem Falle wäre die Moderne als beendet anzusehen. Dem kann erwidert werden, dass es sicherlich keine Zeit gab, in der soviel Stilvielfalt herrschte wie in der momentanen Zeit. Diese Stilvielfalt betrifft sowohl künstlerische Arbeiten, wie kulturelle Wandlungen, wie Lebensstile und die Gleichzeitigkeit von verschiedenen Stilen ohne den großen Widerspruch vergangener Epochen. Damit verbunden ist die Feststellung, dass in noch keiner Epoche so eine große Divergenz bzw. Toleranz von unterschiedlichen Stilen herrschte, ohne dass sich eine Richtung durchsetzt. Man könnte fast sagen, dass sich der Stil der Postmoderne in seiner Stilvielfalt beschreiben lässt. Die damit verbundene gesteigerte Ambivalenz (Früchtel, 1998) hat sich, obwohl vielleicht in Ansätzen in der Moderne entstanden, nie so stark ausgedrückt wie heute. Die Konstitution der Postmoderne ergibt sich deshalb nicht länger aus einer klar konturierten Beschreibung. Vielmehr steht im Zentrum der Definition selbst die Verunsicherung.

Welsch tendiert deshalb dazu, die Postmoderne als einen Zustand zu begreifen, „dessen Beschreibung noch unsicher ist“ (Welsch 1988, 2). Beck greift aus einer ähnlichen Sichtweise heraus zu dem Begriff der „reflexiven Modernisierung“, um damit den Bezug zur Moderne zu erhalten.

Doch wie lassen sich nun – ungeachtet der oben beschriebenen Unklarheit, ob es sich um einen epochalen Wandel handelt oder nicht – die von allen spürbaren Veränderungen, die sich ergeben haben, beschreiben? Eagleton beschrieb das postmoderne Lebensgefühl einst so:

„Wir befinden uns in einem Prozess des Erwachens aus einem Alptraum der Moderne mit ihrer manipulativen Vernunft und ihrem Fetisch der Totalität - des Erwachens aus der Moderne in den lässigen Pluralismus der Postmoderne, jenes heterogenen Sortiments von Lebens-Stilen und Sprachspielen, das auf den nostalgischen Drang verzichtet, zu totalisieren und sich selbst zu legitimieren.“
(Eagleton zitiert nach: Keupp 1994, 233)

Bezeichnend für die Diskussion um die Postmoderne ist weiterhin die Feststellung, dass von den großen Erzählungen des 19. und frühen 20. Jahrhunderts Abschied genommen werden muss (Lyotard 1999). Damit ist gemeint, dass Traditionen und Welt- und Menschenbilder (repräsentiert durch z.B. Wirtschaftsmodelle wie den Kapitalismus oder den Kommunismus) sowie allgemein letzte wissenschaftliche Wahrheiten (z.B. in der Physik) im wahrsten Sinne des Wortes der Vergangenheit angehören.

Der ursprünglich als Bezeichnung einer Stilepoche aus der Kunst bzw. Architektur (Klotz 1998) entstandene Begriff der Postmoderne ist mittlerweile zu einem schillernden, in vielen Bereichen verwendeten Wort geworden, das nicht zuletzt mit anderen Entwicklungen des 20. Jahrhunderts, wie z.B. den Entwicklungen in der theoretischen Physik (Einstein'sche und Heisenberg'sche

Physik), einherging. Von der Soziologie wurden die beschriebene Vielfalt und ihre Widersprüchlichkeit schnell als konstitutionell aufgefasst und dementsprechend beschrieben (Horckheimer/Adorno 1988). Schließlich hat Luhmann seine Systemtheorie so konzipiert, dass gerade die funktionale Differenzierung ein Potenzial für gesellschaftliche Entwicklung destilliert. Damit wird eine gewisse Widersprüchlichkeit zum Paradigma erhoben (Luhmann 1987). In einer ähnlichen Richtung entwickelten sich die Kybernetik (von Foerster 1993b) und der Konstruktivismus (Gergen 2002).

Auch in der Psychologie bzw. Sozialen Arbeit hat der Diskurs in der letzten Dekade seinen Eingang gefunden, was sich u.a. an Arbeiten von Keupp (1992b, 1995, 1997a, 1997b, 1998, 2000), Hellerich (1990, 1993, 1998, 1999), Merten (1997) und Kleve (1999) zeigt, die jeweils aus verschiedenen Richtungen an den Chancen und Gefahren der gesellschaftlichen Entwicklungen arbeiten.

Für die deutsche Soziologie haben vor allem Beck (1986), Beck/Beck-Gernsheim (1994a) und Habermas (1996) diesen Diskurs fruchtbar gemacht, indem sie den Begriff der Risikogesellschaft (Beck), der riskanten Freiheiten (Beck/Beck-Gernsheim) und der Neuen Unübersichtlichkeit (Habermas) prägten. In ihren Werken studierten sie eben diese postmodernen Gesellschaftsveränderungen, die mit Individualisierung und Pluralisierung einhergehen und bestimmten Wegmarken einer neuen Moderne, die sich reflexiv mit ihrem Ursprung beschäftigt. Individualisierung ist nach Beck ein Prozess der Herauslösung und der Freisetzung der Menschen aus historisch vorgegebenen Sozialbindungen und Kontrollzusammenhängen und somit ein Prozess radikaler Enttraditionalisierung, der die Subjekte aus selbstverständlich gegebenen sozialen Lebenszusammenhängen und Sicherheiten freisetzt. Damit wird das Individuum selbst zum Regisseur und

Choreograph seines Lebens und die Biografie zur „Bastelbiografie“. Dadurch hat die Diskussion um Individualisierung auch zentral die Psychologie erreicht. Der Diskurs kann stellvertretend am Beispiel der Arbeiten von Keupp, Hellerich u.a. verdeutlicht werden. Insbesondere Heiner Keupp widmet sich intensiv der Fragestellung dieser Arbeit, nämlich wie sich Identität und Identitätserwerb in einer postmodernen Gesellschaft entwickeln. Er kommt dabei in Übereinstimmung mit anderen zu dem Ergebnis, dass sich das Subjekt als Träger der Identität in postmodernen Verhältnissen entscheidend verändert bzw. anders verstanden werden muss. War in der Moderne das Selbst als Substanz zu konzeptionalisieren, so lässt sich das postmoderne Selbst vielmehr als Konstruktion oder Erzählung kennzeichnen (Gergen 1990). Gergen spitzt diese Ansicht sogar zu, indem er Descartes' berühmten Satz („Cogito, ergo sum“) in „Communicamo ergo sum“ (Gergen 2002, 274) umwandelt.

Interessant erscheint dabei vor allem die von Keupp u.a. (1999) durch empirische Arbeiten gestützte These, dass sich die für eine gesunde Identität als zentral wirkende Kohärenz auch in Zeiten postmoderner und damit individualisierender Verhältnisse herstellen lässt. Sennett (1983) geht sogar noch einen Schritt weiter, indem er von der „Tyrannei der Intimität“ spricht und damit das Selbst bzw. die narzisstische Suche nach dem Selbst als Feind der Politik betrachtet.

„Die narzisstische Spiegelung der Person in der Beziehung zum anderen sprengt die Verhältnisse nicht mehr, sondern reiße die Individuen immer weiter in einen »Tumel des Begehrens«“ (Bruder 1993, 144).

Bereits die humanistische Psychologie hat ein mechanistisches Weltbild kritisiert und ihm ein flexibles (aber nicht eklektizistisches) Instrumentarium und Modell gegenüber gestellt. Sie versteht den Menschen als eigenverantwortliches und selbstentscheidendes Wesen. Diese Autonomievorstellung verbietet einen „eingleisigen

Ansatz, denn die Probleme menschlicher Existenz erfordern mehr als eine Antwort“ (Petzold zitiert nach: Hellerich 1993, 104).

Einschränkend ist zu sagen, dass die humanistische Psychologie zwar neue Möglichkeiten der Selbstverwirklichung wie auch der Differenzierung des Selbst von den anderen eröffnet, was wiederum Vielfalt und Abweichung zur Folge hat, jedoch wird das Subjekt bzw. Ich hier entsprechend dem liberal individualistischen Sinne dekontextualisiert. Daher zeigt Keupp zu Recht, dass Subjektwerdung bzw. Identitätsbildung auch in postmodernen Zeiten sozio-materieller Ressourcen bzw. Elemente bedürfen (Keupp/Höfer 1997; Keupp 2000).

Das aus sozialen Bezügen, Beziehungen und Verbindungen herausabstrahierte und von der Psychologie untersuchte Individuum hätte in der Prämoderne, in der die Großfamilie und der Haushalt als funktionale Einheiten der sozialen Ordnung im Mittelpunkt standen, keinen Sinn ergeben. Erst als im frühbürgerlichen, modernen Denken das Individuum das zentrale Organisationsprinzip der Moderne wurde, konnte es zu einem hochwertigen und geschätzten, verdichteten Selbst werden, das in Gestalt des „Ich“ der Psychologie ihre systemische Rechtfertigung gab.

Eine postmoderne Psychologie des Selbst (Greve 2000) muss daher neben vielem anderen eine Psychologie des postmodern gewandelten Selbst sein, welches gleichzeitig Substanz und Konstruktion zulässt, lokale, kleinräumige Unterstützung bietet und Identitätsarbeit statt Identitätserwerb unterstützt. Hierbei wird häufig auf den Möglichkeitssinn Bezug genommen, der den neuen Mensch „ohne Eigenschaft“ (Robert Musil) nicht aus dem Auge verliert, sondern aus der „Verunsicherung Freude zieht“ (Christa Wolf). Der wiederum kontextualisierte Mensch ist daher einzigartig und nicht

wiederholbar. Er ist postmodern, „ein dezentriertes menschliches Wesen, das ein Ensemble menschlicher Beziehungen und linguistischer Strukturen ist.“ (Hellerich 1993, 106)

2 Kritik der Postmoderne

An dieser Stelle gilt es kritisch zu hinterleuchten, inwieweit eine postmoderne Kultur bzw. Gesellschaft tatsächlich in der Lage ist, die immanenten Ressourcen zur Identitätsvielfalt und -pluralität zu nutzen. Es wurde bisher behauptet, dass sich insbesondere in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen, die von einem Empowermentanspruch geleitet wird, veränderte Normalitäts- und Identitätsmuster als hilfreich erweisen.

Mit Marquard kann man allerdings davon sprechen, dass wir Menschen „stets mehr unsere Zufälle als unsere Wahl“ (Marquard 1986, 5) sind oder noch schärfer formuliert: „Wir Menschen sind stets mehr unsere Traditionen als unsere Experimente.“ (Marquard 1986, 103). Marquard stellt damit praktisch eine Antithese zu den Implikationen der Postmoderne in Bezug auf die Frage nach Identitäten auf, da er weniger die Beliebigkeit und Wahlfreiheit in Gegenwart und Zukunft denn die Determinierung des Menschen in seiner Geschichte sieht. Er sieht daher in dieser Entwicklung ein „Programm zur Absolutmachung des Menschen und seine moderne Zuspitzung“ (Marquard 1986, 118), d.h. er kritisiert die Annahme, dass überhaupt von einer solchen - wie sich für die Postmoderne theoretisch und empirisch bestimmen lässt - Optionalität ausgegangen werden kann.

Für Marquard resultieren hieraus zwei Bedeutungen, nämlich zum einen die, dass der „Mensch [...] ausschließlich das Resultat seiner Absichten [ist - oder sein soll]“ (Marquard 1986, 119) und zum

anderen, dass diese Intendiertheit oder Absichtlichkeit auch noch exklusiv und damit keine zufällige Option ist. Erstere nimmt damit die hiermit einhergehende Absolutsetzung des Wahl-Handelns an, wie sie auch für die postmoderne Identitätsdiskussion angenommen wird (Bastelbiografie, Patchworkbiografie). Die zweite setzt in ihrer Absolutheit einem „Zufall“ eindeutige Grenzen. Daher ist für Marquard eine „Apologie des Zufälligen“ unerlässlich, da sie zeigt, dass die

„Menschen [...] nicht absolut [sind], sondern sie sind endlich. Sie leben und wählen ihr Leben nicht - jedenfalls überwiegend nicht - absolut: denn sie müssen sterben“ (Marquard 1986, 121).

Mit dem Hinweis auf die dem Leben innewohnende Tendenz des „Gewesen-seins“ und damit der Geschichtlichkeit des Menschen zeigt Marquard m.E., wie schwierig, wenngleich reizvoll, dieser postmoderne Ethos der Vieldeutigkeit ist.

Welche Argumente sprechen noch gegen die vorschnelle Annahme, dass die Postmoderne einer Identitätsvielfalt mit einer überaus gewinnenden Toleranz gegenüber steht? Hinweise hierzu lassen sich vor allem in der Kritik eines voluntaristischen Verständnisses der Postmoderne finden. So verweisen Meuser/Behnke unter Rekurs auf das Habitus-Konzept Bourdieus darauf, dass soziale Milieus nach wie vor einen überaus dominanten weil identitätsprägenden Einfluss haben. Zugespitzt formulieren sie, dass

„solche Strategien [der bewussten Auflösung starrer Geschlechtsmuster, Anm. D.R.] [...] deutlich den Index derjenigen Nische innerhalb der intellektuell-akademischen Kultur [tragen], in der sie entstanden sind, und [...] außerhalb dieser Kultur, d.h. sowohl in den bürgerlichen Zentren der Macht als auch in den Massen von Arbeiterschaft und Kleinbürgertum wirkungslos verpuffen, so sie überhaupt wahrgenommen werden“ (Meuser/Behnke 1998, 22).

Sie fordern daher hinsichtlich von Forschungsaktivitäten ebenso auf das zu schauen, was verbindet als auf das, was an Differenzen vorhanden ist. Um mit Marquard zu sprechen:

„Die Wahl, die wir sind, wird getragen durch die Nichtwahl, die wir sind: Zukunft braucht Herkunft; Wahl braucht Üblichkeiten. Das bedeutet mitnichten, dass stets alle Traditionen unangetastet und alle Üblichkeiten unverändert bleiben müssen, denn im Gegenteil: Üblichkeiten sind durchaus änderbar, reformierbar. Es bedeutet nur: stets müssen mehr Üblichkeiten aufrechterhalten werden als verändert, sonst ruiniert man unser Leben; und die - durchaus immer wieder einmal erfolgreich zu tragende - Beweislast hat stets der Veränderer.“ (Marquard 1986, 125)

Darüber hinaus stehen nach wie vor soziomaterielle Einflüsse als normative und damit limitierende Potenzen einem rein relativistischen Weltbild entgegen. Die postmoderne Beliebigkeit steht daher vielleicht nur denjenigen als Chance offen, die über gesicherte soziomaterielle Grundlagen ihrer Lebensweise verfügen und gerät damit einerseits zu einer Art „Avantgarde-Veranstaltung“. Andererseits, hier jedoch im Gewand einer zwangsläufigen und nicht frei gewählten Lebensweise, berührt der postmoderne Wandel zu einer Individualisierung und Pluralisierung von Lebensstilen gesellschaftliche Schichten, die nicht über die entsprechenden Mittel verfügen, hieraus persönliches Kapital zu schlagen.

Dies könnte man ohne weiteres auf unsere Frage nach einer postmodernen Kultur der Identitätsprägung ausweiten: Welche aus soziokulturellen Milieus stammenden Gemeinsamkeiten, die Menschen prägen, sind bei der Frage nach einem variierbaren Identitätsmuster zu beachten? Welches Empowermentverständnis wird durch die Annahme der Gebundenheit an soziokulturelle Milieus induziert?

Eine erste Antwort hierauf müsste in der Form ausfallen, dass neben der Wahlmöglichkeit auch die Determiniertheit der Menschen

in einem Empowermentprozess beachtet wird. Insbesondere zieht dies die praktische Annahme nach sich, dass durch den Empowermentethos eine kulturelle wie individuelle Überforderung der Menschen nicht auszuschließen ist. Das - dann politische - Ziel einer Veränderung der gesellschaftlichen Verhältnisse im Sinne einer Emanzipation bzw. Neuformierung der Gesellschaft und die Auflösung bestehender Macht-Ohnmacht-Konstellationen - wie z.B. in der Antipsychiatrie - müsste diese Einwände berücksichtigen, wengleich sie in diesem Sinne vermittelt über Experten-Laien-Verhältnisse konstruiert würden.

3 Zwischenresümee

Es konnte bislang gezeigt werden, dass die Postmoderne ein Phänomen mit einem großen Einfluss auf gesellschaftliche Zusammenhänge darstellt. Dadurch wird insbesondere die Art, wie wir aktuelle Zusammenhänge begreifen und unser Leben gestalten, bestimmt. Über die allgemeine Analyse dieser Veränderungsprozesse hinaus soll im weiteren dargestellt werden, wie sich sowohl die Psychiatrie als Versorgungsform menschlicher Notlagen, als auch das Identitäts- und Subjektverständnis der modernen hin zu postmodernen Welt verändert haben. Dies wird schließlich in der Beschreibung eines neuen Expertentyps münden, der als erste Grundlage für ein integriertes Empowermentkonzept anzusehen ist.

Kapitel II - Wandel der Psychiatrie: Veränderungen im Selbstverständnis psychiatrischer Hilfen

Die Menschen sind so notwendig verrückt, dass nicht verrückt sein nur hieße,
verrückt sein nach einer anderen Art von Verrücktheit.

Blaise Pascal (1623 – 1662)

Handlungsrahmen dieser Auseinandersetzung um die Frage nach Elementen gelingenden Empowerments ist die Psychiatrie. Es ist zunächst unabdingbar, klarzustellen, was der Begriff „Psychiatrie“ überhaupt aussagt bzw. welche Begriffsbestimmung hier verwendet wird. Die Schwierigkeit in der Verwendung des Begriffes „Psychiatrie“ ist analog beim Begriff „psychisch krank“ zu sehen. Was ist eine psychische Krankheit? Wer ist psychisch krank?

Eine historische Betrachtung zeigt, dass die Definition eines speziellen menschlichen somato-psycho-sozialen Zustandes bzw. Beziehungsgefüges als „krankhaft“ relativ neu ist, sprich eine „Erfindung“ der Neuzeit. Auch die Institution „Psychiatrie“ ist im Zuge eines neuen Verständnisses von psychischer Krankheit eine Neuerung, die Anfang des 18. Jahrhunderts sukzessive eingeführt wurde. Aus diesem Grunde erscheint es sinnvoll, einen kurzen Blick auf die Psychiatriegeschichte zu werfen. Es werden daher im Folgenden drei verschiedene Zeiträume und die darin vorherrschenden Umgangsweisen mit psychischer Erkrankung dargestellt. Es soll vor allem verdeutlicht werden, wie das jeweilige Verhältnis der Gesellschaft zu ihren psychisch kranken Menschen aussieht. Zu betrachten sind dabei m.E. drei große Entwicklungen:

- Von der Isolation der Individuen durch die Gesellschaft (Psychiatrie)

- Von der Aufhebung der Isolation der Individuen durch die Gesellschaft (Sozial-, Antipsychiatrie)
- Von der Isolation der Individuen in der Gesellschaft (Gemeindepsychiatrie)

Menschen, die als geistig oder seelisch abweichend erlebt werden und wurden, hat es zu allen Zeiten in der menschlichen Geschichte und in den verschiedensten Kulturen gegeben. Einzig der Umgang bzw. die Reaktion der „Anderen“ auf diese Abweichung ist bedeutsam. Sie beschreibt die spezifische soziale bzw. kulturelle Interaktion zwischen diesen beiden Gruppen. Bei näherer Betrachtung scheint es daher sinnvoll, von der Psychiatrie auf mindestens zwei unterschiedlichen Ebenen zu sprechen:

- Psychiatrie als Begriff für eine kulturell geprägte und sozial definierte Interaktion zwischen psychisch Gesunden und psychisch Kranken. Allgemeiner gesprochen: Ein Begriff des Umgangs von nicht als psychisch krank definierten mit solchen, die dieses „Etikett“ tragen (Flick 1997).
- Psychiatrie als Begriff für die Institution, die in der modernen Gesellschaft die Aufgabe des regelhaften, ritualisierten Umgangs mit psychisch erkrankten Menschen übernimmt (Dörner 1995).

Damit gelangt man zum wissenschaftstheoretisch gesehen klassischen Modell von „Abweichung“ (Labeling) und „Abweichungsetikettierung“ (Labeling Approach) und bei einem etwas anders gearteten Verständnis. Wird in der medizinischen Tradition von psychischer Krankheit gesprochen, so sind Anthropologen und Soziologen eher geneigt, von psychischer Abweichung zu sprechen. Ob und wie auf diese Abweichung reagiert wird, hängt von den kulturellen und historischen Bedingungen der

jeweiligen Gesellschaft ab. Sie reichen von der Interpretation der psychischen Abweichung als „Zauber“, „Schamanentum“ und „besonderer Spiritualität“ bis hin zu abwertenden Begriffen wie „Minderwertigkeit“ und „Schwachsinn“.

„Hielt man sie [die psychisch Kranken, Anm. D.R.] für göttlich inspiriert, so genossen sie quasi göttliche Verehrung; rechnete man ihre Symptome einem bösen Willen zu, wurden sie bestraft; betrachtete man sie als durch Erziehung Fehlgeleitete, so versuchte man sie umzuerziehen; vermutete man hirnorganische Veränderungen, so hielt man sich für berechtigt, operative und pharmakologische Eingriffe vorzunehmen.“ (Hardtmann 1991, 5)

Gemeinsam ist all diesen Handlungen, dass sie den psychisch kranken Menschen als Objekt sehen und ihn in irgendeiner Form behandeln. Neben medizinischen und soziologischen Definitionen, die erst in jüngster Zeit den Umgang mit psychisch abweichenden Menschen bestimmen, waren es von der Antike bis zum Ausgang des Mittelalters vor allem religiöse Bemühungen und Interpretationen. In Babylonien und vielen anderen antiken Kulturen machte man beispielsweise göttliche Kräfte für die Entstehung von Geisteskrankheiten verantwortlich. Infolgedessen waren auch Priester für die Behandlung der Kranken zuständig.

Begleitend zu diesem religiösen Fokus entwickelte sich sehr früh in der Antike ein quasi-medizinisches Verständnis, welches etwa in der frühen Nosologie Hippokrates' (460-377 v.Chr.) seinen Ausdruck findet. Er klassifiziert die Geisteskrankheiten bereits in Epilepsie, Manie, Melancholie und Paranoia. Teilweise wurden hier körperliche Aspekte als verursachende Instanzen vermutet. Schließlich leitet sich beispielsweise der Begriff der Melancholie von „schwarzer Galle“ ab, ein in der Säftelehre von Galens (129-200) wiederaufgelebtes Verständnis einer somatisch geprägten Genese psychischer Zustände. Auch einige psychologische bzw. psychosomatische Erklärungsansätze wurden bereits in der Antike entwickelt (so z.B.

von Aristoteles (384-322 v. Chr.), der den möglichen Einfluss der Affekte erstmals benannte).

Das Mittelalter nahm dann wieder Abschied von ersten in der Antike entwickelten wissenschaftlich-rationalen Modellen und entwickelte stattdessen ein eher mystisches Denken und Handeln. Der Kranke war jetzt wieder eindeutig vom Teufel besessen und musste daher hauptsächlich kirchlich behandelt werden (Exorzismus). Erst mit dem aufkommenden Humanismus gelangten wieder psychologische und biomedizinische Theorien in den Vordergrund. Sie verstanden die Gefühle und Leidenschaften als ausschlaggebender für das menschliche Dasein als rationale Verstandesleistungen. Der Arzt Paracelsus (1493-1541) schrieb 1520 das Buch „Von den Krankheiten, die der Vernunft berauben“ und führte darin Geisteskrankheiten auf natürliche Ursachen zurück.

1 Zum Verständnis von psychischer Krankheit und Gesundheit - psychische Krisen als multifaktorielles Geschehen

Zunächst muss festgehalten werden, dass der Begriff der psychischen Gesundheit schwer zu fassen ist. Bereits Lohmann schrieb hierzu:

„Es gibt im Hinblick auf die ‚psychische Gesundheit‘ keine zufriedenstellende Möglichkeit, ihn einzugrenzen oder zu messen. Obwohl dieser Begriff in der Praxis eine so unerhörte Bedeutung hat, ist er keineswegs eindeutig. Daher ist es kaum verwunderlich, dass psychiatrische Diagnosen nicht selten stark voneinander abweichen und dass Situationen, die der Abgrenzung zwischen ‚psychischer Gesundheit‘ und ‚psychischer Krankheit‘ zugrunde liegen, oftmals Anlaß leidenschaftlicher Debatten sind.“ (Lohmann 1978, 34)

Neben einem rein biomedizinischen Verständnis von psychischen Krankheiten im Sinne von Stoffwechselstörungen im Bereich der

Neurotransmitter gibt es eine Vielzahl von psychodynamischen, psychoanalytischen, verhaltens-therapeutischen und anderen Ansätzen. So sehen Dörner/Plog (1994) in psychischen Krankheiten vor allem Beziehungs- bzw. Lebenskränkungen, die durch die Interaktion mit anderen entstehen. Sie schlagen daher für die Therapie dieser Krankheiten eine Methode vor, die die Selbst- und Fremdwahrnehmung seitens des Therapeuten und Klienten explizit mit einschließt. Bateson/Ruesch (1995) hingegen sehen in fehlgeschlagener Kommunikation die Ursache für die Entstehung psychischen Leidens. Im Umkehrschluss stellt nach diesem Modell gelingende und befriedigende Kommunikation eine Quelle psychischer Gesundheit dar. Nach Simon stellt Krankheit sogar ein ganz allgemeines Modell dar: „Krankheit beschreibt daher eine spezifische Form der Interaktion und der System-Umwelt-Beziehung.“ (Simon 2001, 90). Die Spezifität dieser Interaktion versteht er als Reaktion des operational geschlossenen Systems „Psyche“ auf bestimmte Interaktionsmuster, die durch das spezifische Person-Umwelt-Verhältnis hervorgerufen werden.

Becker (1982) kam durch einen Vergleich von ausgewählten Definitionen zu der Erkenntnis, dass es sich bei »Gesundheit« und »Krankheit« um keine eindeutig objektivierbaren Phänomene handelt. Er zitiert dabei Menninger, der in Übereinstimmung mit Antonovsky schreibt:

„Die genaue Definition von Gesundheit oder Krankheit ist eine fast unmögliche Aufgabe; man ist versucht, jede der beiden als die Abwesenheit des anderen zu definieren, und darin verbirgt sich eine Wahrheit, zu der wir uns entschieden bekennen, nämlich: dass Gesundheit und Krankheit Worte sind, die nur eine Richtung, nicht einen absoluten Zustand angeben. Es wäre logisch korrekt, nur von mehr Gesundheit, weniger Gesundheit und noch weniger Gesundheit zu sprechen und das Wort Krankheit gänzlich fallen zu lassen.“ (Menninger zitiert nach: Becker 1982, 4)

Die besondere Schwierigkeit bei der Bestimmung des Begriffs der „seelischen Gesundheit“ hat offenbar zwei Gründe:

- Die Beantwortung der Frage nach der seelischen Gesundheit hängt „vom jeweiligen zugrundeliegenden Menschenbild ab“ (Breit/Bergmann 1997) und ist damit subjektiv und von kulturellen und sozialen Bedingungen abhängig (Oppermann 1997).
- Der Begriff der seelischen Gesundheit kann nicht mehr als Homöostase und Funktionalität begriffen werden, sondern seelische Gesundheit umfasst auch Heterostase und Dysfunktionalität bzw. Störung (Simon 1999, 2001).

Andererseits ist es trotz aller Schwierigkeiten unmöglich, auf den Begriff der Gesundheit zu verzichten, da es unerlässlich ist, in der Diskussion um Gesundheit und Krankheit auf wertende Faktoren zurück greifen zu können. In Anbetracht dieser Schwierigkeiten können unterschiedliche Begriffe von seelischer Gesundheit auf ihre (stets relative) Brauchbarkeit hin verglichen werden. Drei unterschiedliche Paradigmen treten dabei zu Tage:

- individualistische Modelle, die Gesundheit/Krankheit am Individuum lokalisieren (biologisch-medizinische und individual-psychologische),
- transaktionale Modelle, die die Einflüsse der Umwelt in den Vordergrund rücken (soziologische Perspektive) und
- Modelle, die Gesundheit und Krankheit als Konflikte und Störungen verstehen (systemische Perspektive)

Es handelt sich dabei nicht unbedingt um dichotome Ansätze, vielmehr werden sie zumindest in der Praxis gleichzeitig verwendet. Typisch für einen eher auf das Individuum eingeschränkten Begriff

von Gesundheit wäre das „Regulations-Kompetenz-Modell“ nach Freud. Hier geht es um einen

„relativ spannungsfreien Balancezustand zwischen unterschiedlichen Triebregungen bzw. Instanzen und den jeweiligen äußeren Anforderungen“ (Breit/Bergmann 1997, 49).

In die gleiche Kategorie fallen das „Selbstaktualisierungs-Modell“ von Rogers (1991), das „Selbstwirksamkeitsmodell“ von Bandura (1986) sowie das „Sinnfindungs-Modell“ von Frankl (1972). Auch die Kategorie des subjektiven Wohlbefindens als weiterer bedeutsamer Teil seelischer Gesundheit richtet ihren Blick zunächst auf das Individuum (Faltermaier/Kühnlein/Burda-Viering 1998). Eine „sozio-psycho-somatische“ Analyse und damit einen ausgesprochen soziologischen und interaktionalen Ansatz vertritt Siegrist: Begriffen wie „Selbstwirksamkeit“, „Selbstwert“ und „Selbst-Einbindung“ sei gemeinsam, dass „sie nur im Medium der Transaktion zwischen Person und sozialer Umwelt möglich sind“ (Siegrist 1994, 89). Für eine systemische Sicht steht das kommunikationstheoretische Verständnis von psychischer Gesundheit, verstanden als die Fähigkeit zu einer erfolgreichen Kommunikation. Diese gilt als gegeben, wenn wir in der Lage sind zur „gegenseitigen Korrektur der Bedeutung von Botschaften zur wechselseitigen Beeinflussung des Verhaltens und der gegenseitigen Befriedigung“ (Ruesch 1995, 104). Aus psychoanalytischer Sicht beinhaltet seelische Gesundheit eine „gewisse Toleranz für Kranksein“ (Winnicott zitiert nach: Oppermann 1997, 200). Besonders Menninger betont im Hinblick auf die innere Konfliktfähigkeit neben der Homöostase das Heterostase-Prinzip, das den Zugang zum Verständnis des Wachstums- und Reifungsgeschehen eröffne.

„Es gibt einen starken Drang innerhalb des Organismus, Änderungen hervorzurufen: genau solche Störungen in Gang zu setzen, denen zu widerstehen die regelnden Prozesse des Organismus eingerichtet sind. Es ist der Konflikt zwischen dem Wunsch nach Änderung, Neuheit, Mannifaltigkeit und Chancen und der Furcht vor den Folgen

der Änderungen, der die Komplexität des menschlichen Verhalten ausmacht.“ (Menninger, zitiert nach: Becker 1982, 78 f.)

Reister (1995) zitiert einen Begriff von seelischer Gesundheit, den er als die „überzeugendste Formulierung [...] auf psychoanalytischer Seite“ bezeichnet: Psychische Gesundheit ist demnach

„die unter vorfindlichen (gegebenen) gesellschaftlichen Bedingungen äußerste mögliche Fähigkeit zur vollen, unreduzierten Erfahrung von innerer wie äußerer Realität und deren Umsetzung in kommunikative Prozesse und Handeln“ (Bach/Heine zitiert nach: Reister 1995, 25).

Durch die Verbindung von Realität und Handeln verweist dieser Begriff auf eine gesellschaftlich vermittelte Fähigkeit, sich in einer anerkannten (inneren und äußeren) Wirklichkeit effektiv zu bewähren (siehe Antonovskys Kohärenzgefühl). Erfahrung und Handeln in diesem Sinne sind Adaptionenleistungen. Besonders die systemische oder systemtheoretische Sicht in der Psychologie kommt der Analyse derartiger Anpassungsprozesse entgegen (Becker 1982).

Wenngleich eine gesicherte und verbindliche Definition des Begriffs „Gesundheit“ so schwierig ist, lässt sich vielleicht eine Art Konsensbegriff bilden. Es liegen hierzu mehrere Versuche vor, aus dem Kontext der westlichen Kultur übereinstimmende Vorstellungen von psychischer Gesundheit herauszufiltern. So legte z.B. Jahoda bereits 1961 sechs Grundsätze der seelischen Gesundheit vor (Jahoda zitiert nach: Lohmann 1978, 36):

- Selbsteinschätzung des Menschen
- Entwicklung und Selbstverwirklichung
- Autonomie gegenüber sozialer Beeinflussung
- Integration der psychischen Energien
- Korrekte Wirklichkeitsauffassung
- Die Fähigkeit, das Dasein zu meistern.

Walschburger stellt die Frage:

„Wie müsste eine biopsychologisch orientierte Forschungsstrategie aussehen, die es erlauben würde, kranke Lebensformen als Grenzfall solcher gesunder Lebensform zu beschreiben und zu analysieren?“
(Walschburger 1996, 34)

Modifiziert und „salutogenetisch gewendet“ ist dies die Fragestellung Antonovskys: Wie müsste eine Forschungsstrategie aussehen, die es erlauben würde, gesunde Lebensformen zu beschreiben? Im Modell der „gesunden Lebensform“ steckt bereits notwendig der „sense of coherence“, ohne den eine positive Dynamik auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum nicht möglich ist. Inhaltlich liegt der Akzent bei diesen von Walschburger herausgearbeiteten Merkmalen mehr auf den affektiv-regulatorischen Mechanismen. Die SOC-Komponenten „meaningfulness“ und „manageability“ kommen hier zum Tragen.

Eine weitere Metaanalyse nimmt Becker (1982) vor, indem er den Begriff der „seelischen Gesundheit“ bei neun bedeutenden psychologisch-orientierten Autoren (Freud, Menninger, Erikson, Fromm, Rogers, Maslow, Jourard, Allport, Frankl) untersuchte. Dabei findet er Übereinstimmungen im Hinblick auf sechs Kategorien seelischer Gesundheit:

- Produktivität
- Kreativität
- Tätigkeitssinn
- Werksinn
- Liebesfähigkeit
- Intimität

Er weist darauf hin, dass diese Übereinstimmungen stark an die Aussagen von Freud erinnern, nachdem der gesunde Mensch sich durch die Fähigkeit „lieben und arbeiten“ zu können als gesund auszeichne (vgl. Becker 1982). Becker entwickelte unter Auswertung dieser Arbeiten und empirischer Untersuchungen seine eigene

Konzeption der seelischen Gesundheit, die hier nicht unerwähnt bleiben soll, da er seinen Ansatz als Weiterführung der Gesundheitstheorie Antonovskys versteht:

„Wir wollen im folgenden diese Fragestellung auf das Problem der seelischen Gesundheit übertragen: Aus welchen Gründen zeigen bestimmte Personen angesichts ‚objektiv‘ sehr belastender Lebensumstände eine besondere Widerstandskraft gegen psychische Erkrankungen, während andere Menschen unter vergleichsweise geringer Belastung psychisch dekompensieren.“ (Becker 1982, 279)

Der problematische Begriff der seelischen Gesundheit wird von Becker in Anlehnung an drei Hauptkategorien bestimmt, die sich aus den Übereinstimmungen der untersuchten Autoren ergeben:

- „Regulationskompetenz
Hier geht es um den Vollzug interner und externer Anpassungsleistungen. Hohe Regulationskompetenz verringert offenbar das Auftreten psychischer Erkrankungen
- Selbstaktualisierung
Diese Kategorie enthält den Entwicklungsgedanken sowie die relative Autonomie der Persönlichkeit
- Sinnfindung
Diese Kategorie besagt, dass der Mensch darauf angewiesen ist, Sinn in seinem Leben zu finden. Sinnlosigkeitserfahrungen vergrößern die Wahrscheinlichkeit des Auftretens psychischer Erkrankungen.“ (Becker 1982, 280)

„Zusammenfassend gelangen wir zu dem Eindruck, dass Antonovskys Theorie sowie unser eigener Ansatz auf ähnlichen Grundannahmen basieren, und beide noch vergleichsweise global formuliert sind. Antonovskys Theorie ist jedoch sicherlich weiter entwickelt und besser empirisch gestützt als unsere noch sehr skizzenhaften Überlegungen.“ (Becker 1982, 288)

Schließlich stellt die in der sozialpsychiatrischen Forschung weiterhin dominierende Ansicht eines Vulnerabilitäts-Stress-Modells eine wesentlich Erklärungsgrundlage psychischer Krankheit dar. Als erster hat sicherlich Manfred Bleuler diesen Zusammenhang beschrieben, als er insb. Schizophrenien auffasst als

„die besondere Entwicklung, den besonderen Lebensweg eines Menschen unter besonders schwerwiegenden inneren und äußeren disharmonischen Bedingungen, welche Entwicklung einen

Schwellenwert, einen ‚point of no return‘, überschritten hat, nach welchem die Konfrontation der persönlichen inneren Welt mit der Realität und der Notwendigkeit zur Vereinheitlichung zu schwierig und zu schmerzhaft geworden ist und aufgegeben worden ist“ (Bleuler 1994, 18).

In der Tradition dieser Ansicht, kennzeichnet Ciompi Psychosen als

„krisenhafte Störung der Informationsverarbeitung im Sinne der Überforderung eines von vornherein mehr oder weniger labilen und stellenweise defektiven affektiv-kognitiven Bezugs- und Verarbeitungssystems empfindlicher und vulnerabler Menschen“ (Ciompi 1994b, S. 275).

Dabei wirken für ihn Disposition und aktuelle Umstände gleichermaßen auf das Geschehen ein und begünstigen es. Als solcherlei Stimuli von außen sind deshalb u.a.

„familiäre, arbeits- und kontaktmäßige Anforderungen, Besuche, Reisen, soziale Geschehnisse aller Art, insbesondere solche, die Wechsel und Neuanpassung implizieren“ (Ciompi 1994b, 276)

zu sehen. Die beteiligten inneren Prozesse werden in diesem Verständnis als eine gestörte Informationsverarbeitungs-kompetenz verstanden, die es den betroffenen Menschen nicht erlaubt, auf wechselnde Anforderungen mit einer äquilibrerfähigen Reaktion zu antworten. So werden Situationen, mit hohem Stresspotenzial nicht gemeistert und führen zu einer dauerhaften Stressreaktion des Körpers, die wiederum mittelfristig zu einem somato-psychischen Zusammenbruch führen müssen.

Für Bleuler (1987) fördert in diesem Zusammenhang die mangelnde Fähigkeit von insb. schizophrenen Patienten, innere und äußere Anforderungen in Einklang zu bringen, also eine fehlende Ambiguitätstoleranz, auch die Entstehung von psychischen Krisen. Ohne weiter auf diese Art des Krankheitsverständnisses einzugehen, sei jedoch erwähnt, dass die Entdeckung von der autoprotektiven

Funktion von Psychosen eng mit diesem Verständnis der psychisch kranken Menschen als vulnerable Personen zusammenhängt.

Im Zusammenhang mit der dieser Arbeit zugrundeliegenden Frage nach den Empowermentmöglichkeiten stellt die Annahme einer Vulnerabilität einen interessanten, wenngleich fragilen Zusammenhang zum Empowerment bzw. zur Hilfe zur Lebensbewältigung her, da einerseits Empowerment den Menschen zu mehr Engagement in der Welt auffordert, andererseits ihn jedoch dieses Engagement im Sinne von Stress überfordern und damit das Auftreten erneuter Krisen begünstigen kann.

Festzuhalten ist, dass es diverse Ansätze zur Erklärung von psychischer Gesundheit bzw. Krankheit gibt und gerade im Bereich der psychiatrischen Krankheiten sicherlich am ehesten von einem multifaktoriellen Geschehen ausgegangen wird, das dann auch die besten, weil breit angelegten, Interventionsmethoden nach sich zieht. Schon für Caplan stand fest:

“A significant impression conveyed by this collection of researches is that preventive psychiatry must continually take into account the *multifactorial* [Hervorhebung im Original, Anm. D.R.] nature of the forces which may provoke or ameliorate mental disorders. [...] As soon, however, as the psychiatrist expands his focus to encompass the total problem and as soon as he enlarges his goals to include the reduction of this community problem, he must broaden his interest to include the whole range of etiological factors and of the modalities of prevention, treatment, and rehabilitation. He can then no longer restrict his conceptual framework to a purely biological, psychosocial, or socialcultural theory.” (Caplan 1964, 11)

Diesen Ausführungen ist zuzustimmen, da das in dieser Arbeit vorgestellte Modell eines integrativen Modells von Empowerment von einem solchen multifaktoriellen Geschehen ausgeht. Deshalb erscheint mir als kleinster gemeinsamer Nenner zwischen biologischer, sozialer und psychologischer Position die Kennzeichnung von psychischer Krankheit als Krisengeschehen. Ohne diese Position weiter ausführen zu wollen, soll sie doch als Leitbild

meines Verständnisses gelten. Dies gilt zum einen, da Empowerment im Sinne von Identitätsarbeit als Stärkung einer gewissen Krisenfähigkeit zur Bewältigung belastender innerer und äußerer Lebensumstände zu sehen ist. Zum anderen wird davon ausgehend der Prozess der Chronifizierung als Verfestigung solcher Krisen angesehen.

1.1 Das Rätsel der Chronifizierung: Worum handelt es sich eigentlich bei chronisch psychischer Krankheit?

Chronizität kann theoretisch verstanden werden als ein zum Stillstand gekommener Krankheitsprozess, der sich in einen Krankheitszustand verwandelt hat. Diesem steht das von Antonovsky entworfene Modell des HEDE-Kontinuums diametral entgegen, da es davon ausgeht, dass niemand jemals vollständig krank (gleich tot) oder vollständig gesund ist. Aus diesem Grund kann Chronifizierung als etwas Unmögliches angenommen werden. Mit Schaub (2004) ist davon auszugehen, dass Chronizität eine Form von Wirklichkeitskonstruktion ist, und damit quasi etwas Artifizielles:

„Chronizität ist ein Kunstwort - und damit selber ein Konstrukt, Ergebnis eines kreativ-konstruierenden Umgangs mit Sprache. Als Analogiebildung zu Begriffen wie Historizität - abgeleitet von historicus, griech. Chronicos, das zu übersetzen ist als: zeitlich, die Zeit betreffend. Chronizität meint also zunächst nichts anderes als Zeitlichkeit - verstanden als zeitliches Sein schlechthin, auch als ein Sein in der Zeit. Seine besondere Bedeutung gewinnt der Begriff dadurch, dass es im Griechischen zwei unterschiedliche Worte für Zeit gibt: Während chronos mehr die Zeitdauer – und damit die Zeit in ihrem Ablauf, in ihrer linearen Erstreckung, auch als Lebenszeit - meint, kennzeichnet kairos eher den rechten Zeitpunkt, den günstigen Augenblick, auch die Zeitumstände, kurzum: die durch bestimmte Ereignisse geprägte und gefüllte Zeit.“ (Schaub 2004)

Dieser Argumentation folgend ist bei der Betrachtung von Chronifizierungsprozessen grundsätzlich von einer Beeinflussbarkeit

der ablaufenden Prozesse auszugehen. Es sei nach Schaub der richtige Zeitpunkt („kairos“) zu suchen, um eine Aufweichung und damit Veränderung der Verfestigung zu ermöglichen. Es ist also möglich, dass

„sich Lebensverhältnisse ändern und festgefahrene Lebenslagen wieder in Bewegung geraten, wenn sie besprochen und damit zur Deutung freigegeben werden. Das aber heißt nichts anderes, als dass ein Mensch es lernt - es vielleicht wieder lernt -, die ihm gegebene Lebenszeit als Kairos zu begreifen und zu ergreifen“ (Schaub 2004).

In ähnlicher Weise kann Estroff et al. (1997) bzgl. ihres Verständnisses von Chronizität gefolgt werden, als sie sagen:

„Chronizität und Behinderung beginnen vielleicht dann, wenn der normalisierende Diskurs endet, oder wenn die Person glaubt, dass niemand mehr zuhört“ (Estroff et al. 1997, 158).

Folgerichtig bezeichnete die vor allem italienische Antipsychiatrie den chronisch psychisch Kranken als einen Menschen „ohne Verhandlungsstärke, ohne sozio-ökonomischen Standort“, dessen Existenz „auf ein bloßes negatives Vorhandensein reduziert“ (Basaglia 1971, 137) ist. Als ersten Schritt zur Heilung galt es daher in diesem Sinne, die Institutionen, die zu solch einer Behandlung führten, aufzulösen und den „Internierten die Freiheit zurückzugeben“ (Basaglia 1971, 139).

Auch in Deutschland galt das Chronisch-Kranksein bis zum Beginn des Aufbaus gemeindenaher Einrichtungen als Synonym für die Hospitalisierung von psychisch kranken Menschen. Mittlerweile ist sie nicht - wie die Reformen es ursprünglich intendierten - verschwunden, sondern bezeichnet vielmehr heutzutage die gesamte Form des langjährigen Krankseins mit entsprechender Angewiesenheit auf institutionelle oder andere Hilfen. Neben den alten Chronikern im Sinne der Hospitalisierten traten deshalb infolge von verstärktem Einsatz von Psychopharmaka und einer

gemeindenäheren Versorgung die neuen Chroniker hinzu: sog. Drehtür-Patienten. Zwar verkürzte sich unter der Behandlung mit Psychopharmaka die Verweildauer in psychiatrischen Kliniken, gleichzeitig stieg jedoch die Zahl der Wiederaufnahmen deutlich an (Schwarz 1993 und zu einer möglichen Intervention: Schaub u.a. 1997). Entsprechend dieser Entwicklung kam die Psychiatrie-Enquête-Kommission (1975) zu dem Ergebnis, dass chronisch psychisch Kranke Personen sind, die über lange Zeiträume - unter Umständen ein Leben lang - an ununterbrochen oder in Abständen wiederauftretenden psychischen Krankheiten und Störungen leiden, sowie psychisch Kranke, denen Chronifizierung ihres Leidens droht.

Dieser eher beschreibenden Bestimmung des Chronizitätsbegriffes steht die von Simon vertretene Richtung gegenüber, die als systemtheoretisch fundierte Auffassung Chronizität als eine durchaus „ökonomische“ Handlungsform versteht. Allerdings beschränkt er diese Auffassung auf die sog. Minussymptomatik, d.h. auf das Fehlen von Antrieb, Motivation und Lust. Er bezeichnet die Chronizität dieser Minussymptomatik daher als „Weder-Noch“ (Simon 1999, 182) und macht deutlich, dass Nicht-Handeln eine durchaus rationelle Form der Bewältigung darstellt, da es einerseits Energien schont und andererseits vor Enttäuschungen und Kränkungen der Umwelt schützt. Allgemeiner gefasst, sieht Simon (2001) chronische Krankheiten im Sinne einer „Konstanz der Krankheitszeichen“ dann gegeben,

„wenn die ursprünglich störende oder die Symptombildung auslösende Umweltveränderung persistiert, so dass auch die der Störung gegensteuernden Reaktionen erhalten bleiben“ (Simon 2001, 85).

Dieser Auffassung zufolge sind bei chronischen Krankheiten die sowohl auslösenden als auch regulierenden Faktoren des

Krankheitsprozessen derart am Wirken, dass sie sich gegenseitig persistieren.

„Im Fall der Chronifizierung kann man davon ausgehen, dass ein neues, mit dem Überleben vereinbarendes Gleichgewicht erlangt worden ist, das heißt, die Störung des Systems hat nicht akut zu seiner Desintegration, zum Tod geführt. Autopoietische Systeme unterscheiden durch ihre Operationen ja nicht zwischen gesund und krank, sondern lediglich zwischen lebend und nicht-lebend.“ (Simon 2001, 99)

Eher psychodynamisch verstehen Alberti/Kruse/Wöhler die Bedeutung von chronischer Krankheit, indem sie schreiben, dass die

„Besonderheiten chronischer Erkrankungen gegenüber Akuterkrankungen [...] nicht nur in der oft notwendigen Änderung der Lebensgewohnheiten und dem Erfordernis einer Anpassungsleistung, in der Verarbeitung von Verlust und Verzicht, nicht nur in der Einbuße an persönlicher Autonomie [liegen]; chronisch krank zu sein, stellt vielfach durch den Wegfall äußerer Selbstwertstabilisatoren eine narzisstische Krise dar, da bis zum Ausbruch der Erkrankung kompensatorisch wirksamen Sicherheitssysteme zusammenbrechen können“ (Alberti/Kruse/Wöhler 1991, 277).

1.2 Subjektive Interpretationen von psychischer Krankheit

Subjektive Krankheitstheorien spielen im Empowermentprozess eine bedeutsame Rolle, da sie als mediale Faktoren den Erfolg eines Empowermentprozesses entscheidend mitbestimmen. Wie bedeutsam die Beachtung subjektiver Krankheitstheorien von Betroffenen und Angehörigen für die therapeutische Arbeit mit ihnen ist, haben u.a. Flick (1994) und Faltermeier/Kühnlein/Burda-Viering (1998) untersucht. Darüber hinaus haben etwa Untersuchungen über die kognitiven Repräsentanzen von Patienten mit funktionellen Störungen ergeben, dass von psychiatrischen Patienten soziale oder lebensweltliche Ursachen als auslösende Momente mitgedacht und angenommen werden, wohingegen sie in der Behandlung heute kaum mehr eine Rolle spielen. So benannten die Patienten der

Studie von Angermeyer (1988) folgende Items an erster Stelle: Einsamkeit, belastende Lebensereignisse, Probleme in Ehe/ Partnerschaft, Dauerstress in Ausbildung und Beruf etc. Die genannten Themen entsprechen eher einem Zugang, der als „empowermentorientiert“ bezeichnet werden könnte, da die genannten Ursachen entgegen anderer Items (wie z.B. Umweltverschmutzung, Geburtsschaden, Stoffwechselstörung oder Strafe Gottes) vom Subjekt selbst bearbeitet werden können.

Flick (1997) unterscheidet diese subjektiven von den sozialen Konstruktionen psychischer Krankheit, indem er die verschiedenen Ebenen der Wahrnehmung voneinander trennt. Danach sind sowohl subjektive, also von den Betroffenen ausgehende, als auch soziale, also vom sozialen Umfeld (Angehörige, Freunde etc.) sowie vom professionellen System ausgehende, Vorstellungen als Konstruktion zu verstehen. Diese gleichen narrativen Konstruktionen (Bruner 1987; Polkinghorne 1988).

Lipowski nennt schon 1970 folgende Elemente subjektiver Krankheitstheorien, die im Sinne der Salutogenese als Möglichkeiten des Verstehens und der Sinnggebung von Krankheit gesehen werden können:

„Herausforderung; Angriff feindlicher innerer und äußerer Kräfte; gerechte oder ungerechte Bestrafung für Schuld oder Verfehlungen; persönliches Versagen; Befreiung von unangenehmen Anforderungen oder Verantwortlichkeiten; als Möglichkeit, Zuwendung vom anderen zu erhalten; als unersetzbarer Verlust.“ (Lipowski 1970, 98)

Zusammenfassend ist festzustellen, dass subjektive Vorstellungen im Sinne einer „Behandlung als Koproduktion“ (Ortmann, 2001) auf jeden Fall zu berücksichtigen sind. Für die Frage nach Empowerment spielen sie sogar eine noch wichtigere Rolle, da in ihnen ein wichtiger Ansatzpunkt für Empowerment überhaupt zu sehen ist. Darüber hinaus beeinflussen sie insgesamt das

Gesundheitshandeln von Menschen, vielleicht vielmehr als professionelle Deutungsangebote, wenngleich sicherlich vieles vom ehemals professionellen nun alltägliches Verständnis- und Verständigungswissen ist. Neben den im Folgenden zu beschreibenden Faktoren spielen die sog. Selbstkontrollüberzeugungen eine große Rolle.

1.3 Zukunftserwartung

Dauwalder et al. (1984) haben in einem Forschungsprogramm zur Rehabilitation festgestellt, dass die Rolle der Zukunftserwartungen von chronisch Schizophrenen in der Rehabilitation stark unterschätzt wird. So haben sie zunächst gesehen, dass sich die Zukunftserwartungen der Betroffenen selbst mit denen ihrer Umgebung (vor allem der Familie) in engster Form verknüpfen, und dass weiterhin gerade diese Zukunftserwartungen einen prädiktiven Wert für die Entwicklung der Krankheit und für Fragen der beruflichen oder gesellschaftlichen Wiedereingliederung haben. Die Zeitperspektive spielt daher nicht nur im Sinne einer in die Vergangenheit gerichteten Variable eine Rolle (Schaub 2004), sondern auch gerade im Sinne eines motivationalen und sinngebenden Einflusses, der die Entwicklung des Betroffenen und seine Gesundung bzw. die Integration in die Gesellschaft beeinflusst.

„Ohne Zukunftsentwurf wird die Gegenwart ausgehöhlt. Hier deutet sich bereits an, wie wichtig für (psychisch) kranke Menschen die Erhaltung der Zukunftsperspektive ist. Zu denken ist hier ganz besonders an chronisch kranke Menschen.“ (Jost 2000, 104)

Dabei ist jedoch im Sinne des postmodernen Veränderungsprozesses davon auszugehen, dass Zukunft kein starrer Entwurf sein kann, sondern eher eine ständige Neuanpassung des Zukunftsentwurfes erfolgen muss.

„Die eigene Zukunft ist gesellschaftlich nicht mehr verbindlich vorgegeben, die eigenen Identität zu finden ist eine immer wieder neu zu gestaltende Aufgabe. Wir müssen uns unsere eigene Zeit aneignen.“ (Jost 2000, 105)

In diesem Sinne ist es die Aufgabe von Empowerment, sich dieser Zukunftsentwürfe anzunehmen bzw. eine Kommunikation über sie mit dem Klienten zu führen und evtl. im Sinne von Selbst-Befähigung Ressourcen ausfindig zu machen, die den individuellen Entwurf von Zukunft lebbar macht.

„Eine sorgfältige Analyse der Zukunftsperspektiven sollte beides berücksichtigen: das Zur-Sprache-Bringen des eigenständigen Lebensentwurfes und die zum Teil unbewusste Fremdbestimmung im Detail.“ (Jost 2000, 106)

1.4 Bewältigungsstile

Empowerment im Sinne einer Befähigung zur Selbstbefähigung setzt nicht bei Null an, sondern trifft als pädagogisch-psychologische Handlung immer auf einen Menschen und dessen sozialisatorisch erworbene Bewältigungsstile. Retzer (1994) hat hierzu vier verschiedene Überzeugungsmuster von Patienten benannt, die sich bei Faltermeier weiter differenzieren. Retzer nennt diese Überzeugungsmuster als Ausprägungen der Selbstkontrollüberzeugungen von Menschen, die seine Herangehensweise an Probleme kennzeichnen. Diese wären:

1. Mein Gesundheitszustand ist kein Problem.
2. Mein Gesundheitszustand ist ein Problem, aber ich habe Einfluss darauf.
3. Mein Gesundheitszustand ist ein Problem, aber ich habe keinen Einfluss darauf.
4. Mein Gesundheitszustand ist (k)ein Problem, aber ich weiß nicht, ob zu Recht.“ (Retzer 1994, 108)

Zu Recht weist Retzer darauf hin, dass die Grundüberzeugungen für sich noch kein Problem darstellen, sondern erst in der Interaktion oder Wechselwirkung mit anderen psychischen oder sozialen

Systemen, z.B. dem behandelnden Arzt oder Therapeuten, zu einem Problem werden können. Neben der akuten Gefährdung des Gesundungsprozesses durch eine ungenügende Passung zwischen der Überzeugung des Professionellen und des Klienten, besteht vor allem bei den Überzeugungen 1,3 und 4 ein virulentes Problem, da sich in ihnen Hilflosigkeitserfahrungen aber auch antizipierte Vorstellungen andeuten. Neben der von Retzer empirisch nachgewiesenen Evidenz von verschiedenen Bewältigungsstilen sind diese gerade auch für die Frage nach Empowermentprozessen von großer Bedeutung.

2 Die Veränderung der gesellschaftlichen Reaktion und der psychiatrischen Versorgungsformen

Im Folgenden soll der Versuch unternommen werden, die historische Entwicklung der gesellschaftlichen Reaktion in Form von psychiatrisch-medizinisch institutionalisierten Behandlungsrichtungen nachzuzeichnen. Dies kann nur in groben Zügen erfolgen, da eine detailliertere Betrachtung den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. Es sei deshalb auf die Arbeiten von Foucault (1996), Dörner (1995), Wambach (1980) und Goffman (1973) verwiesen.

2.1 Die Segregation der psychisch kranken Menschen durch die Gesellschaft

Die weitgehende Ausgrenzung psychisch kranker Menschen beginnt nach Dörner (1995) im 17. Jahrhundert, wenngleich in der Frühzeit und im Mittelalter bereits Tendenzen zur Ausgrenzung der betreffenden Kranken zu sehen sind. Diese schlagen jedoch weniger als gesellschaftliche Strategie des Umgangs mit diesen Menschen durch, sondern sind von anderen Mechanismen überlagert, wie z.B.

der weitgehenden Integration der Kranken in die enge sozialräumliche Struktur der Dörfer und Kleinstädte. Mit dem Aufkommen des Absolutismus im 17. Jahrhundert und seines besonderen, bürokratisierenden und ordnenden Eingriffs in die menschliche Interaktion dominierten eher ordnungsstaatliche und regressive Handlungsweisen, die dazu führten, dass psychisch kranke Menschen massenhaft in Asyle, Armen- und Arbeitshäuser und später in psychiatrische Kliniken (Irrenanstalten) eingewiesen wurden.

„Wer sich außerhalb der Grenzen der Vernunft, der Arbeit und des Anstands stellt, wird im wörtlichen Sinne ausgegrenzt; wer sich der Ordnung entfremdet, wird zum Fremden gemacht; wer am Verstande, dem eigentlich Menschlichen, verarmt, kommt zu den übrigen Armen; wer seiner Animalität zügellos die Freiheit lässt, gehört zu den Tieren und wird wie sie in Käfigen zur Schau gestellt; wessen Ideen und Handlungen exklusiv und fix sind, wird ausgeschlossen und fixiert; und wessen Urteil von der korrekten Übereinstimmung mit der Wirklichkeit verrückt ist, wird in Korrektionshäuser ver-rückt.“ (Dörner 1995, 187)

Dem mit der Aufklärung sich verbreitenden medizinischen Verständnis vom Wahnsinn ist es allerdings zu verdanken, dass diese Menschen später mehr und mehr von den anderen Abweichlern (Arme, Obdachlose, Straftäter etc.) getrennt wurden. So schafften zunächst immer mehr Asyle eigenständige Einrichtungen für psychisch kranke Menschen, weil erkannt wurde, dass sie unter den Delinquenten eine besondere Gruppe waren. Das 18. Jahrhundert war daher das Jahrhundert der Irrenasyle und Irrenanstalten, die in fast jedem europäischen Land gegründet wurden.

Während der Aufklärung und des Zeitalters der Französischen Revolution bahnte sich ein anderer Umgang mit psychisch kranken Menschen an. Im Zuge des Befreiungsanspruchs der Aufklärer und Revolutionäre wurden die psychiatrischen Asyle und Arbeitshäuser geöffnet. In diese Zeit wird die Legende von der von der Bürgerschaft diktierten Abschaffung der Ketten für die Psychiatrieinsassen durch

Philippe Pinel (1745-1826) gelegt. Als Legende ist sie insoweit zu bezeichnen, als bewiesen ist, dass diese Maßnahme - sei sie erfolgt oder nicht - nicht das Ende der Straf- bzw. Sanktionsmaßnahmen gegenüber psychisch kranken Menschen insgesamt bedeutete. So wurden weiterhin, teilweise auch zu Behandlungszwecken, unmenschliche Versuche unternommen, auf die Kranken einzuwirken. Diese Entwicklung ebenso wie die Entstehung erster „offener“ Anstalten (z.B. in York, England 1796 durch William Tuke) haben den Umgang mit den psychisch kranken Menschen nicht substantiell verändert, wenngleich quasi eine neue Facette hinzu gekommen war. Es folgten in dieser Zeit diverse Versuche eines anderen Umgangs mit psychisch kranken Menschen, die schließlich in eine neue Phase im 19. Jahrhundert mündeten. Personen wie Christian Reil (1759-1813), Wilhelm Griesinger (1817-1868) und andere entwickelten teils pädagogische, teils medizinische Ansätze zur „Heilung“ der Geisteskrankheiten. Letztlich führten jedoch die meisten dieser Vertreter eines neuen Umgangs mit psychischer Abweichung einen Grundsatz fort, nämlich den der Internierung und Absonderung der Kranken vom Rest der Gesellschaft. Das 19. Jahrhundert war das Jahrhundert der Irrenhäuser. In ihnen wurde im Geiste der Medizin und im Verständnis einer Heilung nach Wegen gesucht, auf diese speziellen Menschen einzuwirken und sie von ihrem Leiden zu befreien. Der Widerspruch zwischen teils naivem Verständnis, teils ideellem Anspruch und den oft genug sadistischen und menschenunwürdigen Behandlungsmethoden ist aus heutiger Sicht als Zeichen für die Hilflosigkeit der verschiedensten Akteure zu sehen. Und er ist ein Zeichen für die frühe Moderne, in der mit dem aufkommenden Bürgertum eine völlige neue moralische Lebensvorstellung entsteht, die „Normalität“ zum Maßstab erhebt und damit alles „Unnormale“ ausgrenzt. Diese Ausgrenzung vollzog sich hauptsächlich in den vielen in dieser Zeit entstehenden Irrenhäusern und Asylen.

Die medizinische Sichtweise, das Verständnis der psychischen Krankheiten als Gehirnkrankheiten, sorgte schließlich dafür, dass auf den somatischen Aspekt immer mehr Augenmerk gelegt wurde. Von Kraepelin (1865-1926) stammt die erste neuzeitliche Nosologie der Geisteskrankheiten, verbunden mit einer durch ihn formulierten Kritik an der einseitigen somatischen Ursachenforschung und Behandlung. Vertreter eines somatischen Verständnisses von psychischer Krankheit, wie Wilhelm Griesinger, verstanden psychische Krankheiten als Gehirnkrankheiten und trugen damit zu einer Befreiung von religiösen oder moralischen Interpretationen bei, die auf Seiten der Betroffenen immer Schuldgefühle auslösten. Außerdem befreiten von den damit verbundenen moralisch-religiös ambitionierten pädagogischen Torturen der frühen Behandlungszeit. Die Ende des 19. Jahrhunderts aufkommenden Vertreter der „Degenerationstheorie“ nutzten die biologische Erklärung psychischer Abweichung, indem sie die Meinung vertraten, dass diese Krankheiten erblich und grundsätzlich degenerativ seien. Zu den psychischen Krankheiten wurden im Nationalsozialismus auch andere Abweichungen gezählt („Asoziale“, „Verbrecher“, „Homosexuelle“ etc.).

Erst mit Sigmund Freuds (1856-1939) Psychoanalyse kamen wieder psychodynamische bzw. psychogenetische Erklärungsansätze in die Psychiatrie hinein. Zum ersten Mal erscheint hier der Patient selbst als Beteiligter seiner Krankheit, indem angenommen wird, dass zumindest unbewusste Persönlichkeitsanteile seine Handlungen steuern und er diese zu verstehen hat, um wieder gesünder leben zu können.

Eine weitere Innovation dieser Zeit bis zum Zweiten Weltkrieg stellt sicherlich die sich etablierende „offene Fürsorge“ für psychisch kranke Menschen als ein Handlungsfeld der damaligen sozialen

Arbeit dar (Haselbeck 1985). Diese als ambulante psychiatrische Arbeit zu bezeichnende Tätigkeit hatte seinerzeit eine wachsende Bedeutung, indem sie nachklinisch die ambulante Versorgung von ehemaligen Patienten sicherstellen sollte. Vereinzelt wurden ab 1918 sogar an Gesundheitsämtern Sozialpsychiatrische Dienste eingerichtet, wie sie heute in fast allen Kommunen und Landkreisen etabliert sind (Clausen/Dresler/Eichenbrenner 1997).

Leider wurde die deutsche Psychoanalyse während des Nationalsozialismus zur Emigration gezwungen, sodass eine Weiterentwicklung auf deutschem Raum ausbleiben musste. Die in den USA weitergeführten Ansätze (Erikson, Jung etc.) kamen schließlich nach Ende des Zweiten Weltkrieges in der neu gegründeten Bundesrepublik wieder zum Tragen.

2.2 Der Versuch der Aufhebung der Segregation (Sozialpsychiatrie)

Der Nationalsozialismus stellt in diesem Sinne einerseits eine Zäsur des Verständnisses und der Behandlungsmethoden von psychischen Krankheiten in Deutschland dar. Andererseits ist er eindeutig in der oben angedeuteten Richtung der die psychischen Krankheiten als somatische Defekte verstehenden Psychiatrie des jungen 20. Jahrhunderts zu verstehen. Die nationalsozialistischen Führer konnten u.a. deshalb ihre „Tötungstotalität“ auf diesem wissenschaftlichen Fundament aufbauen. Die hier zum Ausdruck kommende ebenfalls totalisierte Entsubjektivierung der Menschen führte schließlich zur massenhaften Tötung von Psychiatriepatienten, und damit zum Missbrauch der Psychiatrie insgesamt als ordnungspolitisches Instrument (zur Eliminierung unliebsamer Oppositioneller oder sozialer Randgruppen).

Dem hier nicht weiter auszuführenden Umgang mit psychisch kranken Menschen im Nationalsozialismus folgte in der Bundesrepublik und in vielen anderen Ländern (USA, Italien, Skandinavien, Großbritannien) in den späten 1960er bis in die 1980er Jahre eine Reflexion dieser missbräuchlichen Psychiatrie, ebenso wie die Entwicklung einer Vision einer menschenwürdigeren Behandlung von psychiatrischen Patienten. Das eher am Individuum verhaftete Interesse, z.B. in Form der Etablierung von Psychotherapie in der psychiatrischen Behandlung, war hier teilweise gepaart mit einem gesellschaftspolitischen Veränderungswillen, der nicht nur den einzelnen, sondern die ganze Gruppe der Psychiatrie-Insassen erfassen sollte. Das Aufkommen der Sozialpsychiatrie ist deshalb als soziale Bewegung zu verstehen, die nicht umsonst verantwortungsethisch ihre Wurzeln in der Studentenbewegung Ende der 1960er Jahre hat. Aus dieser sozialen Bewegung, die vor allem die Universitäten erfasste, entstand die Idee der grundsätzlichen Reform der psychiatrischen Einrichtungen. Diese wiederum war eingebettet in die geistes- und sozialwissenschaftlich initiierte Kritik an dem medizinischen Verständnis und System insgesamt.

Hierbei ist zu sagen, dass die bundesdeutsche Entwicklung eher im Sinne sozialpsychiatrischer Bemühungen zu sehen ist, wogegen es in anderen europäischen Ländern regelrechte antipsychiatrische Versuche gab (Italien, England, USA). So wurden z.B. im Gegensatz zur Bundesrepublik - in der es zwar ähnliche Bemühungen jedoch quasi freiwillig gab - in Italien oder den USA psychiatrische Krankenhäuser per Gesetz aufgelöst und die Betreuung der psychisch Kranken in Akutkrankenhäuser oder in die Gemeinde verlagert. In Deutschland ist es zwar zu einer Reduktion der Betten in den Langzeitbereichen gekommen und an vielen Allgemein-krankenhäusern wurden psychiatrische Abteilungen eingerichtet, es

wurde jedoch nur ein Langzeitklinikum (Gütersloh) wirklich aufgelöst und komplett in ambulante bzw. wohnortnahe Strukturen überführt.

Die Sozialpsychiatrie in Deutschland fußt versorgungsstrukturell auf dem von der damaligen Bundesregierung in Auftrag gegebenen „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/ psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung“, der 1975 veröffentlicht wurde. Die „Psychiatrie-Enquête“ wies auf die menschenunwürdigen Zustände in den großen psychiatrischen Anstalten hin und zeigte Wege zu einer sektorisierten und differenzierten Versorgung. Aus ihren Empfehlungen folgten viele Reformprojekte, wie z.B. die Einrichtung sozialpsychiatrischer Dienste und psychiatrischer Abteilungen an Allgemein- und Regionalkrankenhäusern. Vereinzelt, wie z.B. in Gütersloh oder Blankenburg, wurden sogar ganze Langzeitbereiche an Kliniken aufgelöst und in dezentrale Strukturen überführt. Des Weiteren wurden Tagesstätten, Übergangwohnheime, Patiententreffs und viele andere ambulante oder teilstationäre psychiatrische Institutionen geschaffen, die das Hilfesystem in der Lebenswelt der Betroffenen unterstützen und ergänzen sollten. Dieses recht erfolgreiche Modell hat dazu geführt, dass zumindest in Westdeutschland eine in den ländlichen Regionen befriedigende und in den Ballungszentren gute bis sehr gute Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungslandschaft entstand.

Aus der Psychiatrie-Enquête wurde ein Modellprogramm entworfen, welches 1988 über die bisherigen Ergebnisse berichten konnte. Dieses Modellprogramm trug erheblich zu einer Konkretisierung der Forderungen des Expertenberichtes bei. Welche Wirkung hatte nun die Sozialpsychiatrie? Gab es einen wirklichen Wandel oder nur marginale Veränderungen? Die Reformschritte

wurden zumindest in der Anfangsphase von hoher politischer Beachtung begleitet und entsprechend ausgestattet (materiell aber auch legislativ), wenngleich bestimmte Reformen bis heute nicht vollständig umgesetzt wurden (z.B. die Gleichstellung von psychisch und somatisch Kranken). Trotzdem stellt(e) die Sozialpsychiatrie eine Abkehr vom rein biologisch-medizinischen Erklärungsmodell dar und zeigte damit gleichzeitig die Krise dieses Modells auf. Die sozialen und lebensweltlichen Dimensionen von psychischer Krankheit traten vielmehr in den Vordergrund und wurden bei der Einrichtung neuer Dienste und Institutionen zuvorderst beachtet.

„Denn viel zu lange hat „die Psychiatrie“ ihre Patienten isoliert, hat sie mit autoritären Behandlungsstrukturen zu reinen Objekten ihres Handelns gemacht, hat so getan, als wisse sie, was gut und richtig sei - mit z.T. zerstörerischen Folgen.“ (Clausen/Dresler/Eichenbrenner 1997, 23)

2.3 Der Versuch der Aufhebung der Institution „Psychiatrie“ als Ausdruck einer radikalen Expertenkritik (Antipsychiatrie)

Die Antipsychiatrie geht von einer grundlegenden Kritik des modernen psychiatrischen Systems aus und stellt dem ein völlig verändertes System gegenüber. Sie ist anders als die Sozialpsychiatrie nicht an Institutionen gebunden und versucht, diese möglichst aufzuheben, wenngleich auch antipsychiatrisch orientierte Psychiater, wie R.D. Laing, ihre eigenen institutionellen Alternativen geschaffen haben. Diese zeichneten sich jedoch durch eine besondere Binnenstruktur aus, die u.a. durch humanere Regeln zu kennzeichnen ist und dem Patienten eine zentrale Rolle zugesteht. Die Antipsychiatrie versucht eben gerade jenen Entwicklungen der Moderne, wie z.B. die Ordnung und Institutionalisierung verschiedener menschlicher Probleme, entgegenzutreten mit einer eher subjektorientierten Handlungsweise.

Antipsychiatrie kann im Grunde genommen als Empowerment in Reinform bezeichnet werden, da jede Beeinflussung der Klienten im Sinne einer Expertendominanz vermieden wird und die Betroffenen auf ihrem Weg zur Selbsterkenntnis und Selbstheilung begleitet werden sollen. Ein viel stärkeres Gewicht als in anderen psychiatrischen Modellen wird auf Autonomie und Selbstbestimmung gelegt. In Deutschland stellt etwa das Berliner »Weglaufhaus« eine solche de-institutionalisierte Institution dar. In dieser Einrichtung wird Wert darauf gelegt, eben nicht die alten Fehler der Experten zu begehen. So werden

„der psychiatrische Krankheitsbegriff und die entsprechenden Diagnosen [...] von dem MitarbeiterInnen als Arbeitsgrundlage prinzipiell abgelehnt“ (von Trotha 2001, 40).

Vielmehr treten Selbstverantwortung und Selbsterkenntnis als Heilungsmechanismen in den Vordergrund.

„Viel BewohnerInnen vollziehen einen antipsychiatrischen Kernprozess auf ganz persönliche Weise: die Rückübersetzung der psychiatrischen Zurichtung ihrer individuellen Erlebnisse zu medizinischen Kategorien in die selbst gewählte Sprache ihrer eigenen Lebensgeschichte.“ (von Trotha 2001, 40)

Damit zeigt sich die radikale Abkehr von professionell-psychiatrischen Behandlungsformen zu einer wahren Form von Empowerment.

2.4 Die Isolation der psychisch kranken Menschen in der Gesellschaft - Grenzen sozialpsychiatrischer Reformbemühungen (Gemeindepsychiatrie)

Die Gemeindepsychiatrie als einer Unterform der Sozialpsychiatrie stellt sozusagen den Versuch dar, die sozialpsychiatrischen Prinzipien der Dezentralität, Wohnortnähe und subjektorientierten Versorgung mit Hilfe institutionalisierter Antworten zu verwirklichen. Gemeindepsychiatrie soll nach Dörner

- „a) die soziale Ausgrenzung des Kranken aus der Gesellschaft rückgängig machen,
- b) Bedingungen für ein gesundes Leben in der Gemeinde herstellen und
- c) durch ein Netz von Hilfen eine optimale Wiederherstellung der Gesundheit sichern.“ (Dörner 1979, 18)

Durch die Schaffung von ambulanten, teilstationären und neuen wohnortnahen stationären Betreuungs- und Behandlungsangeboten sollten diese Prinzipien erreicht werden. Es entstanden Tagesstätten, Wohnheime, Sozialpsychiatrische Dienste, Tages- und Nachtkliniken sowie Krisendienste u.v.m. Jedoch ist auch nach 30 Jahren Reformbemühen eines nicht verschwunden, nämlich die Isolation der psychisch kranken Menschen (vgl. Hellerich 1990). Diese findet nicht mehr durch Ausgrenzung in wohnortferne Institutionen statt, sondern ganz zentral in der Gemeinde selbst. Finzen formuliert die Grenzen der sozial- und vor allem gemeindepsychiatrischen Reformansätze wie folgt:

“Die Rückkehr der Psychiatrie und damit auch der schwer psychisch Gestörten in die Gemeinde konnte auf lange Sicht zu nichts anderem führen als zu verstärkter Konfrontation, zu einer verstärkten Auseinandersetzung über die Belastbarkeit und Toleranzbereitschaft der gesunden Bürger in der Gemeinde. Wer die Anstalt auflöst und die Stadt zum therapeutischen Übungsfeld macht, muß sich auf Gegenwehr, auf unerwünschte Begleiterscheinungen einstellen. [...] Da sich psychische Krankheit fast immer auch in der verminderten Fähigkeit niederschlägt, soziale Beziehungen zu gestalten, kann niemand allen Ernstes erwarten, dass Berufskollegen und Nachbarn,

Anwohnerverepreter und Bürgerinitiativen mit sichtbar gestörten psychisch Kranken rücksichtsvoller umgehen als mit Ausländern und Obdachlosen.“ (Finzen 1993, 186)

Wie aus Untersuchungen zum sozialen Netzwerk psychiatrisierter Menschen hervorgeht, hat sich eine wirkliche gesellschaftliche Integration jedoch nicht herstellen lassen. Eine Übersicht verschiedener empirischer Arbeiten zu sozialen Netzwerken psychiatrischer Patienten hat Brüninghaus (1990) zusammengestellt. Er selbst kommt in einer eigenen Untersuchung zu dem Ergebnis, dass sich zwar die Menge der sozialen Kontakte bei einigen Patienten nicht verringert, jedoch diese Kontakte zu großen Teilen nur zu ebenfalls Betroffenen oder Fachleuten bestehen. Angermeyer (1989) kommt sogar zu dem Ergebnis, dass 80% bis 90% der sozialen Langzeitkontakte von psychiatrisierten Patienten zu ebenfalls von psychischer Krankheit betroffenen Menschen bestehen. Nur sehr wenige Kontakte bestehen zu „Gesunden“, zu deren Netzwerken und Lebenswelten. Bestehende soziale Netze von chronisch psychisch Kranken sind im Sinne des Modells der Sozialen Unterstützung sehr einseitig ausgerichtet, d.h. der Kranke erfährt mehr Hilfe als er sie zu geben vermag. Dies mag ein Grund dafür sein, dass mit der Zeit die Dichte des sozialen Netzes bei diesen Menschen rapide abnimmt.

Dieser Analyse ist bei genauer Betrachtung der heutigen Verhältnisse der Gemeindepsychiatrie eine hohe Beschreibungs-genauigkeit nicht abzusprechen. Wenngleich es in zahlreichen Gemeinden auch Projekte der erfolgreichen Integration in die Gemeinschaft gegeben hat und gibt, so ist doch mit Dochat (2000) die Frage berechtigt, ob es sich um „ein stützendes Netzwerk oder ein ambulantes Ghetto“ handelt. „Das Verschwinden des Irren als vertrauten sozialen Typus“ (Foucault 1996) scheint ein durch spätmoderne Bemühungen nur schwer aufzuhebender Prozess zu sein, der wohl zu lange wirkt, als dass man ihn in wenigen Jahrzehnten verändern könnte. Den sozialen Typus des psychisch

kranken Menschen wieder in der Gemeinde auftauchen zu lassen, ja ihn gerade zu präsentieren, d.h. der Gemeinde diese Art menschlicher Existenz fast nötighend aufzuzwingen, war ein Ziel der Gemeindepsychiatrie. Mit Clausen ist daher für die Gemeindepsychiatrie einzutreten, wenn man hervorhebt

„in wie vielen tausend Fällen, oder besser: bei wie vielen tausend Menschen es doch gelungen ist, eine offenere, selbstbestimmtere Lebensform trotz und mit psychischer Erkrankung zu gewährleisten“ (Clausen/Dresler/Eichenbrenner 1997, 61).

Bei aller Reformkraft bleiben jedoch einige Kritikpunkte, die die Reform schnell an das Ende ihrer Möglichkeiten geführt haben und die heute zu einem Stillstand in der Weiterentwicklung der psychiatrischen (Be-)Handlung führten. Hellerich formuliert hierzu für die Bremer reformpsychiatrischen Bemühungen:

„Darüber hinaus wurde jedoch auch trotz des Reformeifers Bremens Kritik an der psychosozialen Versorgung laut: Psychiatrie bleibt Psychiatrie, sie könne nicht über ihren Schatten springen, die Reform beiße sich fest, die Versorgung gehe nicht auf die Bedürfnisse der Betroffenen ein, das psychiatrische System arbeite an den Problemen der Psychiatrie-Erfahrenen vorbei, um nur einige der Kritikpunkt zu nennen.“ (Hellerich 1999, 175 f.)

In der Vielzahl setzten die neuen Einrichtungen darauf, den psychisch kranken Menschen zu beraten, zu unterstützen oder zu behandeln, jedoch die wenigsten darauf, soziokulturelle, sozioökonomische oder gesellschaftspolitisch wirkende Programme zu entwerfen (etwa im Sinne der in der Sozialarbeit bekannten Gemeinwesenarbeit oder der gesundheitswissenschaftlich orientierten Gesundheitsförderung). Gleichfalls kritisch zu betrachten ist die Manifestation der Institutionen, die durch die Reform zwar in der Vielfalt erweitert, jedoch letztlich gestärkt aus der Krise herausgekommen sind. Institutionen wurden nach wie vor als das wirkungsvollste Interventionsmittel angesehen, um psychische Krankheiten zu behandeln. Die mit einer Institution immer wirkenden

Negativfaktoren wurden somit in der neuen sozialpsychiatrischen Landschaft perpetuiert (Hellerich 1990).

Schließlich wurde das Professionalitäts-Paradigma nicht mehr in Frage gestellt, ja sogar in Quantität und Qualität weiter ausgebaut, wohingegen die etwa gleichzeitig stattfindende Selbsthilfebewegung ein Gegengewicht setzte. Dieser Widerpart entstand jedoch nicht originär aus den durch die Enquête angestrebten reformpsychiatrischen Bemühungen. Für Dörner muss deshalb die

„Bewegung der De-Institutionalisierung alle Bereiche der Gesellschaft berühren und verändern [...], bis sie nicht mehr modern, sondern vielleicht postmodern sind. Dabei ist aber eine unvollständige De-Institutionalisierung sinnlos: Die Institutionen würden sich wieder vervollständigen. In Betracht kommt nur eine vollständige De-Institutionalisierung, also eine vollständige Wiederherstellung der Begegnungsmöglichkeiten von Vernunft und Unvernunft, von Vernünftigen und Unvernünftigen, wobei das Rad der Geschichte nicht zurück, sondern nur nach vorne gedreht werden kann.“ (Dörner 1995, IV).

Hier zeigt sich, dass - anders als in der Antipsychiatrie - ein gewisser Widerstand des politisch-gesellschaftlichen Systems gegen eine radikale Reform des Umgangs mit psychisch kranken Menschen vorhanden war, der zwar zu hilfreichen neuen Modellen führte, letztlich eine wirkliche Emanzipation vom traditionell medizinisch-therapeutischen Handlungs- und Verstehensmuster verhinderte. Dieser Schritt ist jedoch für ein originäres Empowermentkonzept von großer Bedeutung, da erst durch die vollkommene Loslösung vom professionell-therapeutischen System eine autonomisierend wirkende Selbst-Befähigung möglich ist. Wenn Professionelle handeln, so besteht die latente Gefahr der oben beschriebenen Dominanz dieser Expertenkultur, gegen die ein Empowerment nur schwer bestehen kann.

Letztlich hat es die moderne Psychiatrie der Nachkriegszeit nicht geschafft, das Schweigen zwischen dem psychisch kranken und

psychisch gesunden Menschen zu überwinden. Nach wie vor dominiert, so Foucault, „ein Monolog der Vernunft über den Wahnsinn“, durch den die Psychiatrie ihre Definitions- bzw. Expertenmacht „auf einem solchen Schweigen errichten“ konnte (Foucault 1996, 8).

3 Macht und Ordnung in der Psychiatrie

Mit den sozial- und noch mehr antipsychiatrischen Bemühungen und Reformen ging immer eine kritische Analyse der Machtverhältnisse in der Gesellschaft und einer ihrer Institutionen, nämlich der Psychiatrie, einher. So formulierte Cooper bereits 1971:

“Ich bin zu dem Schluss gekommen, dass vielleicht die auffallendste Form von Gewalt in der Psychiatrie nichts anderes ist als die Gewalt der Psychiatrie, insofern diese Disziplin es sich angelegen sein lässt, auf ihre abgestempelten Patienten die subtile Gewalt der Gesellschaft abzulenken und zu konzentrieren.“ (Cooper 1971, 11)

Diese Aussage eines der prominentesten Vertreter der Antipsychiatrie verdeutlicht, wie stark das damalige Bewusstsein für die gesellschaftlichen Einflüsse auf die Psychiatrie bzw. den Umgang mit psychisch erkrankten Menschen ausgeprägt war.

Wie bereits im Abschnitt über die Expertendominanz angeklungen, geht die Analyse der Machtstrukturen, die ein professionelles Hilfesystem aufweist, vor allem auf die Arbeiten von Foucault zurück. Foucault hat für die Psychiatrie, aber auch für die Überwachungs- und Strafmechanismen überzeugend dargestellt, wie Machtprozesse sich subtil in die Gesellschaft einpassen und sie in vielen Bereichen dominieren. Auch in der Psychiatrie ist die Frage nach Macht für die Empowermentfrage von großer Bedeutung. Ohne auf die erweiterte These von Oppl einzugehen, dass

„weniger Professionalität im Sinne eines offenen Professionskonzeptes, welches die Grenzen zu Laienhilfe, Ehrenamt und Selbsthilfe durchlässig macht, der Lösung sozialer Probleme dienlicher wäre“ (Oppl 1986, 75),

lässt sich folgendes vermuten: Empowerment bedeutet vor allem das Verzicht auf Macht und das Ersetzen von Superior- zur Inferiorstellungen durch eine so weit wie mögliche gleichberechtigtes Verhältnis zwischen Hilfegeber und Hilfenehmer.

Zentrale Aussage Foucaults stellte die Annahme der grundlegenden Trennung innerhalb der Erfahrung von Wahnsinn dar. Im Verlauf der bürgerlichen Revolution, d.h. der Entstehung der Moderne, wurde der Wahnsinn als Phänomen immer mehr aus dem für den Bürger einsehbaren Erfahrungsraum verbannt. Es entstanden große Anstalten und Asyle, nachdem bereits Irrentürme und Narrenschiffe Teile dieser Ausgrenzung vorweg genommen hatten, die die ab diesem Zeitpunkt als psychisch krank erkannten Menschen aus der Gemeinschaft ausschlossen. Dies geschah schon damals nicht nur aus ordnungspolitischen, sondern aus humanitären Gründen, da man der Auffassung war, dass der Wahnsinn eine Geisteskrankheit darstelle und damit von den anderen Abweichlern (Kriminellen, Vagabunden, Armen etc.) abgesondert werden sollte. Es war dies der Zeitpunkt, an dem Wahnsinnige aus den Armen- und Arbeitshäusern in spezielle Kliniken und Asyle verlegt wurden, damit ihnen einerseits besser „geholfen“ werden konnte und sie andererseits besser zu kontrollieren waren (Foucault 1996).

Castel spricht hier von der „Verwaltbarkeit“ (Castel 1979, 21) des Wahnsinns und bezeichnet damit die seit dem 17. Jahrhundert sich verstärkende Tradition der Verwahrung und Internierung von psychisch kranken Menschen in großen Kliniken, Asylen, »hôpital générale« oder Landeskrankenhäusern und eine hierzu notwendige Reduktion der gesamten Realität des Wahnsinns auf die Bedingungen von Verwaltung und Expertentum. Warum wurden die

psychisch kranken Menschen diesem Modell unterworfen? Castel nennt als einen wesentlichen Grund das aufkommende Bürgertum, welches sich als Vertragsgesellschaft zunehmend rationale Interaktionsmuster auferlegte. In diese Muster passte das „irrationale“ Verhalten nicht, weil es fundamental von den bürgerlichen Regeln abwich:

„Als Unvernünftiger ist er kein Rechtssubjekt; als Unverantwortlicher kann er keine Strafen auf sich ziehen; unfähig zu arbeiten oder zu »dienen« tritt er nicht in den geregelten Kreislauf des Tausches ein, jene »freie« Zirkulation von Waren und Menschen, deren Matrix das neue bürgerliche Rechtsverhältnis ist.“ (Castel, 1979, S. 22)

Insbesondere Foucault ist es zu verdanken, dass er die gesellschaftlichen Mechanismen, die diese Internierung befördern bzw. ermöglichen, dargestellt und damit vor allem die scheinbare Natürlichkeit dieses Umgangs kritisiert hat. Das sich vom absolutistischen Gesellschaftsrahmen emanzipierende Bürgertum zeichnet sich vor allem dadurch aus, dass es Ordnung und Vernunft als seine höchsten Strukturprinzipien gelten lässt. Wer diese beiden Maximen nicht berücksichtigt, wie etwa die Wahnsinnigen dies in beiderlei Hinsicht machen, der wird, so Foucault, aus der Gesellschaft insofern ausgeschlossen, dass er unter ein festes Regime gestellt wird. Dabei stellen nicht nur die sichtbaren äußeren Mauern der Institutionen, sondern vor allem die inneren Mauern ein Problem dar. Als eine solche innere Mauer ist die Interpretation des Wahnsinns als moralische Krankheit ebenso zu verstehen wie der Versuch, den Wahnsinn in feste nosologische Muster einzupassen. (vgl. Foucault 1996). Diese Kolonialisierung der inneren Welt geht nach Dörner (1995) deshalb nicht zufällig einher mit der ebenfalls aus der frühen Moderne bekannten äußeren Kolonialisierung von scheinbar „minderwertigen“ Gesellschaften und der Natur.

Diese Gesellschaftsveränderungen verbunden mit der wachsenden industriellen Produktion führen schließlich dazu, dass

die zunehmend wichtigere Soziale Frage auf die psychisch kranken Menschen zutrifft. Die massenweise Hospitalisierung oder Internierung (z.B. in Frankreich durch die königlichen »lettres de cachet«) ist als ein Lösungsversuch dieses gesellschaftlichen Misstandes zu sehen, ja sogar als Antwort auf die zunehmende ökonomische Krise zu verstehen. Und auch die frühen Reformen des 17. Jahrhunderts unter Pinel in Frankreich und Tuke in England, die den Geisteskranken aus dem gemeinsamen Asyl mit Armen, Arbeitslosen und Sträflingen „befreiten“, lösten sich nicht von der eigentlichen Internierungspraxis, also einer Institutionalisierung des Wahnsinns und letztlich einer Privatisierung bzw. Unsichtbarmachung eines eigentlich gesellschaftlichen Problems. Diese Institutionen sind der Geburtsort der medizinischen Behandlung der psychischen Krankheiten, wenngleich sie das Hospital in den Anfängen eher als Experimentier- und Erkundungsfeld benutzt und weniger den psychisch kranken Menschen wirklich zu helfen weiß. Vorteilhaft bleibt jedoch, dass den psychisch kranken Menschen endlich eine medizinische, wenngleich sehr technokratisch-verwaltende, Behandlung zukam. So gelangte denn auch Pinel, einer der großen Reformer des 19. Jahrhunderts in Frankreich, zu der Aussage, dass

„durch diesen Geist der Ordnung [...] ich in der Folge im Stande [war], die auf zahlreiche und sehr bewährte Beobachtungen gegründete Eintheilungen der Verstandesverwirrungen aufzustellen“ (Pinel zitiert nach: Castel 1979, 97).

Die damit einhergehende „Monopolisierung der Irrenbehandlung“ (Scull 1980) als Expertentum der Medizin hielt lange vor und wurde ein Kennzeichen der modernen Psychiatrie, die als Disziplin bemüht war, sich eher naturwissenschaftlich denn geistes- oder sozialwissenschaftlich zu verstehen. Die momentane Dominanz der biologischen Psychiatrie ist vielleicht als eine Reaktion auf die bis in die 1990er Jahre hinein wirkenden sozialen Psychiatrie zu verstehen.

Bereits damals wurde zumindest in Frankreich über die negativen Auswirkungen solcher „totaler Institutionen“ (Goffman 1973) nachgedacht, bis hin zur Ablehnung der Einrichtungen durch die Anhänger der Französischen Revolution als Machtmittel des Absolutismus, welches es gänzlich abzulehnen galt. Hier wurde die Psychiatrie zum ersten Mal in der Frühzeit/Moderne zu einem Politikum. Leider verblich diese Idee, da offensichtlich auf politischer Ebene keine geeigneten Alternativen vorhanden waren. Als Folge hieraus wurden das menschenunwürdige „Zusammenpferchen“ verschiedenster Randgruppen aufgehoben und die Institutionen bloß aufgrund ihrer schlechten Organisation reformiert und diese Reform wurde als technisches Problem verstanden (Castel 1979).

„In modernisierter Form kann es zum Eckpfeiler eines neuen, mit geringeren politischen und finanziellen Ausgaben überholten Fürsorgedispositivs werden. Das ist kein menschenfressender und -verknechtender Machtapparat. Es ist ein schlecht geleitetes Unternehmen. Es dreht sich nur noch darum, diesen Flügel der totalitären Institution zu renovieren und mit der neuen moralischen Umgebung der bürgerlichen Gesellschaft zu versöhnen.“ (Castel 1979, 88)

Dem Verständnis von Gronemeyer zufolge liegt die Krise der heutigen Zeit darin, dass Bedürfnisentstehung und Bedürfnisbefriedigung auseinander gefallen sind und die Menschen immer seltener selbst in der Lage sind, ihre Probleme zu lösen. Bedürfnisse und Macht stehen dabei in einem engen Zusammenhang mit Knappheit. Macht kann sich dabei sowohl auf Besitz bestimmter dinglicher Ressourcen als auch auf Diagnose- und Handlungspotentiale beziehen. Es ist dieser Analyse zufolge unwichtig, ob ich Macht ausübe, indem ich Waren rationiere oder ob ich über Notlagen bestimmter Menschen Urteile fällen kann und damit u.a. über die Verfügbarkeit von materiellen (z.B. Medikamente) oder immateriellen (z.B. Psychotherapie) Ressourcen entscheide. Für Gronemeyer (1988) stellt das „Leben-in-Daseinsbedingungen“

die Lösung dieses Machtgefälles dar, wenn nämlich - analog zur materiellen Existenzbewirtschaftung - psychosoziale Bedürfnisse beim Individuum entstehen und von ihm selbst zu befriedigend sind.

Empowerment stellt m.E. einen besonderen Weg dieses „Lebens-in-Daseinsbedingungen“ dar. Empowerment setzt voraus, dass Menschen in die Lage versetzt werden, sich (wieder) selbst zu helfen. Sie sollen im Grunde genommen dazu befähigt werden, sich selbst zu befähigen. Ziel dieses Empowermentverständnisses ist also die Selbstperpetuierung des Individuums, damit es Notlagen durch eigene Handlungen selbst überwinden kann. Bis in die heutige Zeit hinein ist die Psychiatrie mit dem Problem konfrontiert, gleichzeitig fürsorgliche und ordnungspolitische Aufträge erfüllen zu müssen. So schlägt sich bis heute, abgesehen von reformpsychiatrischen Innovationen wie z.B. der therapeutischen Gemeinschaft“, jene Autoritätsbeziehung zwischen Arzt und Krankem durch, die stets ein nicht-reziprokes bzw. komplementäres Verhältnis war und ist.

„Das Arzt-Patient-Verhältnis, das hier im Spiel ist und das zum ersten Paradigma eines therapeutischen Verhältnisses in der Psychiatrie wird, ist eine Souveränitätsbeziehung. Der Wahnsinnige kann seine Menschlichkeit nur durch einen Unterwerfungsakt vor einer souveränen, in einem Menschen verkörperten Macht zurückgewinnen.“ (Castel 1979, 101)

Im Adler'schen Sinne liegt hier eine Chance zur Reform dieses Verhältnisses vor alle dann vor, wenn grundlegende Macht-Ohnmacht-Konstellationen entsprechend der Grundfrage analysiert werden, ob Arzt oder Patient „als Mitmensch in der Haltung der Ermutigung oder als Kämpfer im Streben nach Macht und Überlegenheit“ (Adler zitiert nach: Ansbacher/Antoch 1982, 15) aufeinander treffen. Diese Haltung unterliegt jedoch nur zu einem Teil einer bewussten und rationalen Analyse, da viele Prozesse zur Figuration dieser Beziehung eher nonverbal bzw. auf dem

symbolischen Niveau ablaufen. Damit entziehen sie sich häufig der Möglichkeit einer direkten Veränderung, da in ihnen vor allem gesellschaftlich tradierte Statusannahmen, Professionalitätsverständnisse und Verteilungsmechanismen zwischen schwachen und starken Gesellschaftsteilen zugrunde liegen.

Es scheint somit - im Hinblick auf Empowermentchancen - nur die Wahl zu geben, die Psychiatrie als Institution völlig zu negieren (Antipsychiatrie) oder sie anzunehmen und in Teilen zu reformieren (Sozialpsychiatrie), ohne grundlegende Strukturmerkmale zu verändern. Wie kann bei Anerkennung dieser Dichotomie ein integriertes Empowermentmodell aussehen? Auf welches Machtverständnis kann sich der psychiatrisch Handelnde bzw. die psychiatrische Institution stützen? Kann die Institution insgesamt überhaupt „empowern“?

4 Zwischenresümee

Wie bisher gezeigt werden konnte, handelt es sich bei der Entwicklung der Psychiatrie um ein stark von gesellschaftlichen Verständnissen des abweichenden Verhaltens bestimmtes Phänomen. Wie die Geschichte der Veränderungen der verschiedenen Selbstverständnisse und Umgangsweisen der Psychiatrie mit psychischer Krankheit zeigt, geht es dabei um ein fortschreitendes Modernisierungsprojekt bis hin zu einer postmodernen Entwicklung, die sich in einer zunehmenden Diversifizierung der Versorgungslandschaft äußert. Im weiteren wird deutlich werden, dass sich auch das Identitäts- und Subjektverständnis in Richtung der Postmoderne entwickelt hat und damit ebenfalls stark von gesellschaftlichen Bewertungen beeinflusst ist.

Kapitel III - Entwicklung des Identitäts- und Subjektverständnisses von der Moderne zur Postmoderne

Man muss noch Chaos in sich haben, um einen tanzenden Stern zu gebären.

Friedrich Nietzsche (1844-1900)

Weshalb soll in dieser Arbeit das Konzept einer postmodernen Gesellschaftsveränderung am Ausgang des 20. Jahrhunderts diskutiert und für die Frage nach einem integrativen Empowermentmodell herangezogen werden. M.E. liegt in der Überwindung eines aus der klassischen Moderne stammenden Identitätsbegriffs eine Chance für die Weiterentwicklung des Empowermentverständnisses und -modells. Es ist nach den bisherigen Erörterungen nun zu untersuchen, inwieweit die Postmoderne Einfluss nimmt auf das Identitätsverständnis der Menschen. Bereits jetzt kann vermutet werden, dass Subjekt und Identität im postmodernen Verständnis realiter und idealiter neu gefasst werden müssen. Aus diesem Grunde sollen in der Folge die wesentlichen Bestimmungsmerkmale der Postmoderne wieder gegeben werden. Auf sie wird dann im weiteren Text immer wieder Bezug genommen.

1 Die Entdeckung von „Subjekt“ und „Identität“ in der Moderne

Spricht man von Identität, so sind zwei verschiedene Lesarten dieser Identität möglich: subjektive, personale oder individuelle gegenüber kollektive Identität. Wie sehr sich die Frage nach Identität von einem kollektiven zu einem individuellen Blickwinkel verschob, zeigt ein Blick in die Entstehung des modernen Subjekt- und Identitätsbegriffs. Dabei ist der Begriff des Subjekts ein Sammelbecken, in dem sich auch Begriffe wie Ich, Identität, Person

usw. subsumieren lassen. Ohne den Begriff weiter problematisieren zu wollen, sei nur auf die von Haug herausgestellte Schwierigkeit des Begriffes verwiesen. Unter Rückgriff auf linguistische Quellen, nämlich französische und englische Wörterbücher, streicht Haug die unterschiedliche Bedeutung des Begriffes heraus. Das französische Wort »sujèt« fasst z.B. mehrere Bedeutung zusammen:

„Sujèt übersetzt sich demnach also mit Subjekt, auch Person, und soweit so gut. Aber in erster Linie ist es Gegenstand, also Objekt, auch Versuchsperson, dazu anatomisch der seziierte Leichnam, schließlich politisch der Untertan.“ (Haug 1985, 64)

Nicht viel anders sieht es beim Blick in das Oxford Dictionary aus. In der deutschen Philosophie hat vor allem Kant zu einer engeren Sichtweise von „Selbst“ beigetragen, da zuvor divergierende Bedeutungen herrschten. Um zu verstehen, weshalb eine Dekonstruktion des Subjekts neue Zugänge ermöglicht zu einem anderen Identitätsverständnis, ist es wichtig auf die Entstehung des Subjektbegriffes zu schauen. Es kann mit einiger Sicherheit davon ausgegangen werden, dass die Vorstellung zutrifft, dass sich das Individuum im modernen Selbstverständnis erst in der Neuzeit gebildet hat.

„Vormoderne Gesellschaften mit ihren statisch-hierarchisch geordneten Sozialstrukturen, die zugleich die religiöse »Weihe« vor Gott gewollter und gestifteter Ordnungen für sich in Anspruch nehmen konnten, hatten keinen Spielraum für selbstbestimmte Optionen des Subjekts. Die Ordnung der Dinge bestand in einem Korsett aus Ligaturen. Der Prozeß der Modernisierung, der im Zuge der Durchsetzung der kapitalistisch verfassten industriellen Gesellschaften in Gang kam, setzte eine dramatische Entwicklung der »Freisetzung« aus orts- und sozialstabilen Bindungen in Bewegung und schuf damit letztlich auch die moderne »soziale Frage«“ (Keupp 1992a, 5)

Subjekt-sein ist gleichsam eine Erfindung der Moderne, und hier insbesondere des fortwährenden Anspruchs der Moderne von der Befreiung des Subjekts aus seiner „selbstverschuldeten Unmündigkeit“ (Max Weber). So konnten Philosophen und

Psychologen des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts noch davon sprechen, dass das

„Ich [...] so etwas ist wie eine fest umschlossene Nuß, ein kleines hartschaliges Ding, der tief verborgene Crystallisationspunkt unseres Wesens“ (Mock zitiert nach: Keupp u.a. 1999, 22).

oder dass der Charakter als „einheitliche, dauernde Struktur seines Wesens“ (Müller-Freienfels zitiert nach: Keupp u.a. 1999, 22) zu verstehen ist.

Mit aufkommender Dominanz einer rational-wissenschaftlichen Sichtweise der Welt wurden Erklärung und Handlung menschlicher bzw. gesellschaftlicher Phänomene auf das Individuum übertragen. Der einzelne Mensch sollte zunehmend befreit werden aus feudalen und autokratischen Herrschaftsstrukturen, seien sie durch Kirche oder König bestimmt. Die einflussreichen wissenschaftlichen Werke von Descartes (1596-1650), Locke (1632-1704) und Hobbes (1588-1679) markieren einen Meilenstein in Richtung einer Gesellschaft, die grundlegende Veränderungen vornahm. Diese Veränderungen bestanden in der Hauptsache in der Aufwertung des Subjekts und damit auch des Bürgers mit all seinen staatsbürgerlichen Rechten. Über die rechtliche Stellung hinaus erwarb das Individuum durch die Aufklärung insofern einen neuen Stellenwert, als es als auch moralische Grundlage für ein funktionierendes Staatswesen betrachtet wurde (siehe den von Immanuel Kant (1724-1804) aufgestellten kategorischen Imperativ). Das Subjekt wurde aus den Fesseln früherer Abhängigkeiten befreit und galt in der Folge als frei, zur eigenen Entscheidung und Lebensführung fähig und damit als Basis für den modernen Staat. Absolutistische Staatsformen, die quasi nur ein Subjekt an der Spitze des Staates zuließen, verschwanden zunehmend von der politischen Bühne. Die moderne Demokratie wurde dadurch ermöglicht, dass man dem Einzelnen mehr Rechte über sich verlieh. Auf erkenntnistheoretischer Seite

bedeutete diese Wandlung eine Veränderung des Verständnisses von Subjekt und Objekt oder „der Welt in mir“ und der „Welt da draußen“ und somit der Geburtsstunde der Psychologie (Bruder 1993).

Dieser Dualismus wurde zunächst von Descartes beschrieben, der die Welt und die in ihr vorkommenden Dinge in zwei unterschiedliche Begriffe fasste: Dies war zum einen die sich ausdehnende, dingliche Welt („res extensa“) und zum anderen die innere, kognitive Welt („res cogitans“), die für Descartes vollkommenen voneinander zu unterscheiden sind. Descartes selbst zog die „res cogitans“ vor und bewertete sie mit seiner Aussage „Cogito ergo sum“ als höherwertig und dominant. Das einzige, so Descartes, worauf sich der erkennende Mensch verlassen könne, wäre sein Zweifeln an den Dingen. Die Dinge selbst wären für sich nicht valide. Einzige Autorität besaß daher für Descartes seine eigene Kognitionsleistung. Autoritäten, die vorherrschende öffentliche Meinung oder sogar die eigene Sinneswahrnehmung könnte trügerisch sein. All diese individuellen, wissenschaftlichen, gesellschaftlichen und politischen Entwicklungen werteten das Subjekt gegenüber früheren Formen auf weitreichende Weise auf. Die Bevölkerung wurde gerade politisch nicht mehr nur als amorphe Masse gesehen, die es zu regieren galt, sondern jetzt galt es zunehmend (mit Entstehung der bürgerlichen Demokratien), die eigene Regierungskraft ständig zu legitimieren.

Von anderer Seite (z.B. Miller 1993; Elias 1997) wird diese Entwicklung weniger als Befreiung denn vielmehr kritisch gesehen, da der einzelne Mensch von einer feudal-absolutistischen Abhängigkeit, die offensichtlich war, in eine manipulativ-unbewusste Abhängigkeit von bürgerlichen Normvorstellungen gerät. Er wird zum „wohltemperierten Subjekt“ (Miller 1993), welches sich unterwirft („sub-jectere“) unter die neuen Zwänge der modernen Gesellschaft. Von dem selbstbewussten bürgerlichen Subjekt, welches modellhaft

als Errungenschaft aus den revolutionären Gesellschaftsbewegungen des 18. Jahrhunderts hervortritt, ist bei dieser Betrachtung nur noch wenig geblieben. Statt dessen regiert das, was von Elias (1997) als Triebsublimierung analysiert wurde, also ein Internalisierungsprozess, in dem Fremdwänge abnehmen und eine „Selbstzwangapparatur“ aufgebaut wird. Dadurch geraten subtile Veränderungen im Sinne der Foucault'schen Analyse zu einem für die Moderne zentralen Machtelement. Dieses Modell des Subjektseins als eines kohärenten, seine eigenen Affekte kontrollierenden, angepassten Subjektes („homo clausus“ Elias 1997) findet man auch als Ergebnis moderner Identitätskonzepte wieder. So besteht für Erikson in der Sozialisation des Menschen bis zur Adoleszenz die größte Aufgabe darin, eine Identität zu bilden, die sich gerade über Misstrauen, Scham, Zweifel und Schuldgefühle hinaus entwickelt und mit dem beginnenden Erwachsenenalter eine feste psychische Struktur jenseits triebgesteuerter oder durch äußerlichen Zwang hergestellte Handlungsbandbreiten etabliert, die für das weitere Leben förderlich ist (Erikson 1992).

Im Zentrum dieser Vorstellung steht die Verdrängung von triebhaften Es-Anteile durch Übernahme bürgerlich-angepasster Über-Ich-Anteile. Dieser als „possessiver Individualismus“ bezeichnete Mechanismus setzt einen gewaltsamen Prozess voraus, dem sich jedes Individuum in der Moderne für den Preis der sozialen Zugehörigkeit aussetzte. Damit impliziert das Erikson'sche Modell eine grundsätzliche Möglichkeit zur gelingenden Synchronisierung oder Integration von Subjekt und Gesellschaft. Wo dieser Identitätsentwurf fehlschlug, bzw. wo die eigenen Identitätsentwürfe nicht mit dem großen Entwurf der bürgerlichen Gesellschaft übereinstimmten, kam es zu neurotischen Ausprägungen, derer sich dann im Gefolge die Psychoanalyse annahm. Ideologische

Voraussetzung hierfür war das bis heute andauernde Bild eines Individuums,

„das sich frei gesetzt hat (oder wurde) von all den Bezügen und Abhängigkeiten, die in der feudalen Gesellschaft bestimmend waren. Individuen verstehen sich jetzt als sich selbst-bestimmende, autonome Souveräne, als für sich selbst verantwortlich“ (Keupp 1992a, 2).

Damit hat die Moderne eine Institution geschaffen, die konstitutionelles Konzept bis in die Spätmoderne wirkt und unser Verhältnis von Subjekt und Objekt oder Ich-Sein und Du-Sein (Buber 1994) wesentlich bestimmt. Wie bereits deutlich wurde, ist mit der Subjektwerdung des Menschen das Identitätsmodell geboren, welches Identität hauptsächlich als individuelle Eigenschaft und Produktionsleistung versteht. Ungeachtet, und jetzt durch den Konstruktivismus aufgegriffen, bleibt dabei jedoch die Tatsache, dass es zur Festigung einer Identität immer auch anderer Menschen bedarf, die diese Lebensform bestätigen. Die spirituelle oder kosmologische Eingebundenheit des Menschen in natürliche oder geistig übergeordnete Sphären (die Weltordnung Gottes oder das Gesetz der Natur) wurde damit zugunsten einer scheinbaren Autonomie aufgegeben. Wie Keupp es zutreffend formuliert, war von nun an Identität nicht etwas durch die Gruppe oder Religion Vorgegebenes, sondern etwas, das selbst hergestellt werden musste. Identität wurde zur Suche:

„Die Suche nach Identität als krisenhafte Herausforderung an das Subjekt ist durch die Moderne zum Thema geworden. Sein kosmologischer Ort war nicht mehr unstrittig. Das moderne Subjekt hat mit seinem Anspruch auf Selbstdenken, der Überwindung der »selbst verschuldeten Unmündigkeit« und mit dem Anspruch der Gestaltung der Welt nach erkannten Vernunftsprinzipien die Lockerung seiner ontologischen Basissicherheit erkaufte.“ (Keupp u.a. 1999, 26 f.)

Als Bedingungen erfolgreichen Empowerments können nach dieser Betrachtung der Entwicklung in der Moderne m.E. zwei Bereiche herausgestellt werden:

- Führt ein Selbstverständnis, welches dem Individuum die autonome Entscheidung über sein Leben zubilligt, dazu Empowerment zu fördern? Was trägt dazu bei, dass Menschen sich selbst als handelnde Wesen verstehen, die Einfluss und Macht haben können? Klassischerweise war dies die Intention der bürgerlichen Revolutionen, dem einzelnen mehr Rechte und damit mehr Entscheidungsspielräume zu geben. Wurde dieses Pfand eingelöst?
- Welches sind die einschränkenden Faktoren eines modernen Selbstverständnisses, das davon ausgeht, dass Identität vornehmlich eine individuell zu lösende Aufgabe darstellt?

Zur Klärung dieser beiden Fragen soll zunächst ein Blick auf die im Anschluss an den Diskurs um eine postmoderne Gesellschaft entstehenden neuen Identitätsformen geworfen werden.

2 Das Selbst- und Identitätsverständnis der Postmoderne

Wie bereits gezeigt wurde, entziehen sich der Moderne langsam die Selbstverständlichkeiten, auf denen sie aufbaute. An ihre Stelle treten Divergenzen, Widersprüche und multiple Konstruktionen, die eine klare Selbstverständlichkeit bzw. Überschaubarkeit oder Kohärenz vermissen lassen. Mit Keupp u.a. (1999) ist daher die Frage zu stellen, inwieweit das Identitätskonzept in der Postmoderne überhaupt ein tragfähiges Modell darstellt? Wie stellt sich Identität in der Postmoderne her?

Wenn sich scheinbare Selbstverständlichkeiten wie Traditionen (Familienformen), weltanschauliche Festlegungen (Glauben, Religion, Kirche) oder individuelle Maßstäbe auflösen, so bleibt die Frage, was an ihre Stelle tritt. Gergen hat dies für die Subjekttheorie in der Form beantwortet, dass er von einer zunehmenden „sozialen Sättigung“ spricht:

„Durch die zunehmende Anzahl und Vielfalt unserer sozialen Beziehungen, die durch die neuen Technologien ermöglicht werden, verinnerlichen wir jedoch viele Standpunkte und Meinungen. Je mehr nun die Perspektivenvielfalt zunimmt, um so mehr wird der Begriff von Objektivität, im Sinne eines neutralen Standpunktes, fragwürdig. Dieser Verlust einer objektiven Wahrheit ist das Kernproblem des postmodernen Bewusstseins.“ (Gergen 1990, 191)

Im Sinne einer kritischen Betrachtung bleibt jedoch offen, ob diese Vision eines „multiplen Selbst als Normalfall“ nicht die soziale Realität verkennt, da die von Gergen angenommene Vermehrung an sozialen Kontakten längst nicht für jede soziale Gruppe zutrifft. Auch verfügen wir zwar über ein Mehr an Kommunikation durch moderne Technologien, ob diese jedoch zu einem Mehr an Sozialen Kontakten führt, bleibt fraglich. Jedenfalls verlieren die klassisch-modernen Verortungen mit klaren Grenzen und einer kohärenten Innenstruktur, wie z.B. die Familie oder das Selbst als individuelle Kategorie, nach Ansicht von VertreterInnen der Postmoderne zunehmend an Bedeutung und an ihrer Stelle treten neue Formen. Das homogene, kohärente Selbst wird beispielsweise als ein „Knotenpunkt in der Verkettung von Beziehungen“ (Gergen 1990) verstanden und damit in einen engeren Zusammenhang mit den es umgebenden sozialen Kreisen gebracht. Identität ist nicht länger persönlicher Besitz, der mit abgeschlossener Adoleszenz als erworben zu gelten hat im Sinne einer substantiellen Qualität, sondern wird vielmehr zu einer Patchwork-Identität (Keupp u.a. 1999) oder sozialen Konstruktion (Gergen 2002). Deshalb wird vom postmodernen Menschen immer stärker die Fähigkeit gefordert,

einstmals naturgegebene Netzwerke (Familie, Dorf etc.) durch eigene Beziehungsarbeit beisammen zu halten.

„Sie [die veränderte Welt der Postmoderne, Anm. D.R.] enthält aber auch die Notwendigkeit, Initiator und Manager des eigenen Beziehungsnetzes zu sein. Diese strukturelle Notwendigkeit erfordert bei den Subjekten entsprechende Ressourcen an Beziehungsfähigkeit und wohl auch materielle Ressourcen.“ (Keupp 1998, 6)

Sennetts „flexibler Mensch“ ist das Produkt dieser postmodernen Veränderungsprozesse, die sich für ihn in der „Kultur des neuen Kapitalismus“ zeigen. Er beschreibt in seiner Analyse, wie dieser flexible Mensch zurecht kommen kann in einer postmodernen Gesellschaft, in der er lernt, mit dem Scheitern fertig zu werden. Für Sennett ist es unerlässlich, dass sich die Menschen in der heutigen Lage darauf einstellen, dass sie nicht mehr ohne weiteres auf dauerhafte, stabile und stützende Lebenslagen, Arbeitsplätze oder familiäre Strukturen bauen können.

„Das Scheitern ist nicht länger nur eine Aussicht der sehr Armen und Unterprivilegierten; es ist zu einem häufigen Phänomen im Leben auch der Mittelschicht geworden.“ (Sennett 2000, 159)

Vielmehr wird es notwendiger denn je, sich dem Scheitern als etwas Alltäglichem zu stellen, mithin das Scheitern als einen Neuanfang zu sehen. Ohne postmodern beliebig zu werden, ist doch in dem Verständnis der Keim enthalten für die später noch zu diskutierende professionelle Methode der Identitätsarbeit. Sennett zeigt deutlich, wie sehr die Anpassung an das postmoderne Arbeitsmodell zu Konflikten mit anderen persönlichen Bereichen, wie etwa der Familie, führen kann.

„Kommt man aber den Forderungen nach Flexibilität und Mobilität nach, verfolgt einen auf subtilere, aber ebenso mächtige Weise das Gefühl, als Familienvater oder -mutter zu scheitern.“ (Sennett 2000, 160).

Dieser von Sennett als Drift bezeichnete Veränderung der vor allem persönlichen Erfahrungen in der postmodernen Arbeitswelt sind gefährlich, solange sie nicht entsprechend durch strukturelle und personelle Rahmensetzungen aufgefangen und ergänzt werden.

Für Gergen (2002) ist das postmoderne Selbst vor allem dadurch zu beschreiben, dass es die vielen anderen Menschen und ihre Wesensformen in sich aufnimmt und somit von ihnen besetzt wird. M.E. ist diese erste Beschreibung jedoch kein Spezifikum eines postmodernen Subjektes, da auch in früheren Zeiten Identität über Anschauung, Nachahmung sozialer Vorbilder und Rollenübernahme erfolgte. Der Unterschied zu heute ist allerdings, dass die Zahl und Diversifität der unterschiedlichen Vorbilder oder Identifikationsmöglichkeiten höher ist, d.h. dass mir in einer hochvernetzten Gesellschaft (intra- und international) eine höhere Anzahl sehr unterschiedlicher Lebensentwürfe begegnet. Im Unterschied zu früher sind diese Lebensentwürfe nicht im Sinne eines individuell zu leistenden Prozesses zu vereinheitlichen, d.h. ich muss nicht unbedingt eine Entscheidung für oder gegen eine Form treffen, sondern kann sie in weitaus höherem Maße nebeneinander in mir sammeln. Postmodern interpretiert ist das Selbst nicht mehr gezwungen, gewisse Lebensstile und -formen oder Vorbilder zu eliminieren, wenn sie als Ganzes einem anderen Vorbild widersprechen, sondern es kann sie in einem viel größeren Maße als Teile verschiedener Vorbilder oder Objekte in seine eigene subjektive Repräsentation aufnehmen. Es kommt daher bei häufigeren Überschneidungen auch zu mehr Vielfalt.

Bezüglich der Frage, wie bei derlei unterschiedlichen Identitätsteile noch eine für die psychische Gesundheit notwendige Kohärenz erhalten bleibt, haben Keupp et al. herausgefunden, dass

„Kohärenz in einem prozessualen Sinn für die alltägliche Identitätsarbeit von Menschen nach wie vor eine zentrale Bedeutung hat, deren Fehlen zu schwerwiegenden emotionalen und gesundheitlichen Konsequenzen führt. Auf der Basis dieser Befunde sehen wir uns in der Annahme bestätigt, dass ein prozessual verstandenes Kohärenzprinzip für die Identitätsbildung nicht zur Disposition gestellt werden darf.“ (Keupp u.a. 1999, 246)

Individualisierung führt damit - positiv verstanden - zu einer Vermehrung der Möglichkeiten und entspricht dem von v. Foerster aufgestellten Imperativ: „Handle stets so, dass die Anzahl der Möglichkeiten wächst“ (von Foerster 1993a, 49). Das heißt m.E., dass sich gesunde und kranke Menschen gleichermaßen in einem Umfeld bewegen, welches eine höhere Akzeptanz von multiplen Identitäten haben müsste. Die neue Fähigkeit, die für das Überleben in einer solchen Gesellschaft benötigt wird, ist daher eine hohe Ambiguitätstoleranz, d.h. die Fähigkeit, diese von Lyotard so bezeichnete „Inkommensurabilität“, trotzdem zu gewährleisten. Er schreibt weiterhin, dass

„die postmoderne Lage [...] der Entzauberung fremd ist, wie auch der blinden Positivität der Delegation. Wohin kann die Legitimation nach den Metaerzählungen ausgehen? Das Kriterium der Operabilität ist ein technologisches, es taugt nichts, um über die Wahrheit und das Rechte zu urteilen. Der durch Diskussion erreichte Konsens, wie Habermas denkt? Er tut der Heterogenität der Sprachspiele Gewalt an. Und die Erfindung entsteht immer in der Meinungsverschiedenheit. Das postmoderne Wissen ist nicht allein das Instrument der Mächte. Es verfeinert unsere Sensibilität für die Unterschiede und verstärkt unsere Fähigkeit, das Inkommensurable zu vertragen. Es selbst findet seinen Grund nicht in der Übereinstimmung der Experten, sondern in der Paralogie der Erfinder“ (Lyotard 1999, 16).

Dies stellt die positive Seite der Entwicklung eines postmodernen Identitätsverständnisses dar. Welches sind die damit verbundenen Gefahren? Bereits in der Tradition und Ambition der Aufklärung wurde dem Individuum praktisch als Lösegeld für seine Freilassung aus feudaler oder religiöser Abhängigkeit auferlegt, sich von nun an selbst zu bestimmen und für sich selbst zu sorgen. Dies gelang ihm umso besser, je sicherer und schneller es sich in die normierte

Gesellschaft einfügte und ihren Maßstäben entsprach. Ein Ausbruch aus diesem Selbstzwang durch divergentes Verhalten (Kriminalität, Aussteigertum oder psychische Krankheit) wurde daher als nicht akzeptabel bewertet und entsprechend sanktioniert (sei es durch Bestrafung, Abwertung oder Behandlung). Um dem Anspruch der selbstgewählten Abhängigkeit zu entsprechen und seinen eigenen Lebensentwurf verwirklichen zu können, war das Selbst zunehmend darauf angewiesen, individuelle Fähigkeiten zu entfalten, die ihm diese Entwicklungsaufgabe ermöglichen konnten. Dies waren neben den bereits beschriebenen Fähigkeiten zur Anpassung an gesellschaftlichen Normen auch und gerade Fähigkeiten zum Selbstmanagement und einer rationalen Planung. Damit verbunden war das Bewusstsein einer grundsätzlichen Möglichkeit zur Einflussnahme auf das eigene Leben oder wie es der Existentialismus sagt: die grundsätzliche Fähigkeit zum Sein. Für Elias (1997) bedeutet diese Form der Selbstregulierung ein gewichtiges Kriterium, welches über das Ausmaß der Individualisierung bestimmt. Nicht umsonst hat gerade in der florierenden, prosperierenden Phase der Nachkriegszeit in den entwickelten Ländern des Westens die Selbsterfahrung ihre Blütezeit. Anders als Elias und Gergen sieht beispielsweise Weymann eine Gleichzeitigkeit innerhalb des beschriebenen Wandels von der Moderne zur Postmoderne zwischen

„Individualisierung und Freisetzung aus lebensweltlichen Bindungen einerseits und komplementären Institutionalisierungen neuer Lebenslaufprogramme andererseits“ (Weymann zitiert nach: Bruder 1993, 138).

D.h. den freiwerdenden Raum der Identitätsvorgaben füllen neue Institutionen aus, die Vorbilder, Identitätsentwürfe und -vorschläge unterbreiten. In diesem Sinne die sogenannte „Psychowelle“ als eine solche Institutionalisierung eingeordnet werden, ebenso wie die darauf folgende Konsumorientierung, die vielfach an eine

Ersatzidentität erinnert. Diese Konjunktur der Trivialpsychologie (Selbsthilferatgeber etc.) bzw. des Wunsches nach einfachen Lösungen entspräche einer Suche des freigesetzten Selbst nach stabilen und einfach-passgenauen Lösungen, die nicht erst von jedem selbst gefunden werden müssen.

Ebenso wie Wissenschaft oder allgemeine Wahrheit in der Postmoderne als Konstruktion gelten und individuell legitimiert werden müssen, so steht das Selbst vor der Aufgabe, sich selbst und anderen gegenüber ständig zu positionieren und zu legitimieren. Diese letzte Demokratisierung verursacht jedoch neben Möglichkeiten und Befreiungspotenzialen auch Unsicherheiten und Ängste. So wie Sennett (1983) davon spricht, dass die politische Öffentlichkeit durch die ständige narzisstische Suche nach dem Selbst zerstört wird, so glauben die Anhänger der kommunitaristischen Bewegung, dass die Gesellschaft nur durch ein Mehr an Gemeinschaft zu stabilisieren ist.

„Man setzt gegen die liberalen Ideologien, die in der postmodernen Gesellschaft zu radikalem Individualismus und Gruppenegoismen geführt haben sollen, das Konzept der Gemeinschaft.“ (Kersting 1998, 10)

Keupp versteht das Subjekt weiterhin als

„Baumeister des Sozialen, seiner eigenen Gemeinde oder Lebenswelt. Statt Einpassung von Subjekten in vorhandene soziale Zusammenhänge kommt es deshalb darauf an, Menschen dazu zu befähigen, sich selbst solche Zusammenhänge zu schaffen“ (Keupp 1992a, 6).

Schließlich kann die Postmoderne zu einer Art »Nomadentum« führen, das sich sowohl auf die Lebensgestaltung (Lebensstil, Arbeitsprozesse, Wohnumgebung etc.) auswirkt, als auch zentral auf die Identität. So beschreibt Lützeler die Prozesse, die sich aus der sich ständig wandelnden Arbeitswelt ergeben. Dabei stellt er fest,

dass in der Postmoderne eine Art Kampf um die Stilhegemonie entbrannt ist. Für den einzelnen Menschen bedeute dies, dass er

„sich heute in ständig wechselnden sozialen Krisen [bewegt], und je nach Situation werden berufsmäßige, parteipolitische, familiäre, geschlechtliche, regionale und nationale Identitäten betont, hervorgekehrt und aktiviert oder auch unterdrückt und verschwiegen“ (Lützeler, 1998, S. 910).

3 Postmoderne als Chance zur Identitätsvielfalt oder: Multiphrenie als Normalfall ?

In Verbindung mit der Bearbeitung der Frage, welche Chancen postmoderne Veränderungsprozesse für die Gesellschaft mit sich bringen, stellt sich die sozialpsychologisch bedeutsame Frage nach Veränderung in den Identitätsmodellen und Vorstellungen. Wenn traditionelle Bestimmungsformen des gesellschaftlichen Zusammenlebens und damit der individuellen Verarbeitung und Verortung der Menschen sich verändern, dann sollen sich die Möglichkeiten verändern, wie Identität erworben und verarbeitet wird.

Neben der Vermutung, dass sich die Gefahren für ein gelingendes Leben dadurch erhöhen, beispielsweise über den Rückzug auf fundamentalistische Weltbilder oder rigide zwischenmenschliche Umgangsformen, kann angenommen werden, dass in dieser Neuorientierung große Potenziale zu einer Befreiung der Subjekte aus einem „Identitätszwang“ (Adorno) liegen. Die Pluralisierung möglicher Lebensformen in der postmodernen Gesellschaft ist vielfach postuliert und soziologisch als Risikogesellschaft beschrieben worden, in der die „riskanten Freiheiten“ genutzt werden können, wenn die Menschen es schaffen „sich aktiv zu bemühen“ (Beck/Beck-Gernsheim 1994b, 12), um ihren Platz in der Gesellschaft zu finden.

„Hier muss man erobern, in der Konkurrenz um begrenzte Ressourcen sich durchzusetzen verstehen - und dies nicht nur einmal, sondern tagtäglich. Die Normalbiografie wird damit zur »Wahlbiografie« [...].“ (Beck/Beck-Gernsheim 1994b, 12)

Die Autoren prägen zusätzlich den Begriff der „Risikobiografie“, um zu zeigen, dass in den neuen Möglichkeiten Gefahren stecken, die es von Seiten des Individuums rechtzeitig zu erkennen und zu vermeiden gilt. Es wird als zwingende Eigenschaft eines solchermaßen erfolgreichen postmodernen Menschen gefordert, dass er eine „aktive Eigenleistung“ erbringt.

„Die Individuen müssen, um nicht zu scheitern, langfristig planen und den Umständen sich anpassen können, müssen organisieren und improvisieren, Ziele entwerfen, Hindernisse erkennen, Niederlagen einstecken und neue Anfänge versuchen.“ (Beck/Beck-Gernsheim 1994b, 15).

Sie müssen somit ein hohes Maß an Ambiguitäts- und Frustrationstoleranz sowie eine Stärke und Zähigkeit besitzen, die an anderer Stelle als Kontrollüberzeugung oder auch Selbstwirksamkeitsüberzeugung bezeichnet wird.

Die Erwartung einer zunehmenden Leistungsfähigkeit des Individuums sind in dieser wie in anderer Hinsicht zunehmend gefährdet, nämlich durch eine soziale Erosion. Diese zeigt sich an den massiven Veränderungen in den Bereichen der staatlichen sozialen Sicherung ebenso wie an den Veränderungen der Familiensysteme und Lebensformen. Dies erfolgt in doppelter Hinsicht, da die bisher stabilen Orientierungssysteme keinerlei weiteren Halt bieten können und darüber hinaus auch nicht mehr in bekanntem Maße als Ressourcenquelle zur Verfügung stehen.

„Das Leben selbst und die Lebensmöglichkeiten jedes einzelnen werden so selbst zu einem Wagnis, zu einem sozialen Risiko, zu einem individualisierten Projekt mit offenem Ausgang.“ (Beck/Beck-Gernsheim 1994, 91)

Wenn wir es jedoch mit einem offenen Ausgang zu tun haben, so treten nicht nur die Gefahren, sondern auch die Möglichkeiten und Horizonte einer multiplen oder multivarianten Lebensgestaltung auf die Bühne. Es bleibt die Frage offen, nach welchen Regeln oder Mustern die Entscheidung fällt, ob es gelingt, diesen neuen Wahlmöglichkeiten etwas Gutes abzugewinnen und sie produktiv zu nutzen. Zur Lösung dieser Frage wird insbesondere auf psychologische Modelle der Bewältigung zurückgegriffen: Um die neue Freiheit zu nutzen, soll vor allem die Fähigkeit zur Toleranz verschiedenartiger Handlungsmaxime und Vorstellungen hilfreich sein, die das Individuum in seiner Existenz vereinen muss. In besonderer Form trifft dies für die Frage nach der Identität zu. Welche Formen von Identitätserwerb bis in die Spätmoderne hineinwirkten, ist sehr überzeugend von Erikson an seinem Modell des Identitätserwerbs mit Abschluss der Adoleszenz beschrieben worden. So ging er vom „vollständigen Lebenszyklus“ (Erikson 1992) aus.

In der Postmoderne ist Abschied von dieser Vorstellung zu nehmen, wenngleich es Übergänge und Mischformen von Identitäten gibt, die sowohl stabile Anteile eines Identitätserwerbs enthalten als auch sog. Patchwork-Identitäten, die sich durch die teilweise divergenten in ihnen enthaltenen Teilidentitäten bestimmen. Trotz dieser Divergenzen innerhalb der Identität einer Person scheint es weiterhin wichtig zu sein, eine personale Kohärenz zu erhalten. Diese gestaltet sich nicht länger als widerspruchsfreier, in sich selbst kohärenten Identitätswurfs oder als „glattes“, „ebenmäßiges“ Selbstbild. Vielmehr entwirft es sich darüber, dass durch die Toleranz von Verwerfungen und Rissen, Übergängen und ständigen Veränderungen, Kohärenz im Sinne eines zusammenhängenden Sinnverstehen möglich ist (Keupp u.a. 1999). Gergen ist sogar

soweit gegangen, den Begriff der „Multiphrenie“ als Beschreibung unserer heutigen Erfahrung zu wählen, nämlich

„dass wir immer stärker Teil eines wachsenden Netzwerkes von Beziehungen werden, von direkten zwischenmenschlichen, aber auch von elektronischen oder solchen <aus zweiter Hand>. Auf uns stürmt eine ungeheuer schnell wachsende Vielfalt von Wünschen, Optionen, Gelegenheiten, Verpflichtungen und Werten ein. Und wir müssen damit leben, dass vieles von dem höchst widersprüchlich ist“ (Gergen 1994, 36).

Für die Frage nach möglichem Empowerment ist mit Rauschenbach (1994) davon auszugehen, dass sich die psychosoziale Tätigkeit in einer postmodernen Gesellschaft mehr darauf konzentrieren sollte, diesen Individualisierungs- und Pluralisierungsprozess dahingehend zu gestalten, die Menschen, die diese Patchwork-Arbeit zu leisten haben, auf diesem Weg zu begleiten. Dies bedeutet vor allem, ihnen bei der Aushandlung eines solchen Weges beiseite zu stehen und die Fähigkeit zu vermitteln, diesen Aushandlungsprozess erfolgreich zu meistern. Damit wird die Bedeutung „inszenierter Solidarität“ (Rauschenbach 1994) durch Soziale Arbeit und andere psychosoziale Professionen als Substitut für bisherige informelle Solidarität weiter beschleunigt. Nun steht diese Form der sozialen Hilfe teilweise im Widerspruch zu einem Empowermentverständnis, welches eigentlich dann ernst zu nehmen ist, wenn es gar nicht eingesetzt werden muss. Dort, wo genügend Selbstheilungs- oder Selbstorganisationskräfte vorhanden sind, benötige ich keine Empowermentstrategie. Dort wo sie abhanden gekommen sind, benötige ich Empowerment, sollte aber darauf hinarbeiten, dass diese inszenierte Solidarität wieder hinter Formen informeller Solidarität der verschiedenen Akteure selbst zurücktritt (sei es in Familien, Schulen oder Betroffeneninitiativen).

4 Kritische Einordnung postmoderner Subjekt- und Identitätskonstruktionen

Wie in den beiden vorangegangenen Kapiteln gezeigt werden konnte, hat die Subjektwerdung mit dem damit verbundenen Wandel an Identitätsmustern (von der Verwurzelung des Identitätserwerbs bis zur Entwurzelung und freien Identitätsarbeit) ein hohes Maß an Ambivalenzen sowohl im Individuum als auch in der Gesellschaft freigesetzt. Diese Ambivalenzen werden in der Diskussion um die zukünftige Gestaltung der Gesellschaft verschiedenartig entweder als Gefahr oder als Chance gesehen. Die Frage nach einem Empowermentverständnis für die Arbeit mit chronisch psychisch kranken Menschen ist aus diesem Verständnis heraus wie folgt zu beantworten: Je mehr es geschafft werden kann, sozial benachteiligte oder ausgegrenzte Menschen dazu zu befähigen, zu einer autonomen und gelingenden Lebensgestaltung durch Identitätsarbeit zu gelangen, desto positiver, weil humaner wird sich das Projekt Postmoderne auswirken. Diese Befähigung kann auf dem theoretischen Fundament des Empowerment insofern aufbauen, als es darzustellen gilt, wie Menschen mit Hilfe der Identitätsarbeit zu eben solcher Bemächtigung gelangen können, d.h. die Kompetenz zur Gestaltung der eigenen Lebenswelt und zum Einfluss auf das für sie relevante Gemeinwesen wiedergewinnen können. Zunächst sollen jedoch die Möglichkeiten und Grenzen eines postmodernen Subjekt- und Identitätsverständnisses aufgezeigt werden.

4.1 Das postmoderne Subjektverständnis

Von kommunitaristischer Seite werden das neue Subjektverständnis und insbesondere die vermutete Individualisierung als Gefahr verstanden und ein Mehr an Gemeinschaft

gefordert. Die Forderung nach einer „Kultur der Kohärenz“ (Bellah u.a. 1988) steht dabei dem Empowerment widersprüchlich gegenüber. Diese Rückkehr zu einem oft ideologisch überhöhten und moralisch idealisierten Gemeinschaftsverständnis stellt zwar eine wichtige Grundlage dar für ein gelingendes Empowerment. Gleichzeitig braucht es neben einer Betrachtung, die soziale Gruppen bestimmte Kompetenzen zuweist, auch und gerade Individuen, die diese Gruppen konstituieren. Der Kommunitarismus steht in der Gefahr, diese von Subjekten gemachte Gemeinschaft zugunsten eines scheinbar nativ vorhandenen Gemeinschaftsgefühls zu vertauschen. Sennett kritisiert an kommunitaristischen Modellen, dass sie

„moralische Standards verstärken und Mitmenschlichkeit und Selbstlosigkeit fördern. Sie versprechen, dass Menschen, die diesen Tugenden folgen, eine Kraft und emotionale Erfüllung finden werden, die sie als isolierte Individuen nicht erfahren können“ (Sennett 2000, 197).

Dagegen setzt Sennett unter Bezug auf Cosers klassischen Essay mit dem Titel „The Social Functioning of Conflict“ von 1956 die Bedeutung von Konflikten und Divergenzen als konstituierendes und verbindendes Merkmal von sozialen Gruppen. Erst durch die pointierte Auseinandersetzung und gemeinsame Verständigung ist nach diesem Modell die Entstehung stabiler, weil gegenseitiger Interaktionen möglich. Mit anderen Worten sind es gerade die „empowerten“ Menschen, die dabei helfen, „empowering groups“ ins Leben zu rufen. Um - und insoweit handelt es sich um eine psychologisch-individualisierende Sicht - dafür selbst die nötige Kraft zu haben, ist das Subjekt auf interne Kontrollüberzeugungen angewiesen, die es ihm wiederum ermöglichen, sich in die Welt einzumischen. Ein postmodernes Subjekt- oder Identitätsverständnis setzt dabei auf den durch die Identitätsvielfalt bzw. die Multiphrenie gewonnenen Reichtum an Ideen, Lebensentwürfen und Persönlichkeitsstilen, der für einen bunteren und reicheren

gesellschaftlichen Fundus sorgt. Dem von Keupp (1992a) mit dem Titel „Das Subjekt und das Soziale sind auch nicht mehr das, was sie einmal waren!“ zum Ausdruck gebrachten Pessimismus kann daher, wie von ihm selbst getan, ein deutliches: »Ja, aber!« entgegengesetzt werden.

Das institutionalisierte Verständnis der Moderne, welches sich sozial in kollektiven Lebenslagen und Klassen ausdrückte, und ideologische Fundamente wie die Familie, die Erwerbsarbeit u.a. schuf, wird zunehmend abgelöst von einem Leben in riskanten Freiheiten. Die Chance, die m.E. in dieser neu gewonnenen Freiheit steckt, besteht vor allem darin, neue Identitätsprojekte entwerfen zu können.

„Man könnte es auch anders ausdrücken: Das Verhältnis von »Innen«und »Außen«, von Psychischem und Gesellschaftlichem ist neu zu bestimmen. Ihre Widersprüchlichkeit ist angesichts der zunehmenden Auflösung ihrer scheinbaren (aber letztlich immer nur gewaltsam hergestellten) Synchronizität wieder spürbar geworden.“
(Keupp 1992a, 2)

Die positive Errungenschaft der Moderne als Folge der weitreichenden Aufklärung zeigt sich in jenem Subjektverständnis, das sich selbst regieren kann. Diese einerseits von Kritikern als zunehmende Individualisierung bezeichnete Tendenz der Autonomisierung konnte erfolgreich jedoch nur von denen genutzt werden, die über die entsprechenden sozio-kulturellen Ressourcen verfügten. Entsprechend dieser sozialen Ungleichheit, die sich in der verfügbaren und verfügten Möglichkeit, sich „selbst zu regieren“ und damit zu den Gewinnern des kapitalistischen Warensystems zu werden, waren diejenigen als Verlierer zu sehen, die nicht über die notwendigen psychischen, sozialen, kulturellen und vor allem ökonomischen Mittel verfügten. Eine große Gruppe innerhalb der sozial Benachteiligten waren eben die psychisch kranken Menschen.

Foucaults Formulierung der „Sorge um sich“, die zu einer „Kunst der Existenz“ in der neuzeitlichen Epoche wird, kann für diese Ausführungen genutzt werden, obwohl sie zunächst für das sexuelle Moralverständnis genutzt wurde. Sie beschreibt in der Tat eine neue Variante menschlicher Daseinsweise:

„Diese Selbstkunst beharrt nicht so sehr auf den Exzessen, denen man sich hingeben kann und die es zu meistern gilt, will man andere beherrschen; sie unterstreicht immer mehr die Anfälligkeit des Individuums gegenüber den diversen Übeln, welche die sexuelle Aktivität hervorrufen kann; sie unterstreicht auch die Notwendigkeit, diese in eine allgemeine und bindende Form zu bringen, die für alle Menschen zugleich natürlich und vernünftig begründet ist. Sie hebt die Wichtigkeit hervor, alle Praktiken und alle Übungen zu entwickeln, durch die man Kontrolle über sich bewahren und am Ende zu einem reinen Genuß seiner selbst gelangen kann. Am Ursprung dieser Modifikation in der Sexualmoral steht nicht die Verschärfung der Verbotsformen, sondern die Entwicklung einer Kunst der Existenz, die um die Frage nach sich kreist, nach seiner Abhängigkeit und seiner Unabhängigkeit, nach seiner allgemeinen Form und nach dem Band, das man zu den anderen knüpfen kann und muß, nach den Prozeduren, durch die man Kontrolle über sich ausübt, und nach der Weise, in der man die volle Souveränität über sich herstellen kann.“
(Foucault 1989, 305)

Man könnte die Formulierungen derart modifizieren, dass sie ein a priori der postmodernen Gesellschaftsveränderungen beschreiben. Denn der von Foucault für die Moderne beschriebene Prozess der einsetzenden Selbstsorge (und damit auch im Sinne von Elias Selbstkontrolle) kann für ein Leben innerhalb der divergenten und individualisierten gesellschaftlichen Bezüge von immer größerer Bedeutung werden. Diese historische bzw. philosophische Betrachtung wäre damit das Pendant zu den seit langem in der Psychologie bekannten Theorien, die sich mit Selbstüberzeugung, Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugung oder dem „Sense of Coherence“ beschäftigen. Ihnen allen ist gemeinsam, dass sie auf der motivationalen Seite menschlicher Handlungen vor allem diese steuernde Funktion beschreiben, die letztlich als Prädiktor für die Gesunderhaltung oder Gesundwerdung der Individuen zu sehen ist. Überhaupt scheinen Foucaults Ideen auf einem Wandel von der

modernen, durch Macht-, Wissens- und Ordnungssysteme auferlegten Subjektivität zu einer postmodernen sich selbst schaffenden und erzeugenden Subjektivität hinzudeuten, in dem das Selbst nichts Gegebenes oder Geschaffenes, sondern ständig neu zu Schaffendes darstellt. Damit verbunden ist der Wandel vom modernen Subjekt-Objekt-Verhältnis, in dem das Subjekt von anderen Subjekten resp. Objekten oktroyiert wird, zu einem Subjekt-Subjekt-Verhältnis, in dem sich die Betroffenen selbst gegenseitig helfen.

Allerdings bleibt einschränkend zu bedenken, dass dies die erneute Einlösung eines alten Versprechens ist: nämlich die Aufhebung von Macht- und Disparitätsverhältnissen, die zu Unterdrückung und Abhängigkeit führten. Damit stellt dieses sicherlich attraktive Subjektverständnis der Moderne eine weitere Utopie im Sinne eines Wunsches dar, der sich angesichts der momentanen materialistischen Veränderungen zwar erfüllen kann, jedoch nicht erfüllen muss. Insofern bilden Selbsthilfe und Empowerment Quasi-Bastionen dieser Utopie, wenngleich sie in kleinen Schritten wesentlich zu einer Humanisierung beitragen können.

4.2 Das postmoderne Identitätsverständnis

Wie bereits innerhalb der soziologischen Analyse der Postmoderne angedeutet, stehen den Möglichkeiten eines neuen Identitätsverständnisses ebenso bedeutsame Gefahren gegenüber. Keupp et al. sehen z.B. bei Jugendlichen höchst disparate Bewältigungsformen und Identitätskonstruktionen, die von resignativen Haltungen, über praktische Bewältigungsmuster bis hin zu sehr anpassungsfähigen und mit einem starken Maß an Selbstorganisationsfähigkeit verbundenen Kompetenzen reichen. Sie

konnten zwar zeigen, dass es sich bei vielen eher um Kontingenz- denn um Kohärenzprobleme handelt, d.h. eher um die zu große Auswahl.

„Wenn wir im ersten Kapitel davon gesprochen haben, dass sich die Subjekte als Darsteller auf einer gesellschaftlichen Bühne erleben, ohne dass ihnen fertige Drehbücher geschrieben werden, so bedeutet dies zum einen, dass man sie sich im konkreten Fall jeweils selbst schreiben kann. Zum anderen erlebt man aber, dass man, kaum hat man ein eigenes Drehbuch fertig, mit anderen möglichen Drehbüchern konfrontiert wurde, die die Sinnhaftigkeit, zumindest die Einzigartigkeit des eigenen Drehbuchs in Frage stellen.“ (Keupp u.a. 1999, 251)

Neben dieser Gefahr ist darauf hinzuweisen, dass die Annahme einer solchen „Multioptionsgesellschaft“ (Gross 1994) durchaus eine Einschränkung durch die momentan noch zu beobachtende Wirklichkeit erfährt. So weisen Meuser/Behnke (1998) darauf hin, dass es durchaus beharrliche Muster innerhalb der poststrukturalistischen oder postmodernen Bewegung gibt, die nicht ohne weiteres veränderbar sind. Sie haben anhand der Erforschung von Mustern männlicher Identität herausgefunden, dass die Annahme einer multiplen männlichen Identität, welche „Männlichkeit als Konstrukt“ (Meuser/Behnke 1998, 9) erscheinen lässt, von durchaus stabilen Verhaltens- und Verstehenskodizes infrage gestellt wird. Der von ihnen hierzu als theoretische Folie verwendete Bourdieu'sche Begriff des Habitus als einer dauerhaften Disposition zu einer bestimmten Handlungsform zeigt, dass sich gerade Männlichkeitsmuster in Bezug auf Berufstätigkeit und Erfolg als derart stabil zeigen, dass sie nicht im Sinne einer Option gewählt oder nicht gewählt werden können.

„Eine Perspektive, die „Männlichkeit als ‚Spektakel‘, ‚Maskerade‘ oder ‚Zeichen‘ ohne existentielle Grundlage“ [...] auffasst, greift nicht nur analytisch zu kurz, sondern läuft auch Gefahr, hinsichtlich der Möglichkeiten und Wege geschlechterpolitischer Strategien Illusionen zu erzeugen.“ (Meuser/Behnke 1998, 22)

Schließlich weisen sie darauf hin, dass solche Strukturen „deutlich den Index derjenigen Nische innerhalb der intellektuell-akademischen Kultur, in der sie entstanden sind, [tragen]“, weshalb sie auch „außerhalb dieser Kultur, d.h. sowohl in den bürgerlichen Zentren der Macht als auch in den Massen von Arbeiterschaft und Kleinbürgertum wirkungslos verpuffen“ (Meuser/Behnke 1998, 22) dürften. Die Autoren plädieren deshalb für ein Verständnis, welches „Differenz weniger im Sinne von Optionen“ versteht und sind stattdessen bestrebt,

„erstens zu untersuchen, in welcher Hinsicht differente Ausdrucksformen von Männlichkeit in unterschiedlichen konjunktiven Erfahrungsräumen verankert sind, und zweitens [...] die Unterschiede das „*Gemeinsame im Verschiedenen*“ [Hervorhebung im Original, Anm. D.R.], den geschlechtlichen Habitus nicht aus den Augen zu verlieren“ (Meuser/Behnke 1998, 22).

Jenseits solcher „Qual der Wahl-Modelle“ ist nach wie vor die soziale Not der Menschen zu sehen, die es nicht schaffen, sich diesem höchst widersprüchlichen, schnellen und fordernden Prozess zu Nutzen zu machen. Es ist daher nötig, solche Elemente zu bestimmen, die es Menschen aus sozialer oder ressourcenorientierter Sicht ermöglichen, an diesen Gesellschaftsveränderungen teilzuhaben, ohne von allzu großen Risiken wie Langzeitarbeitslosigkeit, Dauerarmut und chronischer psychischer Krankheit bedroht zu sein. Erfolgreich kann dieser Prozess der Identitätsbildung in der oben beschriebenen Weise jedoch nur verlaufen, wenn genügend „materielle Ressourcen“ vorhanden sind:

„Die Fähigkeit zu und die Erprobung von Projekten der Selbstorganisation sind ohne ausreichende materielle Absicherung nicht möglich. Ohne Teilhabe am gesellschaftlichen Lebensprozeß in Form von sinnvoller Tätigkeit und angemessener Bezahlung wird Identitätsbildung zu einem zynischen Schwebezustand, den auch ein >postmodernes Credo< nicht zu einem Reich der Freiheit aufwerten kann.“ (Keupp 1997a, 19)

Neben individuellen Kompetenzmodellen sind hier vor allem soziologische Ressourcenmodelle zu beachten, die weniger den Einzelnen als vielmehr die Gesellschaft ins Blickfeld rücken. Wenn also Postmoderne heißt, sich ständig wandelnden Prozessen mit einer höheren Geschwindigkeit anpassen zu müssen, so sind solche sozial-strukturellen Elemente zu benennen, die das Subjekt stützen. Es sind dies Elemente, die Identitätsmöglichkeiten liefern, ohne Identitätszwang zu fordern, denn letztlich ist die Niederlage am Markt der Möglichkeiten nichts anderes als eine weitere Form der Einengung der Möglichkeiten und somit gleichsam eine Art Identitätszwang. Was nützt es mir beispielsweise, wenn ich ständig an oder unter der Armutsgrenze lebe, dass ich potenziell verschiedene Identitätsmöglichkeiten besäße. Wie kann ich diese überhaupt fassen, wenn ich am Bildungsprozess, der eben solche Fähigkeiten zur Nutzung der postmodernen Möglichkeiten herausbilden soll, nicht teilnehmen kann. Mit Antonovosky ist daher davon auszugehen, dass generalisierte Widerstandsressourcen benötigt werden, um den postmodernen Herausforderungen standhalten zu können. Bildung, soziale Integration, ausreichendes Einkommen, kulturelle Stabilität und soziale Unterstützung bilden ein ebenso bedeutsames wie förderliches Milieu, um in der Postmoderne zurecht zu kommen.

Der Dekonstruktion moderner Identitäts- und Lebensmuster steht damit ein Versuch gegenüber, solche Muster wieder zu konstruieren. M.E. ist dieser Versuch nur dann erfolgreich, wenn er die veränderte soziale und gesellschaftliche Realität anerkennt, ohne an einem verloren geglaubten, historischen Modell festzuhalten. Postmoderne ohne kommunitaristische Korrektur könnte jedoch ihrerseits eine Gefahr für den sozialen Zusammenhalt bedeuten, da sie letztlich nur kämpferische, egoistische und unsolidarische Individuen produziert.

Die Chancen der postmodernen Vielfalt bzw. die Wahrnehmung der Gestaltungsmöglichkeiten aus dieser Vielzahl von Identitätsangeboten kann nicht nur als Kür, sondern auch als lästige Pflicht angesehen werden. Folge dieser „Verpflichtung“ bzw. eines neuen Selbstzwanges könnten Gefühle von Kontrollverlust und ein wachsendes Gefühl des ständigen Misslingens bzw. innerer Unruhe sein. Die eigene Entscheidung, welchen Weg sie gehen, und damit die Entscheidung gegen einen alternativen Weg, kann Menschen deprimieren, da sich bei ihnen im Bewusstsein der vielen Wahlmöglichkeiten auch ein gewisses Verlustgefühl einstellen könnte. Deshalb ist weiterhin das Kohärenzerleben für das Gelingen der Identitätsentwicklung gerade für vulnerable Gruppen (wie z.B. Heranwachsende, Psychisch Kranke oder Alte) von besonderer Bedeutung.

Schließlich ist auch das postmoderne Identitätsprojekt darauf angewiesen, dass es sich mit anderen Konzepten von Identität und Sein koppelt. Die Frage der Akzeptanz von eigenständig gewählter Identität ist nach wie vor abhängig von ihrer Machtrelevanz bzw. der Einbettung in entsprechende Machtverhältnisse. So kann selbst die eigene Identität, verstanden als narrativer Prozess, daran scheitern, dass sie nicht von den etablierten mächtigen Strukturen anerkannt wird und somit keine Koppelung bzw. Inklusion im Sinne der Systemtheorie erfolgen kann. Die Chancen der Postmoderne sind nur dann für die vormals (in der Moderne) schwachen Bevölkerungsgruppen nutzbar, wenn zeitgleich eine Stärkung der sozialen Sicherung sowie die Errichtung angepasster gemeinwesenorientierter Modelle zur Förderung informeller Solidarität erfolgen würde. Mithin ist gerade das Modell des Empowerment ein Modell, welches zwischen postmodernen Gefahren und Chancen etwa im Hinblick auf Identitätsentwürfe individueller und kollektiver Art

vermitteln könnte. Empowerment zu einer Identitätsfreiheit ohne Identitätszwang, so könnte die zukunftsgerichtete Formel lauten.

5 Gefahren im Subjektsein von psychisch kranken Menschen in der Postmoderne

Psychisch kranke Menschen leiden wie kaum eine andere Gruppe der sozial Benachteiligten unter den Widersprüchlichkeiten des Lebens und damit ihrer eigenen Identität. Man könnte sogar davon sprechen, dass die Gefahr besteht, dass sich die postmodernen Widersprüchlichkeiten in der Gruppe der psychisch kranken Menschen mit dieser sozialen Benachteiligung multiplizieren. Psychische Krankheit wird daher als Ausbruch aus der Elias'schen Definition des Menschen als „homo clausus“ (Elias 1997, 47) verstanden. Zunächst bleibt jedoch die Feststellung von Elias bedeutsam, dass sich die moderne Form des Subjektseins als homo clausus als sozialgeschichtliche Konstruktion erweist, die gerade die soziogenetische Verinnerlichung von sozialen Kontrollen im Subjekt zum Ziel hat.

Psychisch kranke Menschen leiden an dieser Selbstzwang-
apparatur und wählen eine Existenzform, die ihnen einen Ausbruch aus dem institutionellen Korsett der vorgefertigten modernistischen Identität ermöglicht. Psychosen, Neurosen und Süchte sind deshalb sowohl soziologisch als auch psychologisch gut als Ausbruch aus dieser zivilisatorischen Zähmung zu verstehen. Durch das „Ver-rücken“ von Realitäten ermöglicht sich der Wahnsinnige die Schaffung neuer Realitäten, die - und dort beginnt die ordnungspolitische Dimension des Wahnsinns - konträr zu den geordneten und formierten Vorstellungen der Gesellschaft liegen.

Entgegen dem poststrukturalistischen Dekonstruktionismus, der grundsätzlich die Autonomie eines Subjektes abstreitet und damit die Vorstellung einer souveränen Autorenschaft der eigenen Identität, scheint m.E. jedoch gerade darin eine Chance zu liegen, dass solche Ausbrüche nicht als pathologisch sondern als existenzialistische Krise angesehen werden, die es entsprechend als Text zu begreifen gilt. Diesen Text gilt es zu gestalten und zwar - dann wieder konstruktivistisch - als Prozess sozialer Aushandlung zwischen Subjekt (dem im eigentlichen Sinne Wahn-Sinnigen) und dem Objekt (der Familie oder dem professionellen System der Psychiatrie). Dort, wo die Individualität in Wahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung sowie sozialer Konstruktion von Wahn-Sinn um eine postmoderne Variante erweitert werden kann, dort bestehen Chancen zu einem flexibleren, emanzipatorischen und damit humaneren Umgang mit psychischen Devianzen. Im Sinne von Keupp u.a. (1999) kann davon gesprochen werden, dass dann Gefahren entstehen, wenn der Schritt von den eigenen Identitätsentwürfen zu Identitätsprojekten nicht gelingt. Eine Erfahrung, die gerade chronisch psychisch kranke Menschen häufig machen, indem bei ihnen das Gefühl der Handlungsfähigkeit dadurch beeinträchtigt wird, dass Projekte bzw. Alltag ständig scheitern.

6 Chancen der Subjektwerdung von psychisch kranken Menschen in der Postmoderne

Auch wenn in der Folge von Chronifizierungen ein sozialer Rückzug festzustellen ist, so kann er gerade vor dem Hintergrund der eigentlichen Sozialität des Menschen als letzter Versuch interpretiert werden, die eigene personale Struktur aufrecht zu erhalten (zum Sinn der Psychose: Scharfetter 1986). Böker/Brenner (1984) kommen sogar zu der Vermutung, dass sich in der psychotischen Krise Selbstheilungsmechanismen zeigen, die es in

dieser Form zu würdigen gilt. Die bisherige mangelnde Beachtung dieses Aspektes von Krankheit - und hier ist von professioneller Seite wenig geforscht (mit Ausnahme von Bock 1997) sondern sind vielmehr von Seiten der Betroffenen Erklärungen geliefert worden (Zerchin 1999) - führen Böker/Brenner auf die bisher von einer defizitären Sichtweise geprägten Forschung und Therapie zurück:

„Die traditionelle psychopathologische Begrifflichkeit, mit der wir schizophreneres Leben zu beschreiben gelernt haben, suggerierte die Vorstellung, der Schizophrene sei das passive Opfer eines ihn überwältigenden Krankheitsprozesses. (Böker/Brenner 1984, 123)

Nach Ansicht der Autoren ergibt sich für viele Betroffenen als einziger Weg aus einer starken Verunsicherung in ihren lebensweltlichen Erfahrungen nur die Möglichkeit, sich durch einen Rückzug vor weiteren Enttäuschungen und Kränkungen zu bewahren. So haben sie anhand von Kasuistiken darstellen können, dass „deutlich mehr problemlösungsorientierte (aktive) Versuche als nicht-problemlösungsorientierte Reaktionen (passives Vermeiden) mitgeteilt“ wurden (Böker/Brenner 1984, 132).

Für Psychiatrie-Erfahrene stellt diese Erkenntnis schon lange eine neue Form des Umgangs mit ihrer Krankheit dar und hat u.a. zu Ratgebern geführt, die den Umgang mit psychischen Krisen abmildern sollen (vgl. z.B. „Tips und Tricks um Ver-rücktheiten zu steuern“, unveröffentlichtes Manuskript des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener). Diese Betrachtungsweise und Hinwendung auf die Schutzfunktionen psychotischer Wahrnehmungen ist für den Empowermentprozess von zentraler Bedeutung, da durch ihn die Abkehr von einer rein defizit-orientierten Betrachtung der psychischen Krankheit erfolgt. Vielmehr rückt durch diese Form des Verstehens erstens der Respekt vor dem Kranken in den Vordergrund und zweitens wird die Gefahr deutlich, die darin besteht, dem Kranken seine Symptome einfach durch Medikalisierung oder

Therapeutisierung weg zu nehmen. Hinzu kommt, dass dem psychisch kranken Menschen in einer Chancenperspektive die Fähigkeit zukommen könnte, so sie vom professionellen System gefördert und nicht gefährdet wird, sich selbst als Erzähler seiner Geschichte zu verstehen, d.h. einen Rückgewinn der eigenen Biografie zu ermöglichen bzw. die Krankheitsepisoden in die eigene Biografie zu integrieren.

7 Zwischenresümee

An dieser Stelle kann zusammengefasst werden, dass sich das Verständnis von Identität von der Aufklärung bis zum heutigen Tage stark verändert hat und in der weiteren Entwicklung weiter verändern wird. Eine mit dem Abschluss der Adoleszenz erworbene, in ihren Grundstrukturen verfestigte Identität wird heute nicht mehr vermutet, vielmehr tritt an die Stelle des Strukturverständnisses von Identität eine Prozessorientierung. Identitätsentwicklung gilt als nicht länger als abschließbar sondern als fortwährender Prozess, der einer lebenslangen Entwicklung unterliegt. Wenn sich dieses Identitätsverständnis, so die Annahme, in Zeiten postmoderner Gesellschaftsveränderungen weiter durchsetzen wird, so kann hierdurch m.E. ein neues Verständnis von psychischer Krankheit herausbilden. Dies könnte dann nicht mehr länger als von der Norm menschlichen Verhaltens abweichend verstanden werden. Diese zugegebenermaßen kühne Behauptung, die allerdings die subjektiv empfundenen Leidensprozesse an z.B. einer multiplen Persönlichkeit oder einer psychotischen Wahrnehmung nicht ignorieren kann, weist auf eine veränderte Akzeptanz „verrückter“ Lebensentwürfe hin. Ob diese als „Gut“ nur einer bestimmten, vielleicht privilegierten Gesellschaftsschicht oder Randgruppen zur Verfügung stehen wird, muss zunächst dahingestellt bleiben. Allerdings können bereits jetzt die Möglichkeiten, die sich dadurch ergeben, im Sinne einer Humanisierung des

Umgangs mit psychisch kranken Menschen ins Auge gefasst werden. Was dies wiederum für den professionellen Unterstützungsprozess bedeutet, soll im nächsten Kapitel gezeigt werden.

Kapitel IV - Wandel des professionellen Selbstverständnisses: vom modernen zum postmodernen Experten

Ein Experte ist jemand, der einige der schlimmsten Fehler kennt, die in seinem
Metier
gemacht werden können, und weiß, wie er sie vermeidet.

Werner Karl Heisenberg (1901-1976)

In diesem Kapitel soll es nun um die Entwicklung eines neuen, postmodernen Expertenverständnisses gehen. Hierzu werden nicht nur die durch die Postmoderne an das psychosoziale Expertenverständnis herangetragenen Veränderungspotenziale sondern auch die inhärenten Gefahrenmomente erörtert.

1 Auswirkungen postmoderner Identitäts- und Subjektkonstruktionen auf die psychosoziale Arbeit

Wie wirkt jetzt die bereits beschriebene postmoderne Gesellschaftsveränderung, die doch wesentliche Teile des sozialen Gefüges bereits verändert hat (Arbeitswelt, soziale Identitäten, Familienmuster etc.), auf das spezifische soziale System der Psychiatrie, wobei hier Psychiatrie wiederum als ein besonderer Typus der sozialen Interaktion verstanden wird. Wenn wir uns noch einmal die historische Entwicklung der Psychiatrie anschauen, so kann eine Linie festgestellt werden, die von der frühen Integration des Wahnsinns in die Gesellschaft (Zeit bis zum Mittelalter), seiner Verdammung als religiöse Pathologie über die Internierungspraktiken der Frühmoderne und die neuen Reformmodelle der Spätmoderne reicht. In dieser Linie gibt es bewiesenermaßen Brüche, Verwerfungen und Dissonanzen, die ein kohärentes Bild der

Psychiatrieentwicklung unmöglich machen. Trotzdem zeigt sich klar, dass der Typus der gesellschaftliche Reaktion immer eingebunden war in größere gesellschaftlichen Strömungen, mit ihren jeweiligen Chancen und Risiken bzw. jeweils vorherrschenden sozialen Interaktionsmustern sowie herrschenden Bevölkerungsgruppen und Klassen.

Welche Wirkung geht jetzt von der mit der Postmoderne einhergehenden Diversifizierung und Vielfalt aus, die die Lebensmuster bzw. vielmehr ihre Toleranz befördern? Führen plurale und divergierende Möglichkeiten zu mehr Freiheit? Wovon ist die Frage abhängig, ob diese neuen Möglichkeiten produktiv genutzt werden oder eher als weitere Gefahr eines gelingendes Lebens angesehen werden müssen? Welche sozialen Muster sind für die Psychiatrie dabei relevant?

Dem Anspruch der spätmodernen Psychiatrie (Sozial- und auch Antipsychiatrie) zur Befreiung des Subjekts aus den herkömmlichen Internierungs- und Segregierungspraktiken beizutragen, entspricht das von der Postmoderne scheinbar bereitgestellte Maß an Möglichkeiten verschiedener Lebensentwürfe. Ein menschenwürdiges Leben beträfe dabei in der letzten Konsequenz - quasi als Aufhebung der inneren wie der äußeren Kolonialisierung - alle Menschen und nicht nur die „Irren“. Hier könnte die Postmoderne in der Tat fördernd wirken und zwar über Prozesse, die sowohl individuell als auch sozial verarbeitet werden. Der innere Freiheit eines jeden, sich seine personalen Identitätsmuster quasi aussuchen zu können, entspräche dann ein weitverbreitetes, weil durch die verschiedenen Patchworkidentitäten personifiziertes, soziales Muster der Ambiguitätstoleranz. Die mit der Freiheit ebenfalls einsetzende Freisetzung von Gier, die sich insbesondere in den negativen Folgen der wirtschaftlichen Globalisierung zeigen, könnte hier jedoch als

Kontrapunkt angesehen werden. Eine zunehmend individualisierte Gesellschaft wird sich vielleicht nicht mehr durch ein Ordnungsgefühl an psychisch Abweichendem stören, vielleicht jedoch daran, dass diese Muster eine gewisse Fürsorge erfordern. Wer sich dafür noch die Zeit nehmen wird, bleibt dahingestellt, wenn doch ein großer Teil der eigenen Lebenszeit und -energie für den eigenen Identitätsprozess verwandt werden muss, vielleicht sogar für das eigene wirtschaftliche Überleben in einer in den Arbeitsbiografien immer unsicheren Arbeitswelt. Ob der viel diskutierte aber in nur wenigen sozialen Formen gelebte, meist sehr fundamentalistisch daher kommende Kommunitarismus hier ein Gegengewicht setzen kann, bleibt fragwürdig (Etzioni 1994, 1995, 1998; Honneth 1992). Vielleicht wäre hier zu hoffen, dass sich Kommunitarismus und Postmoderne selbst in ein für den menschenwürdigen Umgang untereinander förderliches Gleichgewicht bringen, das sowohl Autonomie als auch Bindung ermöglicht.

Eine Möglichkeit der Fruchtbarmachung dieses Diskurses könnte sich in einer Psychologie der Postmoderne entwickeln, wie sie beispielsweise von Keupp (1994) und Bruder (1993) aufgezeigt wird. Eine derart verstandene Psychologie könnte dann günstigstenfalls die Reformierung der Psychiatrie bzw. des Verständnisses von psychischer Krankheit betreiben, in dem sie zwar einer postmodernen Auflösung des Selbst entgegenwirken und zeigen müsste, dass auch bei Identitätsvielfalt und Identitätsdivergenz eine Kohärenz möglich, sinnvoll und zu unterstützen ist. Allerdings könnte sie auch die nötige Divergenztoleranz vermitteln, die dabei hilft, die Normen psychischer Wahrnehmung im Sinne von Identitätsarbeit zu verändern. Damit ist Psychologie in Zeiten postmoderner Wandlungen aufgefordert, eine Hilfestellung zu einem gelingenden Leben zu bieten.

2 Zum Verhältnis von Selbst- und Fremdhilfe in der Postmoderne

In diesem Abschnitt soll die Entwicklung und Entstehung der Selbsthilfe unter einem sozialhistorischen Blickwinkel erfolgen. Um diesen benennen zu können, soll zunächst ein Rekurs auf die historische Entwicklung der modernen Gesellschaft erfolgen. Mit zunehmender Verprofessionalisierung (zwischen)menschlicher Bedürfnisbefriedigung geht der Siegeszug des mechanistisch-medizinischen Modells einher, der aufbauend auf Descartes' naturwissenschaftlichem Denkmodell der kausalen Zusammenhänge (siehe hier als deutlichstes Beispiel Descartes Schmerzmodell) eine bestimmte Problemsicht sowohl bei den professionellen Helfern als auch bei den Betroffenen fördert. Durch die Annahme eines kausallinearen Ursache-Wirkungs-Zusammenhanges zwischen beispielsweise dem Schmerz und einer körperlichen Ursache oder zwischen psychischen Symptomen und genetischen (neurologischen) Dispositionen entsteht bei den Betroffenen der Wunsch danach, dass Mediziner die Beschwerden durch simple „Ein-griffe“ therapeutischer Art beseitigen können. Sicherlich wurde dieser Prozess durch die Verbreitung chemischer Wirkstoffe beschleunigt („die Pille für jeden Zweck“). In ihren Grundstrukturen ist die Hoffnung auf eine schnelle und einfache Heilung durch den Experten (sei er nun naturwissenschaftlicher Mediziner oder Schamane) historisch gesehen bereits früher entstanden.

Für die Betroffenen besteht der eindeutigste Vorteil in der Delegation des Problems (des körperlichen, später auch des psychischen und dann des sozialen Symptoms) an die Professionellen und der daraus resultierenden Angstreduktion durch die Suggestion von Kontrollierbarkeit. Bis heute wird diese Vorstellung von medizinischer Seite genährt, indem auf den vor

allem technischen Fortschritt verwiesen wird. Als jüngstes Beispiel kann die Entschlüsselung des menschlichen Genoms herangezogen werden. Vor allem in der Medizin wird auf die Vorstellung gesetzt, den total gesunden Menschen, frei von Leid und Krankheit, entwerfen zu können. Der Preis für diese Angstreduzierung durch die Vorstellung einer Kontrollierbarkeit von Krankheit bzw. Gesundheit ist jedoch hoch. In diesem Problem drückt sich der Wunsch des (modernen) Menschen nach einer einfachen Lösung aus, welche logisch-rational verstehbar und scheinbar dadurch handhabbar ist (Psychoanalytische Theorie der Objektbeziehungen). Im Konzept der Salutogenese und dem darin enthaltenen Modell des Kohärenzgefühls spiegelt sich diese Notwendigkeit deutlich wider, werden doch als gesunderhaltende Faktoren folgende Gefühle oder Sinne genannt: Gefühl der Verstehbarkeit, Gefühl der Handhabbarkeit und Gefühl der Bedeutsamkeit (Antonovsky 1997).

Zu erkennen ist hier die Nähe zu sozialhistorischen Feststellungen, die belegen, dass der Wechsel der Hilfeformen von persönlich-gemeinwesenzentrierten zu monetär-abstrakten und institutionellen im Verlauf der Moderne das wechselseitige Abhängigkeitsverhältnis von Experten und Hilfebedürftigen bewirkt. Diese im Zusammenhang mit der funktionellen Differenzierung zu sehende Entwicklung weist darauf hin, dass ein sozialökologisches Verständnis der Erklärung des Feldes zuträglich ist, da in ihm sowohl strukturelle als auch subjektorientierte Faktoren zusammenfließen und ein ökologisches Interdependenzmodell bilden.

Der oben erwähnte Wechsel stellt keinen rational-bewussten Vorgang dar, sondern eine Begleiterscheinung der Veränderungen in industriellen Gesellschaften. Vor allem die Entstehung der klassischen sozialstaatlichen Institutionen (als Einrichtungen der sozialen Hilfe und Kontrolle, z.B. die Arbeits- und Armenhäuser des

19. Jahrhunderts, aber auch heutige Krankenhäuser und sonstige Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen) trug zu diesem Veränderungsprozess bei.

3 Anforderungen an professionelle psychosoziale Arbeit in der Postmoderne

Wenn Empowerment hier in engen Zusammenhang gebracht wird mit einem postmodernen Identitätsverständnis, dann gilt es nun zu diskutieren, worin die Besonderheiten eines solchen Identitätsverständnisses und die Folgerungen hieraus für ein verändertes psychosoziales Professionshandeln bestehen.

Es wurde bereits beschrieben, wie sehr das postmoderne Zeitalter die Lebenswelt der Menschen durch Funktionalisierung, Partikularisierung und Individualisierung verändert hat. Dies kann nicht ohne Auswirkungen auf das Identitätsverständnis der Menschen bleiben, da Identität zentral für das Verhältnis zwischen Umwelt und Mensch ist. Mit einer veränderten Lebens- oder Alltagswelt beginnt - so die These - eine Veränderung der Identitätskonzepte und damit auch der Frage, wie und ob überhaupt eine Identität erworben werden kann. Wird der Lebensalltag als Text verstanden, der konstruktive Abweichungen toleriert, so eröffnet sich für psychisch Kranke, als bisher pathologisierte Abweichler, eine neue Lebenschance. Die in der Moderne praktizierte Normierung menschlichen Verhaltens soll also soweit zurück gehen, wie „un-normale“ Lebensentwürfe sich als Normalkonzepte verbreiten. Postmoderne kann als Konzept verstanden werden, das diese geschlossenen, verbindlichen und vereinheitlichenden Kategorien der Moderne verlässt und das „Außergewöhnliche zum Gewöhnlichen“ (Hellerich 1993, 129) macht. Eventuell ist es für eine ethisch-moralische Betrachtungsweise unabdingbar, von einer positiven und negativen Devianz zu

sprechen, sollte die Dekonstruktion nicht in einem verwirrenden ethischen Konflikt enden (Hellerich, 1993). Es ginge daher eher mit Heidegger um das „Sein-lassen“ des Anderen und damit eher um eine Haltung der Gelassenheit als einer des Eingreifens und Verändern-müssens. Die neue Psychiatrie könnte sich daher auf ein verändertes Identitätsverständnis berufen, welches im Zuge eines weitreichenden Subjektverständnisses eine größere Bandbreite an Möglichkeiten des Verstehens und Handelns in der Psychiatrie ermöglicht. Überhaupt gewinnt die Kategorie des „Verstehens“ gegenüber dem „Erklären“ in diesem Verständnis erheblich an Bedeutung (Simon 2001)

Nochmehr jedoch scheint es beim postmodernen Umgang mit Abweichungen, wie z.B. devianten Handlungen infolge von psychischer Krankheit (z.B. Halluzinationen oder Denkstörungen), darum zu gehen, von Normierungen oder Klassifikationen Abschied zu nehmen. So ist davon auszugehen, dass der Unterschied zwischen Erklären und Verstehen darin besteht, dass bei letzterem die Subjekt-Objekt-Spaltung zwischen einer beobachtenden Person und einem zu Beobachteten insofern teilweise aufgehoben wird, als der Beobachter seine Ähnlichkeit, in diesem Falle Menschlichkeit, mit dem Beobachteten eingesteht und sie als Reflexionsrahmen nutzt. Er stellt sich somit nicht auf eine andere Stufe, indem er etwa annimmt, dass er völlig normal und sein Gegenüber krank sei, sondern er definiert sich selbst als „Potenziell-Kranken“, d.h. als einen Menschen, der nicht grundsätzlich vor psychischen Krisen und etwaigen Manifestationen in Form von Krankheit gefeit ist. Somit ist neben der Veränderung der Identität auf Seiten der Betroffenen die Identität des Professionellen infrage gestellt. Im Sinne Simons (2001) sind damit Symptome nicht länger fremdartig, sondern verstehbare, wenn auch nicht immer erklärbare Zeichen. Dies hat Konsequenzen für die Etikettierung als krank oder nicht-krank.

„Wer in einer Weise Sinn zuweist, die der jeweiligen zeitgenössischen Auffassung von Wirklichkeit zuwiderläuft, wird als „irrsinnig“ oder „wahnsinnig“ bezeichnet. Wer sich in der Interaktion nicht-verstehbar verhält, fällt aus der Kommunikation: Seine Äußerungen sind, da sie auf Beschreibungen, Bewertungen und Erklärungen beruhen, die von anderen nicht geteilt werden, nicht anschlussfähig, das heißt, die Kommunikation bricht ab.“ (Simon 2001, 33)

Es ist somit die zentrale Aufgabe von Empowerment in diesem Verständnis, sich um eine Wiederaufnahme der Kommunikation zu bemühen, um eine neue Form des Verstehens jenseits des Erklären-Könnens zu ermöglichen. Für Keupp u.a. stellt sich deshalb die professionelle Aufgabe,

„die Menschen dazu zu befähigen, sich selbst [Hervorhebung im Original, Anm. D.R.] die ihnen gemäßen Zusammenhänge zu schaffen“ (Keupp u.a. 1999, 293).

Diese Fähigkeit zum Netzwerkhandeln kann sich zu einer in der Postmoderne auf Seiten der Professionellen zentralen Kompetenz entwickeln, da sie den Menschen in Zeiten zunehmender Differenzierung und Orientierungslosigkeit in Bezug auf Werte, Lebensstile und Lebensaufgaben mit einer Art „Coaching“ zur Seite steht. Dies setzt jedoch eine größere Akzeptanz von Differenz von Lebensentwürfen voraus. Klevé bezeichnet sogar

„die Erzeugung, ja die Maximierung von Unterschieden, von Differenzen, um neue Informationen, neue Handlungs- und Denkweisen zu realisieren als zentrale Aufgabe der Sozialarbeit“ (Klevé 2004, 9).

Allerdings kann vermutet werden, und dort ist dieses Verständnis durchaus begrenzt, dass die Gesellschaft nur ein bestimmtes Maß an Differenz verträgt, damit der „soziale Kitt“ erhalten bleibt. Mit Lyotard ist jedoch davon auszugehen, dass für das professionelle Verständnis von psychosozialer Hilfe gilt:

„Es [das postmoderne Wissen, Anm. D.R.] verfeinert unsere Sensibilität für die Unterschiede und verstärkt unsere Fähigkeit, das Inkommensurable zu ertragen. Es selbst findet seinen Grund nicht in

der Übereinstimmung der Experten, sondern in der Paralogie der Erfinder.“ (Lyotard 1999, 16)

Wie stellt sich nun dieser neue Typus des Experten gegenüber der modernen Variante dar? Dieser Frage soll eingehender im nächsten Abschnitt nachgegangen werden.

4 Der alte und der neue Typus des Experten

Empowerment ist nur insoweit möglich, wie sich das Expertenverständnis oder besser gesagt das Selbstverständnis der Experten diesem Ansatz stellt und sich dementsprechend wandelt.

Der alte Typus des Experten, der nach wie vor wirkt, jedoch spätestens seit der Experten- und Versorgungskritik zunehmend infrage gestellt wird, kann mit den Worten Basaglias wie folgt beschrieben werden:

„Ebendiese Techniken [die Sammlung und Ordnung von Wissen im Sinne der Aufklärung, Anm. D.R.] erfordern, um wirksam zu sein, einen hohen Grad der Verdinglichung des Menschen, die ihrerseits alsbald zur Quelle einer eigentümlichen Unterwerfung wird. Die wissenschaftlichen Einsichten zu versammeln und die Techniken zu bündeln, dient nicht zuletzt der Herausbildung einer Kaste von »Eingeweihten«, welche die erworbenen Kenntnisse energisch hüten, um das Privileg und die Macht nicht zu verlieren, die sie aus ihnen ableiten. So wie sich die Produktionsmittel in den Händen weniger konzentrieren, so konzentriert sich auch das Wissen, das nur (und wohl dosiert) denen zugänglich gemacht wird, die den Fachjargon, den chiffrierten Code, die Symbolik verstehen, das heißt der neuen Herrschaftsklasse, die sich ihre Experten aussucht und aus deren Dienstleistung Nutzen zieht, wobei sich dieser ihrerseits gleichzeitig zur Ordnung und Bezähmung des neuen sozialen Körpers bedient.“ (Basaglia 1985, 21)

Diese marxistische bzw. dem historischen Materialismus verhaftete Analyse verdient noch heute große Beachtung, da sich zwar das Wissen vermehrt und demokratischer verbreitet hat, jedoch nach wie vor Experten hierüber wachen oder die Verbreitung des Wissens nicht zu einer wirklichen Humanisierung der Gesellschaft geführt hat.

Vielmehr ist in einigen Bereichen von einer Profanisierung der Wissensbestände zu sprechen. Herriger weist darauf hin, dass das Machtproblem deshalb besonders deutlich und eklatant wird, weil es sich gerade um eine Deutungsmacht der Experten handelt, die die „ihnen zur Bearbeitung aufgegebenen Lebensschwierigkeiten ihrer Alltäglichkeit [entkleidet]“ (Herriger 1997, 71) und damit Nicht-Normalität inszeniert. Bock/Weigand (1992) bezeichnen diese Entwicklung - bezogen auf die Selbstwahrnehmung von Psychosen - als Enteignung durch die Wissenschaft und damit als einen Versuch, die von den Betroffenen selbst mitgebrachten Deutungs- und Wahrnehmungsmodelle über ihre Krankheit durch scheinbar objektive Kriterien zu entwerten.

Indem also ein Lebensproblem diagnostiziert wird als Defizit, welches mithilfe des Experten wieder beseitigt werden soll, nimmt der Experte eine höchst widersprüchliche Position ein. Einerseits wird er als Problemlösungsexperte angerufen, andererseits sollte er dazu beitragen, dass der Betroffene selbst die Lösung herausfindet und umsetzt. Herriger fasst dieses Problem als konstitutiv auf, indem er schreibt, dass

„diese Konfrontation zwischen expertenseitiger Defizitzuschreibung und klientenseitiger Normalitätsbehauptung [...] ein kritischer Markierungspunkt in der institutionellen Interaktion [ist] - hier artikuliert sich immer wieder der Widerstand und die Gegenwehr der Adressaten, welche nicht bruchlos bereit sind, sich dem, in den Dialogbeiträgen des Professionals impliziten (aber doch ‚beredten‘) defizitorientierten Interpretationssystem unterzuordnen. Und doch: Die Fortführung der helfenden Beziehung ist notwendig an die Anerkennung der Definitionsmacht des Experten gebunden: Will der Klient die institutionelle Interaktion nicht scheitern lassen, so ist er gezwungen, sich in das Gehäuse der Experten-Interpretation zu begeben und seine Lebensschwierigkeiten in der Sprache und in den Deutungsmustern der vom Berater angebotenen Perspektive wahrzunehmen“ (Herriger 1997b, 71).

Die in diesem Sinne stattfindende Wandlung vom paternalistischen Modell zu einem Empowermentmodell beruht auf der Erkenntnis, dass wahre und effektive Hilfe immer als Koproduktion zwischen Experten

und Betroffenen verstanden werden muss (Lenz 2002). Die veraltete Auffassung von Expertentum kann deshalb mit dem Empowermentgedanken nicht kompatibel sein, da sie davon ausgeht, dass die Experten sowohl in der Analyse als auch in der Bewertung mit anschließender Handlung das alleinige Monopol auf Wissen und Strategien besitzen.

„Insbesondere der Aspekt der legitimen Machtausübung rückt verstärkt die Frage nach den normativen Komponenten des Empowerment-Konzeptes in den Vordergrund. Handlungen und damit auch jede Form professioneller Intervention sind nicht ohne grundsätzliche Werte- und Zielentscheidungen möglich. [...] Die Professionellen können sich in diesem Kontext nicht mehr auf die Position des Experten zurückziehen, die im besten Interesse und zum Wohle der KlientInnen - gegebenenfalls auch ohne deren Einsicht und Einwilligung - fachlich begründete Maßnahmen durchsetzen und rechtfertigen, sondern sie müssen sich so weit und umfassend wie möglich auf den oftmals mühsamen Prozess der Auseinandersetzung, der Entscheidungsfindung und Zielfindung einlassen.“ (Lenz 2002, 17)

So setzt Luhmann an die Stelle von Autorität die „Politik der Verständigung“ (1992, 139) und meint damit ein prozess- und nicht dauerhaftes Geschehen, von dem beide Kommunikationspartner profitieren können. Auf die konkrete Frage nach einem Expertenverständnis schreibt er:

„In die Sozialdimension zurückübersetzt heißt dies, dass man bei allen Versuchen, sich zu verständigen, von der Unsicherheit des anderen ausgehen kann. Wenn er sie leugnet, kann man sie ihm nachweisen. Verhandlungen haben dabei den Sinn, die Unsicherheit aller so zu vergrößern, dass man sich nur noch verständigen kann. Dem entspricht der moderne Typus des Experten, das heißt des Fachmanns, dem man Fragen stellen kann, die er nicht beantworten kann, und den man dann allenfalls auf den Modus der Unsicherheit zurückführen kann.“ (Luhmann 1992, 141 f.)

Doch was ist das für ein Experte, der am Ende einer solchen Definition übrig bleibt? Gibt es hier überhaupt noch eine Kontur, einen Sozialtypus zu erkennen, der noch Handeln erlaubt? Allenfalls bleibt hier doch das Nicht-Handeln als Möglichkeit. Luhmann meint diese Lücke dadurch zu schließen, dass er der Gesellschaft, die nun ohne Experten dasteht, die Aufgabe gibt, sich einer „Unsicherheitstoleranz“

zu bedienen, d.h. der Akzeptanz von Unsicherheiten und Nicht-Wissen. Recht hat Luhmann allerdings darin, dass

„man die Kommunikation eines Spezialisten oder eines zuständigen Stelleninhabers als sorgfältig geprüft unterstellt, weil man anderenfalls die Prüfung selbst durchführen müsste. Man greift nicht auf dessen Informationsquellen oder seine Schlussfolgerungen zurück, sondern geht von seiner Kommunikation als Tatsache, als gegebener Informationsverdichtung aus. Entsprechend kommt es zur Koppelung von Verantwortung (=Unsicherheitsabsorption) und Autorität, Autorität begriffen als „capacity for reasoned elaboration“. Man unterstellt in der weiteren Kommunikation, dass eine mit Autorität versehene Kommunikation erläutert und begründet werden könnte; aber man unterlässt die Rückfrage, weil dafür die Zeit fehlt, oder die Kompetenz zur Formulierung einer Frage, oder auch die Courage“ (Luhmann 1992, 175).

Wenn man annimmt, dass Unsicherheitsabsorption also für menschliches Handeln in komplexen Systemen und in der ontologischen Einheit Mensch selbst eine wichtige Funktion darstellt: wie ist diese Bewältigung von Unsicherheit, die ja größtenteils eine existenzielle Angst darstellt, dann anders zu bewirken ohne diesen Typus des Experten? Wodurch ist die patriarchale und dominante, hierarchisch höher stehende Figur des Experten alter Herkunft zu ersetzen? Als Alternative zur Hierarchie bzw. Mono-Autorität steht die Form der Heterarchie, d.h. der Vielherrschaft, zur Verfügung. Dieses Modell lebt nicht von „top-down“-Informationen und Regulationen, sondern von vernetzten Entscheidungen.

Gerade in Situationen, in denen es zentral um die Lösung eines Problems geht, kommt man nicht ohne eine wirkliche Beteiligung des Hilfeempfängers aus. Eine wirkliche Lösung bzw. Bewältigung ist nur dann möglich, wenn es zumindest zu einem „informed consent“, wenn nicht sogar einem „shared decision making“ kommt (Isfort et al. 2002). So benennt Herriger das Prinzip des „sharing power“ als einen Modus zur Einübung partnerschaftlicher Verständigung:

„Das Empowerment-Konzept produziert zum dritten Unsicherheit auch durch seinen Appell an die Experten, die Macht zu teilen [...], d.h. ihre festen Bastionen von Expertenmacht - wo immer möglich - aufzugeben und sich auf einen Beziehungsmodus des partnerschaftlichen und machtgleichen Aushandelns einzulassen.“
(Herriger 1992, 45)

Dabei kommt sui generis den Experten eine entscheidende Rolle zu, da, wie Rappaport schreibt:

„[...] the ability of the organization to reach people who are outside the mental health system can be improved, or hindered, by the attitudes and behaviours of the local mental health professionals.“ (Rappaport 1986, 73)

Empowerment kann also nur dann erfolgen, wenn sich die Experten zurückziehen. So ging bereits 1971 Kickbusch davon aus, dass den Betroffenen nicht nur eine Ausführungsmacht, sondern auch eine Definitionsmacht zuzugestehen sei, damit Selbsthilfeförderung wirklich sinnvoll und human wirken könne (Kickbusch 1971). Empowerment würde also - nach diesem Verständnis von Expertenschaft - bedeuten, dass sich professionelle Helfer als Experten nicht mit ihrem Wissen in den Vordergrund drängen, sondern sich auf eine solche Situation der Unsicherheit einlassen. Im Sinne der Habermas'schen Diskursethik ist deshalb davon auszugehen, dass „Stabilität und Eindeutigkeit [...] in der kommunikativen Alltagspraxis eher die Ausnahme [sind]“. Dies führt dazu, dass „keiner der Beteiligten ein Interpretationsmonopol“ (Habermas 1981, 150) haben kann. Eine solche Feststellung stützt das Vorgehen eines Experten, der sich dem Empowerment verschrieben hat, da es ihm ermöglicht, von seiner Expertenposition nur insofern Gebrauch zu machen, als er zwar Optionen ermöglicht, sich jedoch auf den kommunikativen Diskurs mit seinem Gegenüber einlässt, um diesem die Wahl zu lassen. Dies läuft auf ein professionelles Selbstverständnis des Aushandelns statt Behandelns hinaus. Im Sinne des Sozialen Konstruktivismus ist davon

auszugehen, dass Sinn und Bedeutung erst durch den Dialog entstehen.

„Sinn und Bedeutung ergeben sich aus aufeinander bezogenen Interaktionen zwischen Menschen - aus Diskussionen, Verhandlungen und Übereinstimmungen.“ (Gergen 2002, 67)

Wie Lenz zu Recht bemerkt, sind diesem Verständnis jedoch dadurch Grenzen gesetzt, dass sich

„aufgrund immanenter asymmetrischer Elemente in der professionellen Hilfebeziehung [...] die Kommunikationsprozesse sicherlich nicht immer als Diskurs, als ein Aushandeln und Verhandeln im engeren Sinne bezeichnen [lassen]“ (Lenz 2002, 19).

Wie bereits angeklungen, ist es auch bei bestehender Asymmetrie als ein Minimalziel des Empowerments aufzufassen, eine informierte Zustimmung des Klienten selbst zu bestimmten Handlungen durch den Experten zu erreichen. Nach Reiter-Theil/Eich/Reiter (1991), die spezielle für den beraterischen und therapeutischen Bereich wichtige Aspekte zusammengefasst haben, sind mindestens die folgenden Informationen dem Klienten mitzuteilen:

- Informationen über die fachliche Ausbildung des Beraters inkl. seiner beruflichen Wertvorstellungen und angewandter Methoden
- Informationen über den Ablauf und die Struktur der Beratung
- Informationen über mögliche Effekte der Beratung; über Vertraulichkeit und ihre Grenzen (z.B. bei Selbstverletzung oder im Rahmen von Supervision)
- Informationen über die Ziele der Beratung im Allgemeinen
- Informationen über mögliche Risiken sowie Alternativen zu dieser Beratung sowie letztendlich über das Recht, die Beratung jederzeit abbrechen zu können.

Diese und andere Punkte - so sie in der Beratung bzw. im Hilfeprozess angesprochen werden - tragen zu einer guten Basis für eine solche informierte Zustimmung („informed consent“) bei. Sie können auch dazu dienen, einen Kontrakt über den Hilfeprozess zu schließen, wie er beispielsweise in jüngster Zeit als Grundlage von Behandlungsvereinbarungen angesehen wird (Dietz/Pörksen/ Voelzke 1998).

Zusammenfassend kann man das unterschiedliche Expertenselbstverständnis in der Moderne und Postmoderne wie folgt betrachten:

Themen	Moderne	Postmoderne
Weltsicht	<ul style="list-style-type: none"> • konvergente Weltsicht • sucht nach Einheit 	<ul style="list-style-type: none"> • divergente Weltsicht • sucht nach Differenz
Denken und Handeln	<ul style="list-style-type: none"> • widerspruchsvermeidend • Differenz aufhebend 	<ul style="list-style-type: none"> • widerspruchsfördernd • Differenz als Quelle der Weiterentwicklung
Interaktionsstil	<ul style="list-style-type: none"> • führend • gibt Antworten • paternalistisch 	<ul style="list-style-type: none"> • fördernd • stellt Fragen • partnerschaftlich
Wissen	<ul style="list-style-type: none"> • unbedingtes „Wissen-wollen“ • ständiges Lernen • Absorbierung von Unwissen durch Status 	<ul style="list-style-type: none"> • akzeptiert Nichtwissen • hält Unsicherheit durch Unwissen aus

Abbildung 4: Vergleich des alten und neuen Expertentypus (eigene Darstellung)

Bis hierhin wurde versucht, die Bedeutung eines neuen, postmodernen Expertenverständnisses für die Hilfesuchenden herauszuarbeiten. Gibt es darüber hinaus Vorteile für den neuen Expertentypus? Welche neuen Qualitäten gewinnt neben der Hilfebeziehung die Expertenfigur selbst?

Empowerment hilft nicht nur den Betroffenen sondern auch den Experten, indem durch das Eingeständnis der eigenen „Unvollkommenheit“ und damit auch der beschränkten Heilungs- und Lösungskräfte sowie der monadischen Handlungsmöglichkeiten des Experten selbst einem Burn-out vorgebeugt werden kann. Dies geschieht hauptsächlich dadurch, dass eine Erleichterung entstehen muss durch das Erkennen des Klienten als mächtigen Bündnispartner, der für eine erfolgreiche Hilfe zu gewinnen ist. Das gemeinsame Wirken, die Koproduktion von Hilfe, stellt deshalb gerade für den Experten selbst eine Ressource dar, aus der er für weitere Arbeitsschritte bzw. seinen Arbeitsprozess schöpfen kann. Lenz bezeichnet deshalb

„KlientInnen [als] [...] KundInnen im Sinne von „Kundigen“, also von Personen, die sich auskennen, die Bescheid wissen, die kundig sind über ihre Leben, ihre Probleme wie ihre Lösungen. [...] KlientInnen sind darüber hinaus Co-Produzenten der Dienstleistungen. Das heißt, sollen professionelle Maßnahmen Erfolg haben, dann sind die Beteiligten aufeinander angewiesen. Nur wenn die „KlientIn“ am Geschehen aktiv mitwirkt und die Professionellen ihr Handeln entsprechend darauf abstimmen, kann ein gutes Ergebnis erzielt werden. Letztlich ist die KlientIn die einzige, die wirklich einschätzen kann, welche Interventionsform für sie hilfreich und wirksam ist“ (Lenz 2002, 18).

5 Zum Unterschied von biophiler und nekrophiler psychosozialer Arbeit

Die beiden Begriffe der Biophilie und Nekrophilie wurden zuerst von Hellerich (1989) im Zusammenhang mit der Frage nach Präventionskonzepten verwendet und sollen hier im Hinblick auf die Empowermentfrage diskutiert werden.

Nekrophilie bedeutet die Liebe von bzw. das Streben nach absolut störungs- und krankheitsfreiem und damit gesichertem Leben, ohne

Zwischenfälle, ohne Risiken und ohne Abweichungen. Ihm entspricht das Handlungsmotiv, welches versucht,

„Organisches in Anorganisches umzuwandeln, das Leben so mechanisch aufzufassen, als ob alle lebendigen Menschen nichts anderes seien als Dinge“ (Fromm zitiert nach: Hellerich 1989, 41).

Dieses an einem Maschinenmodell orientierte Leistungsmodell stellt für Hellerich das Leitmotiv bei der Einführung solcher Präventionsmodelle dar, die etwa auf ein Screening abzielen, d.h. jedwede Störung oder Krankheit schon im Keim erkennen wollen, um sie schnell auszumerzen. Durch diese Art der Betrachtung von Gesundheit und Krankheit gehe, so Hellerich, der für das Leben notwendige Anteil des „Abweichenden“, „Unsortierten“, „Unsauberen“ und „Kranken“ verloren, der sich im Subjektiven ebenso niederschlägt und der zum Leben dazugehört. Dieses biophile Muster, d.h. die Anerkennung von Leid und Freude, Gesundheit und Krankheit als zum Leben und damit zu jedem Individuum dazugehörend, hat eine große Bedeutung für die Wirksamkeit eines Empowermentkonzeptes. Nur wenn ich das

„„Risikoreiche bei den Individuen“, „das Spontane, Nicht-Objektivierbare, Nicht-Kontrollierbare, Nicht-Organisierbare, Nicht-Steuerbare, Unberechenbare, Unverfügbare“ beim Individuum anerkenne, kann Empowerment erfolgreich sein. Alle Versuche, das „Subjektiv-Lebendige“ als dysfunktional zu betrachten und damit als Risiko zu konstruieren, zerstören den Empowermentversuch bereits im Ansatz. Empowerment, so könnte man formulieren, ist das „Eigensinnige“, das durch die Abweichung von der Norm Besondere“ (Hellerich 1989, 41).

Damit zusammenhängend muss beachtet werden, dass die Eindämmung lebendiger Autonomie, wie sie in Risikoverhalten und in der Weigerung, bei psychischer Andersartigkeit auf psychiatrische Instrumente zurückzugreifen, zu entdecken ist, zentral mit dem Verlust eines Teils der Wirklichkeit verbunden ist. Dörner (1994) betitelt aus einem ähnlichen Grund einen Aufsatz mit der Überschrift „Wir verstehen die Geschichte nur mit Hilfe der

Behinderten“ und meinte damit, dass nur unter Rückgriff auf die Geschichte von Randgruppen und sozial geschwächten Bevölkerungsgruppen ein vollständiges Verständnis der Geschichte möglich ist.

Diese Aspekte werden durch die Versorgungskritik aufgegriffen, indem von einer „fürsorglichen Belagerung“ oder noch zugespitzter „fürsorglichem Zwang“ gesprochen wird, um den Ordnungs- und Zwangscharakter jeder Hilfe zu bezeichnen. Gerade in der Psychiatrie, d.h. der systematisch organisierten Versorgung und Behandlung psychisch kranker Menschen, wird häufig auf ein solches Maschinen-Modell zurückgegriffen. Dies umso mehr in der biologisch-orientierten, auf medikamentöser Therapie beruhenden, weniger in der sozialpsychiatrischen, auf psychosozialen Hilfen beruhenden Psychiatrie. Hier steht also tendenziell ein nekrophiles einem biophilen Verständnis vom Umgang mit psychischen Eigenarten bzw. Krankheiten gegenüber, wobei Empowermentversuche dem biophilen Verständnis zuzuordnen sind.

6 Vom Wert des Eigen-Sinns

Für die Frage nach einem Empowermentverständnis gewinnt die Frage nach dem Eigen-Sinn von Menschen an Bedeutung, da sowohl ein gewisses Maß an Eigensinn bei psychisch kranken Menschen zu entdecken ist als auch zum Empowermentprozess selbst das Ziel gehört, dass durch ihn Eigensinn gefördert wird bzw. werden sollte. Was bedeutet in diesem Zusammenhang also Eigen-Sinn?

Zunächst kann mit Herriger davon gesprochen werden, dass gerade psychosoziale Helfer täglich Menschen begegnen,

„die in ihren Lebensentwürfen die Korridore einer ‚durchschnittlichen‘ Normalität verlassen haben, die in ihren Wertorientierungen, Deutungs- und Handlungsmustern aus dem Mainstream oder Konventionalität herausgefallen sind“ (Herriger 1997b, 77).

Im Sinne einer akzeptierenden Arbeit und seiner „Philosophie der Menschenstärken“ kommt deshalb für Herriger der „Anerkennung des Eigen-Sinns und der Autonomie der Lebenspraxis der Klienten“ (Herriger 1997b, 77) eine hohe Bedeutung zu.

Balke (1999) weist darauf hin, dass ein „gesunder Eigensinn“ eine als zivilgesellschaftliches Sozialkapital aufzufassen ist, da sich durch ihn der Wille des Einzelnen oder ganzer Gruppen ausdrückt, sich für die eigenen Belange einzusetzen. Für diese Art des Selbstbewusstseins benötigt das Individuum eine gewisse Eigensinnigkeit, die ihm Orientierung gibt und vor allem eine gewisse motivationale Energie. Eigensinn wird in diesem Sinne verstanden als eine Form der „Belebung brachliegender gesellschaftlicher Lebensbereiche“, die zur „Demokratisierung der Gesellschaft“ beitragen. Diese Belebung brachliegender Lebensbereiche gilt ebenso für das quasi nach innen vollzogene Empowerment und somit für die Anwendung des eigenen Sinnes für die eigene Lebensbewältigung.

Damit ist die zweite Variante in der Bedeutung des Begriffes „Eigen-Sinn“ angesprochen: die Fähigkeit nämlich, sich der eigenen Sinne zu bedienen, um sowohl Situationen als auch daraus sich handlungsleitende Ziele zu bewerten. Eigen-Sinn meint damit die Fähigkeit zur „Lebenskunst“, also der Kunst, das eigene Leben zu einem gelingenden Leben zu machen. Eigensinn verhindert somit in zweierlei Hinsicht eine Kolonialisierung der Welt nach innen und nach außen, in dem sowohl die fremdbestimmte Einmischung der äußeren Systeme als auch die eigenen Beschränkungen verhindert werden. Letztlich fördert damit Eigen-Sinn im psychologischen wie im

diskurstheoretischen Sinne Habermas' (1981) ein „Sich-Einmischen-Können“ im Sinne von Partizipation.

Gerade psychisch kranke Menschen verfügen vor, während und nach psychotischen Krisen über eine Vielzahl von Persönlichkeitsaspekten oder Verhaltensweisen, die als eigen-sinnig bezeichnet werden können. Wahnvorstellungen, Abweichungen im sozialen Verhalten sowie veränderte Lebensrhythmen sind Ausdrucksformen dieses Eigen-Sinns, der jedoch von der Gesellschaft mehr unterdrückt als gefördert bzw. toleriert wird. In diesem Sinne sind die von Flick untersuchten Alltagsvorstellungen von „Ver-rückten“ als solche eigen-sinnigen, weil sehr individuellen Entwürfe zu verstehen. Dabei ist die Konstruktion von Lebensentwürfen eine produktive Tätigkeit, d.h. die Eigensinnigkeit von Menschen wird dadurch bestimmt, wie sie ihr Leben beschreiben. Für die Frage nach dem Empowerment bzw. dem eigenen Selbsthilfeverständnis der Betroffenen zeigt sich, dass die Konstruktion des eigenen Lebensentwurfes, z.B. ob ich mich als introvertiert oder extrovertiert entwerfe, entscheidend mein eigenes Selbstbewusstsein im Sinne von „Wer bin ich?“ oder „Wer will ich sein?“, also meine eigene Identität, bestimmt. Estroff et al. (1997) haben fünf verschiedene Selbstbeschreibungsarten von Menschen mit psychischen Erkrankungen gefunden.

Eigen-Sinn ist dann wenig ausgeprägt, wenn er als Abwehr der von der Gesellschaft bestimmten Normen und Etikettierungen gilt, d.h., dass fehlender Eigen-Sinn immer auch bedeutet, Verantwortung abzugeben und sich als krank zu definieren. Dieser Selbst-etikettierung stehen diejenigen Selbstbeschreibungen gegenüber, die normalisierend wirken, d.h. die dazu Anlass geben, die eigenen Einflussmöglichkeiten in den Vordergrund zu rücken. Eigen-Sinn ist in diesem Sinne als Bewältigungsressource zu verstehen, die

vermittelt, ob jemand sich mit Hilfe der Übernahme des Krankheitsetiketts als hilflos oder mit Hilfe von „Normalisierungsvorstellungen“ als zwar belastet, jedoch weiterhin sozial kompetent und zur Krankheitsbewältigung und Lebensgestaltung fähig sieht. Aufgabe von Empowerment sollte es deshalb sein, Eigen-Sinn zu fördern, da ihm eine Ressource steckt für die Möglichkeit, sich selbst einzumischen.

7 Überforderung durch Empowerment?

Um einem evtl. vermuteten Absolutheitsanspruch des Empowerment entgegen zu wirken, soll hier auch die kritische Auseinandersetzung mit dem Konzept nicht unterbleiben. So sieht Herriger (1997b) in der „Nicht-Beachtung von Leidenserfahrung und realer Ohnmacht“ eine Gefahr. Nimmt man zu sehr und unter Ausblendung dieser Gefahr nur die Stärken von Menschen ins Blickfeld, so läuft man Gefahr die Kräfte der Adressaten sozialer Unterstützung zu überschätzen bzw. die Erfahrung von Leid und Ohnmacht gar nicht mehr ins Visier zu nehmen.

In diesem Sinne sind es vor allem Widerstände in der Helfer-Klient-Beziehung, die sehr sorgsam daraufhin zu überprüfen sind, ob Empowermentprozesse ohne weiteres an sie angeknüpft werden können, ob diese Erfahrungen nicht vielmehr zunächst akzeptiert und belassen werden müssen. Nicht zu unterschätzen ist dabei die in dem bisherigen Weg der Betroffenen gewonnene Erfahrung des Sich-Einrichtens in eine Konstellation, die von Handlung und Aktivität auf Seiten des professionellen Systems und von Warten (siehe Bedeutung des Wortes „Patient“) und Passivität (Empfangen von Dienstleistungen oder Behandlung) auf Seiten des Klienten gekennzeichnet ist. Damit verbunden ist eine Verschiebung der Verantwortung vom Betroffenen auf den Professionellen, die nicht zuletzt höchst ambivalent zu bewerten ist.

„Der deutliche Zusammenhang zwischen medizinisch/klinischen Modellen und der Selbstetikettierung als krank lässt auch vermuten, dass die Übernahme der Medikalisierung oder die Entlastung von eigener Verantwortung, die mit einer Krankheit einhergeht, von vielen gerne angenommen wird.“ (Estroff et al. 1997, 154)

Diese in ihrer Komplementarität recht stabile Helfer-Klient-Beziehung kann sich - wenn oft genug wiederholt erfahren - zu einer Art chronifiziertem Erfahrungsmuster ausbilden, das dazu führt, dass z.B. der Betroffene keine eigene Energie mehr einsetzt, da er erwartet, dass die Professionellen alles für ihn machen. Freire hat diesen Zusammenhang für seine Analyse der Marginalisierung insofern erkannt, als er von einem zirkulären Zusammenhang zwischen Unterdrücker und Unterdrücktem ausging (Freire 1975). In diese Erfahrung hinein kann die Ermutigung zu Selbstbestimmung und Autonomie als handlungsleitendes Motiv seitens eines empowermentorientierten Helfers vom Betroffenen durchaus als Zumutung empfunden werden, hatte der Betroffenen doch dasselbe Muster von Aktivität und Passivität erwartet.

Herriger (1997b) schlägt deshalb vor, gerade bei chronifizierten Problemen darauf zu achten, dass Empowerment in entsprechend vorsichtiger und sensibler Form angestrebt wird, und zwar unter Anerkennung und nicht Ablehnung von Leidens- und Hilflosigkeitserfahrungen. Damit ist einer instrumentalisierten Form des Empowerment insofern widersprochen, als es sich dabei eher um ein vorsichtiges Abwägen denn vorschnelles Handeln mit vorgefertigten Mustern handelt. Gerade für die psychiatrische Behandlung und Unterstützung trifft dies in besonderem Maße zu und wurde u.a. in der empirischen Arbeit gesehen. Langjährige Chronifizierungsprozesse, die die Wahrnehmung personaler und sozialer Ressourcen erschweren, lassen sich in diesem Sinne nicht einfach durch Empowerment auflösen. Vielmehr ist in diesem Sinne ein integriertes und relativiertes Vorgehen sinnvoll. Oft sind die entsprechenden Kompetenzen oder Ressourcen durch die langjährige

Erfahrung der Hilflosigkeit verschüttet oder gelähmt, weshalb sie u.a. durch Empowerment wieder aktiviert werden können.

8 Fremdhilfe: von der Schwierigkeit, sich nicht einzumischen

Vieles von dem, was mir in meiner empirischen Erhebung deutliche wurde, zeigt, dass die Chronifizierung einer psychischen Erkrankung häufig zu einem Verlust sozialer Stabilität führt: z.B. dem Verlust der Arbeit, einer Abkehr alter Freunde, Komplikationen im Kontakt zur Familie u.a.m.

Chronisch ist jedoch nicht nur die Krankheit, chronisch wird auch die Beziehung zu den professionellen Helfern (Ärzten, Sozialarbeitern, Psychologen, Krankenpflegekräften usw.) infolge langer bzw. häufiger stationärer Behandlungen oder langandauernden Kontakten zu ambulanten sozialpsychiatrischen Einrichtungen. Vielfach verfügen diese professionellen Helfer über Ressourcen und Mittel, die psychisch Kranke benötigen, um zu (über-)leben. Seien es Neuroleptika oder die vielfach dringend benötigten menschlichen Kontakte, die infolge der Erkrankung bei vielen sehr eingeschränkt sind, oder Beratungsgespräche bzw. sonstige therapeutische Interaktionen. Am wichtigsten scheinen - das bestätigen die Ergebnisse meiner Forschung - relativ unspezifische Wirkfaktoren wie Sicherheit, Zuhören, Gesellschaft und Aufmerksamkeit. Dazu ein Zitat einer Psychiatrie-Betroffenen:

„Menschen ernähren sich von Aufmerksamkeit. [...] Nun ist Aufmerksamkeit eine kostbare Ressource - manche Leute lassen sich ihre Aufmerksamkeit teuer bezahlen. Und offenbar sind weite Bevölkerungsteile mit diesem wichtigen Lebensmittel unterversorgt.“
(Prins 2002, 11)

Zu den Ressourcen zählen auch die Hilfe bei Behördenangelegenheiten, die Auseinandersetzung mit dem

Vermieter oder der eigenen Familie. Vieles von dem wird durch meine Profession in den verschiedensten sozialpsychiatrischen Einrichtungen als Leistung erbracht. Diese vor allem durch das Wort „Beziehungsarbeit“ zu charakterisierende Tätigkeit stellt eine Ressource dar, die ich als professionell Handelnder zur Verfügung stelle. Damit erhalte ich Macht über die Menschen, die diese Ressource benötigen.

Allerdings begegnen einem in der Arbeit mit chronisch psychisch kranken Menschen auch Unlust, Antriebsschwäche, geringe Motivation sowie Gefühle des „Ausgeliefert-Seins“ und der Ohnmacht. Gerade das Gefühl der Hilflosigkeit bzw. der eigenen Ohnmacht, d.h. das fehlende Vertrauen in die eigenen Kräfte, verhindert allerdings die Aktivierung von Selbsthilfe. Es scheint einfacher, auf andere zu hören und sich „be-handeln“, „be-raten“ und „be-gleiten“ zu lassen als selbst zu handeln, selbst zu gehen und selbst zu versuchen. Die in der Psychologie u.a. auch als „Selbstwirksamkeitsüberzeugung“ bezeichnete psychische Struktur scheint bei vielen chronisch psychischen Kranken verschüttet zu sein und muss erst wieder aktiviert werden. Der amerikanisch-israelische Wissenschaftler Antonovsky hat sich dieser Frage gewidmet und herausgefunden, dass die Ausprägung des von ihm so bezeichneten „Kohärenzgefühls“ darüber entscheidet, wie ein Mensch sein Leben, seine Möglichkeit auf das Leben Einfluss zu nehmen und sich selbst zu helfen, einschätzt. Hat er ein hohes Kohärenzgefühl, d.h. kann er die Welt als geordnet und sinnvoll erleben und meint er, über das nötige psychische Handwerkszeug zu verfügen, auch schwierige Lebensereignisse zu meistern, lebt er nachweislich gesünder (Antonovsky 1997).

Wenn ich also davon überzeugt bin, nichts an meiner Situation verändern zu können, wird meine Erkrankung mit großer Wahrscheinlichkeit einen chronischen Verlauf nehmen. Wenn ich

chronisch psychisch krank bin, habe ich immer weniger Lust und Gelegenheit, neue Erfahrungen zu machen, die mir das Vertrauen in mich selbst und meine Fähigkeiten zurück geben. Dieser Teufelskreis ist schwer zu durchbrechen. M.E. liegt darin der Grund, weshalb gerade chronisch psychisch kranke Menschen es so schwer haben, sich selbst zu vertrauen. Verstärkt wird dies durch die gerade in der Schizophrenie - auftretenden akuten Symptome (Halluzinationen, das Gefühl des Gesteuert-Werdens, Verfolgungsängste u.a.), die alle etwas mit Entfremdungserfahrungen zu tun haben. Das Gefühl der Entfremdung setzt sich fort und wird genauso wie alle anderen Erfahrungen chronisch. Erschwerend kommt hinzu, dass viele - vor allem schizophran - Erkrankte gelernt haben, sich von Belastungen frei zu machen und damit vieles an die professionellen Helfer bzw. das Hilfesystem delegieren.

Dieses Problem weist dabei auf eine Schwierigkeit - ein Paradoxon - hin, das einem in der Arbeit mit chronisch psychisch erkrankten Menschen ständig begegnet. Aufgelöst kann dieser Widerspruch nur, indem man das typisch abendländische konvergente Denken verlässt und sich der Möglichkeit eines divergenten Denkens öffnet. Was bedeutet das für ein Selbsthilfeverständnis im Bereich sozialpsychiatrischer Hilfen?

Selbsthilfe geht originär auf die Betroffenen zurück, Empowerment als Förderung der Selbsthilfe durch Professionelle steht dem also eigentlich unvereinbar gegenüber. Die Schwierigkeit liegt also darin, sowohl kontraproduktive, abhängig machende Hilfe zu vermeiden - also Selbstaktivierung zu fördern - als auch Selbsthilfe - wo sie nicht allein entsteht - in Gang zu bringen. Der professionellen Helfer benötigt somit in seinem beruflichen Alltag ein hohes Reflexionsvermögen, um zwischen diesen beiden Aspekten der Selbst- bzw. Fremdhilfe zu unterscheiden und jeweils richtig zu

handeln. D.h. sich einzumischen, wo es notwendig ist - und sich zurückziehen, wo Selbsthilfe funktioniert und durch Fremdhilfe zerstört werden würde.

9 Zwischenresümee: Psychosoziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Systemansprüchen und Subjektorientierung

Der Forderung nach einer subjektorientierten, individuellen Hilfe stehen im Alltagsgeschäft der Versorgung und Unterstützung von Menschen mit psychischen Krankheiten oft gegenläufige Tendenzen entgegen. Eine davon ist sicherlich die mit einer subjektorientierten Herangehensweise einhergehende Notwendigkeit des „Sich-Zeitlassens“ für Entwicklung und Gesundheit. Die „Kunst des Indirekten“ (Schernus 1997) ist insbesondere in einer ökonomisierten Welt, in der selbst die Zeit einen Marktwert hat, von großer Bedeutung für Empowerment. Zeit ist gerade in der praktischen Arbeit vieler Institutionen und Helfer Mangelware, sie ist grundsätzlich als Qualitätsfaktor für erfolgreiches Empowerment anzusehen.

„Unter Zeitdruck entstehen unmittelbare Handlungsaufforderungen, welche nur mit Hilfe von vorgefertigten - im Idealfall wissenschaftlich fundierten - Wahrnehmungs- und Handlungsschemen erfolgen können, die jedoch in der Regel bei dem Therapeuten und bei dem Klienten nicht identisch sind. Je häufiger ein Therapeut gezwungen ist, unter Zeitdruck zu bestimmten Ergebnissen zu kommen, desto mehr standardisierte Wahrnehmungs- und Handlungsschablonen wird er sich zulegen und desto eher wird es geschehen, dass er diese Schablonen dem Patienten aufzwingt. [...] Er kann sich auf die wissenschaftliche Autorität des Behandlers verlassen, also sozusagen die unmündige Patientenrolle einnehmen oder seine eigenen Sichtweisen zum Ausdruck bringen. Für den Aushandlungsprozess zwischen Therapeut und Klient allerdings fehlt unter Zeitdruck eben: die dafür nötige Zeit.“ (Jost 2000, 18)

Die in diesem Sinne geforderte Bereitschaft zu einem „informed consent“ kann also nur dann fruchtbar praktiziert werden, wenn Zeit keine Mangelware, sondern ausreichend vorhanden ist. Aus diesem

Grund können das Schöpfen aus einer Fülle sowie „eine Situation der Großzügigkeit“ (Bobzien/Stark 1991) als wesentliche Grundbedingung für Empowerment gelten.

Zusätzlich besteht eine Gefahr für Empowerment in der durch die Institutionalisierung der Hilfen gegebenen „Schwerkraft der Routine“ (Herriger 1997b, 206), die dafür sorgt, dass die Individualität und Subjektivität von Menschen, ihren Lebensproblemen und etwaigen Lösungsmöglichkeiten überlagert sind von verfestigten Interventions- und Verwaltungsverfahren. Um erfolgreich zu sein setzt Empowerment jedoch in den meisten Fällen eine gewisse Kreativität voraus, die gerade in alternative Denk- und Handlungsmuster mündet.

Neben diesen Einschränkungen kommt dem Hinweis auf die Gefahr eines potenziellen Rückzugs der Sozialpolitik und damit der psychosozialen Hilfen eine große Bedeutung zu. Dort wo der Einsatz für Empowerment oder Selbsthilfe missbraucht wird für eine rigorose Sparpolitik unter der Ägide eines neoliberalistischen Menschenbildes („Jeder ist für sich verantwortlich.“), gerät die Akzeptanz ungewöhnlicher Lebensentwürfe schnell zu einem sozialen „laissez-faire“ oder Dis-engagement, das Segregation und Armut sowie die psychosoziale Hilflosigkeit eher verstärkt als sie zu beseitigen.

Teil D - Empirische Untersuchung zur Frage von Empowerment und Identität bei chronisch psychisch kranken Menschen

Vielleicht sind wir ja schon zu sehr, ja auf der lebenden Seite..

Frau C., Interviewpartnerin

Psychisch Kranke haben keine Ziele mehr.

Frau M., Interviewpartnerin

Welche Empowermentstrategie ist jetzt in der Arbeit mit chronisch psychisch kranken Menschen zu verfolgen? Es konnte bisher gezeigt werden, dass Empowerment sowohl von der Anlage als auch von der Ausgestaltung her eine hohe Diversifizität aufweist. In der folgenden empirischen Beschreibung werden Menschen mit ihren jeweiligen Einstellungen und Erfahrungen zu Selbsthilfe vorgestellt. Im Vordergrund sollen dabei die subjektiven Repräsentationen von Lebenserfahrungen im Bezug auf eigene Selbstgestaltungskräfte stehen.

1 Forschungsfragen und -prozess

Die dem empirischen Teil zugrundeliegenden Forschungsfragen haben sich im Laufe der Beschäftigung mit dem Thema Selbsthilfe/Empowerment immer weiter entwickelt. Es waren zu Beginn der Arbeit Fragen nach der Evaluation des Behandlungssystems durch die Betroffenen bzw. Fragen danach, was Betroffene als hilfreich und was als weniger hilfreich betrachteten. Diese Fragestellungen waren dann der Ausgangspunkt für eine weitere Fokussierung. Der Forschungsprozess orientierte sich insofern an der Grounded Theory,

da Datenerhebung und -analyse in wechselnden Schritten vollzogen wurden. Auch gab es in diesem Sinne keine zu bestätigende oder zu falsifizierende Hypothese, die das empirische Interesse gelenkt hatte.

In der ersten Phase der Befragungen lag das Hauptaugenmerk auf der Frage nach dem Behandlungsverständnis insgesamt bzw. in einer Evaluation des Behandlungssystems durch die Betroffenen. Das Resultat dieser verknüpfenden Analyse sollte in eine Bewertung bestehender gemeindepsychiatrischer Institutionen bzw. der Beschreibung neuer Hilfestellungen münden. Aus dieser Phase folgte dann die Erkenntnis, dass die Fähigkeit, etwas kritisches über das Behandlungssystem zu sagen, entscheidend von der sonstigen Fähigkeit der Person abhängt, sich kritisch gegenüber der eigenen Krankheit und damit gegenüber Behandlungsformen zu positionieren. In vielen Fällen war diese Distanzierung nicht möglich. Dies führte mich dann zu der zweiten Phase der Datenerhebung, die sich zunehmend mit der Frage nach dem Selbsthilfeverständnis der Betroffenen widmete. Im Verlauf der Interviews dieser Phase standen Fragen im Vordergrund, die darauf abzielten, herauszufinden, wie die Betroffenen Selbsthilfe verstehen, wie sie bewerten und welche Erfahrungen sie bisher damit gesammelt haben. Innerhalb dieses Forschungsvorhabens kam es zur Zusammenarbeit mit einer Diplomandin des Fachbereiches Sozialwesen der Fachhochschule Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelmshaven, die sich in ihrer Abschlussarbeit mit der Frage nach den inneren Repräsentanzen über Empowerment bei professionellen Helfern befasste (Kleinert 2002). Die beiden Arbeiten sind eng wissenschaftlich miteinander verknüpft. Die Erkenntnisse aus dieser Diplomarbeit werden zwar nicht explizit wiedergegeben, jedoch im Entwurf eines integrativen Empowermentmodells (Teil E) berücksichtigt.

2 Methodik

Die empirische Untersuchung basiert auf einer bestimmten erkenntnis- bzw. wissenschaftstheoretischen Grundlage, die sich wesentlich aus dem besonderen Gegenstand dieser Arbeit ergibt. Sie kann aus den beiden bereits in Teil A beschriebenen Theorien der Phänomenologie und des Sozialen Konstruktivismus hergeleitet werden.

Das empirische Feld wurde durch teilnehmende Beobachtung, soziale Befundaufnahme (Bildung, Wohnumgebung, ökonomische Situation etc.) und problemzentrierte semi-strukturelle Interviews erkundet, um subjektive Bedürfnisse und Handlungs- und Deutungsmuster psychisch erkrankter Menschen sowie strukturelle Entwicklungen zu erfassen (Lamnek 1995). Der „Nachvollzug des subjektiv gemeinten Sinns“ (Lamnek 1995, 33) stand dabei im Vordergrund. Dies sollte dadurch ermöglicht werden, daß den betroffenen psychisch erkrankten Menschen die Möglichkeit gegeben wurde, ihre Wünsche, Vorstellungen und Ideen zu äußern. Dabei wurde bewusst auf eine Filterung der Informationen im Hinblick auf die Realisierbarkeit der gewünschten Hilfestellungen verzichtet, um dem Prinzip der Offenheit innerhalb der qualitativen Sozialforschung (auch im Hinblick auf die Authentizität der Aussagen) gerecht zu werden. Dies galt auch für die zweite Phase der Erkundung des Selbsthilfeverständnisses.

Die Interviews wurden in einem von den Betroffenen selbst gewählten Setting durchgeführt. Die Interviews mit den TagesstättenbesucherInnen erfolgten in der Tagesstätte, die mit den Mitgliedern der Selbsthilfegruppe A bis auf eine Ausnahme in der häuslichen Umgebung der TeilnehmerInnen und die Interviews mit den Mitgliedern

der Selbsthilfegruppe B in den Räumen einer psychiatrischen Kontaktstelle.

Auf methodischer Ebene wurde dieser Arbeit die von Glaser/Strauss (1967) entwickelte und von Strauss/Corbin (1990) konkretisierte Grounded Theory zu Grunde gelegt, die diese aus der Erkenntnis heraus entwickelten, dass Theorie und empirische Forschung durch eine zu große Distanz voneinander getrennt sind. Häufig genug dient empirische Forschung nur dazu, vorher aufgestellte Theorien zu verifizieren oder zu falsifizieren. Mit der deduktiven Methode setzen Glaser/Strauss bzw. Corbin/Strauss dem induktiven Modell eine neue Herangehensweise entgegen, welches zunächst beschreibend aufnimmt, was sich aus dem Forschungsgegenstand heraus sehen lässt. In einer sich mit der Datenaufnahme abwechselnden Phase werden die Daten sortiert und hieraus Kategorien generiert. Damit wird der Schwäche der deduktiven Methode begegnet, die lediglich im Überprüfen von Hypothesen besteht. Im Vordergrund der Grounded Theory steht das Erkennen neuer Zusammenhänge und Konzepte. Ziel ist es also Theorien aus der empirischen Forschung selbst zu generieren. Die zunächst gegenstandsbezogenen Theorien können dann auf einer anderen Abstraktionsebene und unter Einbezug mehrerer Gegenstandstheorien zu Theorien von formaler Qualität und weiterer Reichweite erweitert werden. Letztere zeichnen sich somit durch einen höheren Abstraktionsgrad aus. Zusammenfassend sind die Grundsätze der Grounded Theory wie folgt zu beschreiben (Lamnek 1995):

- Gleichzeitigkeit von Datensammlung und -analyse
- zunehmende Verdichtung des empirischen Materials zur späteren Kategorisierung und evtl. Typisierung
- theoretisches sampling

Die semi-strukturellen Interviews wurden auf einem Tonband aufgenommen. Die Interviews wurden bereits beim Anhören des Tonbandmitschnittes einer Analyse und Auswahl in Bezug auf für die Fragestellungen bedeutsamen Abschnitte unterzogen. Es wurden die Tonbandmitschnitte somit bereits im Hinblick auf wichtige Passagen untersucht und nur diese niedergeschrieben. Die Analyse der Interviews erfolgt textanalytisch-kategorisierend, die Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtung und der sonstigen Feldbeobachtungen fließen in die Beantwortung der Fragestellung in unterschiedlicher Form ein.

Da sich im Rahmen der Analyse nach der Grounded-Theory-Methode die Kategorien schon während des theoretischen sampling ergeben, werden sie in der Folge schon zu Zuordnungszwecken benutzt und dann im einzelnen in Abschnitt 3.5 erläutert.

3 Ergebnisse

Im Folgenden sollen nun die Ergebnisse der empirischen Untersuchung wiedergegeben und analysiert werden. Mit einigen Betroffenen wurden zwei Interviews geführt, da sich das Erkenntnisinteresse, wie oben beschrieben, erweitert hatte. Die Interviews wurden dann bei der Transkription zusammengeführt. Die in den Klammern angegebenen Daten geben einen Hinweis auf die interviewte Person (z.B. A) und auf die Zeilennummer (z.B. A;242) bzw. Spanne (A;242-245) der jeweiligen Transkription, wobei die Ziffern den

Zeilennummern der jeweiligen Dokumente entsprechen. Die Sprachsequenzen sind kursiv gedruckt.

Zunächst werden grundsätzliche Merkmale bzw. allgemeine Grundzüge der unterschiedlichen Selbsthilfegruppen beschrieben. Hierdurch soll bereits deutlich werden, worin die qualitativen Unterschiede in der Selbstbeschreibung der Gruppenteilnehmer bestehen. Es werden erste Rückschlüsse auf das Selbsthilfe- bzw. Selbstwirksamkeitsverständnis der Gruppen zu ziehen sein, die überindividuell für die Gruppe zutrafen. Im Anschluss an die einzelnen Gesamtbeschreibungen werden die zugehörigen Interviews in wesentlichen Auszügen dokumentiert und entsprechend den erstellten Kategorien zugeordnet.

3.1 Selbsthilfegruppe A

Zu dieser Gruppe nahm ich schriftlichen Kontakt über das Büro einer Bildungsstätte auf, in der sich die Gruppe regelmäßig trifft. An den Treffen der Gruppe nahm ich insgesamt viermal teil. Es handelt sich dabei um ein schon lange bestehendes Angebot einer nach innen gerichteten Selbsthilfegruppe, die von den Betroffenen geleitet wird. Allerdings versteht sich die leitende Person (Frau E.) eher als Ansprechpartnerin bzw. Kontaktperson. So entstand dann auch der erste Kontakt zu der Gruppe über das Kennenlernen und Vorstellen bei dieser Kontaktperson. Die Gruppe richtet sich ihrem Selbstverständnis nach an Menschen mit seelischen Problemen (Ängsten und Depressionen). In der Ausschreibung liest man hierzu folgenden Text: „Wir werden oftmals auf dem Weg durch unser Leben von Umständen begleitet, die uns kränken und somit verletzen und nicht zuletzt zu

einem psychischen und/oder körperlichen Leiden werden. In einer Atmosphäre des Vertrauens soll durch Reden, Zuhören und gegenseitige Unterstützung versucht werden, mit den eigenen Problemen und Belastungen besser umzugehen.“ (Auszug aus dem Programm der Bildungsstätte, Ankündigung der Selbsthilfegruppe)

Aus diesem Text wird bereits der Ansatz der Gruppe deutlich. Es soll um gegenseitigen verbalen Austausch gehen mit dem Ziel der gegenseitigen Stärkung bzw. Unterstützung in schwierigen Lebenssituationen. Die Gruppe setzt sich damit das Ziel, das uno-acto-Prinzip des gegenseitigen Hilfegebens und Hilfennehmens umzusetzen. Hierzu finden die Gruppen jeweils einmal wöchentlich für 2 Stunden in einem Raum der Bildungsstätte unter geschützter und ruhiger Atmosphäre statt.

Bezeichnend war weiterhin, dass die Gruppe zwar über einen Kern von 4-5 TeilnehmerInnen verfügte, ansonsten immer wieder entweder kurz- oder mittelfristig neue Personen hinzustießen. Von der Gruppe selbst wurde dies bedauert, da es einerseits immer wieder bedeutete, sich neu auf jemanden einzustellen und ihn und seine spezielle Lage kennen zu lernen und andererseits, dass die gewachsenen, durch emotionale Nähe geprägten Beziehungen zwischen den alten Teilnehmern gestört wurden. Einen Grund für diese Fluktuation wurde in der fehlenden Moderation bzw. gezielten Ansprache von stillen TeilnehmerInnen gesehen. Auch auf das plötzliche „Verschwinden“ von TeilnehmerInnen - die meisten von ihnen waren relativ kurz in der Gruppe - konnte aufgrund der unklaren Verantwortung für diese Personen nicht entsprechend reagiert werden. Dies wurde einerseits bedauert, andererseits sah sich niemand in der Lage, dies zu ändern. Es wurde vereinzelt die Hoffnung geäußert, dass durch eine

professionelle Moderation hier Verbesserungen möglich wären. Andererseits wurde gerade in der durch Gleichberechtigung geprägten Situation ein Vorteil gesehen. Die Unterstützung, die untereinander gegeben wurde, beschränkte sich zumindest bei der Kerngruppe nicht nur auf das wöchentliche Treffen und die in dieser Zeit stattfindenden Gespräche sondern auch auf gemeinsame soziale, alltägliche Aktivitäten (gegenseitige Besuche, gemeinsame Freizeit etc.). In dieser Gruppe wurden sechs Personen interviewt (2 Männer, 4 Frauen), deren Aussagen nun im Folgenden wiedergegeben und analysiert werden sollen.

3.1.1 Herr A.

Herr A. ist 28 Jahre alt und lebt alleine in einer 3-Zimmer-Wohnung. Er arbeitet als Betriebswirt in einer kleinen Firma, die sich mit EDV-Beratung beschäftigt. Herr A. hat nach eigenen Aussagen wenige Freunde, der Kontakt zu seiner Herkunftsfamilie sei zwar nicht belastet, aber dennoch sehr rar:

„Außer dieser Selbsthilfegruppe hab' ich eigentlich nichts.“ (A;252)

In einer Rehabilitationsklinik habe er kurzfristig Kontakte zu gleichfalls Betroffenen geschlossen, aus denen er gerne nähere Bekanntschaften oder Freundschaften entwickelt hätte. Leider ließ sich dies aufgrund der Entfernung nicht realisieren. Herr A. führt seine Isolation darauf zurück, dass er sich anders als seine früheren Freunde entwickelte und daher der Kontakt abbrach. Neue Kontakte konnte er nicht mehr schließen:

„Ja, das sind einschneidende Erlebnisse gewesen, schon vor 13 Jahren, da hab ich ,n Haufen Freunde verloren. Gut eigentlich, wenn ich deren Entwicklung so betrachte. Aber trotzdem war es damals ein Schock, und,

äh, dann hab' ich den Anschluss einfach nicht mehr geschafft.“ (A;153-156)

Herr A. versteht seine geringe Kontakthäufigkeit als krankhaften Prozess („*Das ist eigentlich eine Art von vielen Krankheiten.*“ (A;442)), den er scheinbar gut bewältigt („*Damit kann ich gut leben.*“ (A;409)), der ihn aber doch dazu bringe, eine Selbsthilfegruppe aufzusuchen. Dieses Problem des verminderten sozialen Anschlusses bzw. sozialer Integration versteht er - bestärkt durch die diagnostische Begriffsfestlegung des medizinisch-therapeutischen Systems - als Krankheit:

„Ja, bei mir heißt das, dass ich unter Kontaktarmut leide, d.h. ich krieg es einfach nicht auf die Reihe, Leute von der Seite anzulabern oder ich bin nicht gut darin, Kontakte aufzubauen.“ (A;138-140)

Obwohl Herr A. sein Problem im Sinne einer krankhaften Veränderung begreift, nutzt er ausdrücklich nicht alle Möglichkeiten des medizinisch-therapeutischen Systems:

„Das ist eigentlich eine Art von vielen Krankheiten. Bloß ich behandel die auch nicht so mit Tabletten. Das brauch ich alles nicht.“ (A;442-443)

Seinen eigenen Einfluss bezeichnet Herr A. als sehr hoch: „*über 100 Prozent*“ (A;317). Er verfügt über eine gewisse Fähigkeit zur Selbstreflexion auf kognitiver Ebene, die jedoch im Sinne einer kognitiv-emotionalen Dissonanz nicht unbedingt zu einem Handeln führt bzw. entsprechend durch emotionale Reflexionen unterstützt wird. So beschreibt er den Erfolg einer Rehabilitation auch lediglich darin, dass dort Kontakte zu anderen Betroffenen entstanden. Das was ihm die dortigen Therapeuten vermittelt haben, sei ihm schon bekannt gewesen:

„Ja, eigentlich nur, dass man das, was man eigentlich schlauerweise vermeidet, Enttäuschung, eben doch zu machen. Dadurch, dass ich

dieser Sache aus dem Weg gehe, wenn es einmal nicht klappt, wird es nie klappen.“ (A;233-235)

„Das ganze theoretische, kognitive, was die Therapeuten da immer sagten, das hab' ich eigentlich selber gewusst.“ (A;272-273).

Der Selbsthilfegruppe steht Herr A. sehr ambivalent gegenüber. Seine an die Gruppe gestellten Erwartungen würden nicht erfüllt:

„Ja, ich dachte, dort würde man irgendwo von den Erfahrungen anderer partizipieren können, ähem, oder, ein paar Tipps bekommen. [...] Eher weniger. Vielleicht pass ich da auch nicht rein.“ (A;403-406)

Trotzdem stelle die Gruppe für ihn einen wichtigen Fixpunkt dar, auf den er nicht verzichten möchte:

„Ja, für mich ist das [die Selbsthilfegruppe, Anm. D.R.] so ,ne Heimat [lacht]. Einmal in der Woche. Obwohl ich selber für mich da weniger rausziehen kann, aber ich geh trotzdem hin. Wissen, was da abläuft.“ (A;286-288)

Bezüglich der drei Hauptkategorien lässt sich bei Herrn A. folgende Zuordnung treffen:

Krankheitsverständnis: Herr A. akzeptiert seine Krankheit, versteht sein Problem als Krankheit

Kohärenz: hoher Einfluss, jedoch fehlende Umsetzungskraft bei genügendem kognitivem Wissen

Selbsthilfeeindrücke: Selbsthilfegruppenpessimismus, gleichzeitig Angewiesenheit auf Selbsthilfegruppen durch Möglichkeit der Entlastung und des „Dabei-Seins.“

3.1.2 Frau B.

Frau B. ist 43 Jahre alt und Dipl.-Sozialpädagogin. Sie hat 2 Kinder und ist verheiratet. Sie lebt mit ihren Kindern und ihrem Mann in einem

Einfamilienhaus. Frau B. gehört zu den „alten Mitgliedern“, die die Selbsthilfegruppe schon seit Jahren besuchen. Sie leide nach eigenen Angaben unter Angstzuständen und Depressionen und sieht ihre Krankheit als chronisch an (B;307). Ihr Krankheitsverständnis ist von einer Einstellung geprägt, die als reflektiert und realistisch in Bezug auf die eigenen Einflussmöglichkeiten zu bezeichnen ist:

„Es ist einfach so gekommen und jetzt muss ich damit leben. Und eigentlich leb' ich da jetzt ganz gut mit. Komm da ganz gut mit zurecht. Das ich mir sage, das ist nun mal eine Krankheit, und ich leb damit und ich muss damit fertig werden.“ (B;315-318)

Sie selbst sehe den Ausbruch ihrer Krankheit ursächlich verbunden mit einem life-event:

„Ja, ich weiß nicht, wie sich die [Krankheit, Anm. D.R.] entwickelt, ich denke, die hat sich so schleichend entwickelt. Und denn ist, äh, äh, ,ne Freundin von mir schwer erkrankt.“ (B;171-172)

Eine Disposition zu dieser Krankheit sei bei ihr ebenfalls vorhanden:

„Also dass das wohl schon immer ,n bisschen in mir schlummerte, aber das das dann zum Ausbruch gekommen ist.“ (B;176-177)

Frau B. hat ihre Krankheit selbst bemerkt und ist daraufhin in eine ambulante Therapie gegangen. Sie sehe sich selbst zwar als chronisch krank an (B;307), habe ihre Krankheit aber im Griff. Sie nennt neben der familiären Unterstützung vor allem die Selbsthilfegruppe als Stütze bei der Bewältigung der Krankheit bzw. beim Vorbeugen vor neuen Krisen:

Interviewer: „[...] Was hilft am meisten?

Frau B.: „Ja, das ist von der Selbsthilfegruppe und von meinem Mann her. Ne, auch mal darüber reden, wenn es mal nicht so gut ist.“ (B;266-268)

Die Gruppe helfe ihr vor allem durch die Möglichkeit zum Reden und damit der Reflektion eigener Handlungen:

„Ja, dass man immer wieder an sich arbeitet und dass man durch die Selbsthilfe Unterstützung kriegt, immer mal wieder überlegen, wie geht's dir, wie war die Woche, wie war der Tag. Das man an sich arbeitet, darauf achten, wie es einem geht. Und immer wieder sagen, und immer wieder hinterfragen.“ (B;300-303)

Zudem bewältige sie ihre Krankheit durch Stressvermeidung :

„Also, da komm ich eigentlich ganz gut mit klar. Also, wenn die Anforderungen kommen, dann geht es mir nicht so gut, aber ich block auch ,ne Menge ab, lass nicht viel an mich ran.“ (B;329-331)

Frau B. bezeichnet ihren Einfluss mit 80 % als relativ hoch (B;380).

Hierdurch kommt zum Ausdruck, dass Frau B. ihre Krankheit als Überforderungskompensation ansieht. Immer dann, wenn viel Stress auftritt, drohe eine erneute Verschlechterung ihrer Situation. Da sie jedoch durch Therapie und ständige Gespräche in der Selbsthilfegruppe viel gelernt habe, könne sie immer besser damit umgehen. Sie selbst sieht ihre Möglichkeiten neben der Stressvermeidung darin, eine generell positive Lebenseinstellung zu entwickeln:

„Tja, was kann ich selbst tun? Ich muss dran arbeiten, ich muss mich immer wieder zusammenreißen und mir sagen, heute ist es gut, und, äh, ja, und immer sagen, und das immer positiv angehen. [...] Ja, eigentlich immer wieder, jeden Tag, immer wieder sagen, das läuft jetzt gut und du machst das heute, ja.“ (B;259-264)

Krankheitsverständnis: Frau B. sieht ihre Krankheit dispositionell, aber ausgelöst durch einen life-event.

Kohärenz: hoher Einfluss vor allem im Bereich der Stressvermeidung bzw. der Arbeit an einer optimistischen Grundhaltung

Selbsthilfeeferfahrungen: Selbsthilfeoptimismus, sieht die Möglichkeit der gegenseitigen Hilfe und der gemeinsamen Reflektions- und Lernmöglichkeit durch den Austausch mit den anderen.

3.1.3 Frau C.

Frau C. ist Anfang 30 und lebt alleine in einer kleinen Wohnung. Sie arbeitet zur Zeit des Interviews in einem Call-center. Durch eine Umschulung erhofft sie sich eine Verbesserung ihrer beruflichen Situation. Frau C. gehört zu den regelmäßigen TeilnehmerInnen der Selbsthilfegruppe und hat zu zwei weiteren Frauen aus der Gruppe auch private Kontakte.

Sie beschreibt den Ausbruch ihrer Krankheit als durch einen life-event, nämlich das Ende einer Beziehung, verursacht:

„Ähem, ja, ich hatte da ,n Partner, und dann war, ich hab' mit ihm zusammen gelebt, und, eben halt, ja der Auslöser war eben, dass das unsere Beziehung zerbrach.“ (C;27-29)

Die stationäre Behandlung, in die sie nach dieser Krise ging, dauerte 11 Monate und wird von ihr beschrieben als

„ganz schwere Zeit, aber [...] letztendlich ,ne gute Zeit“ (C;120-121)

Vor allem die Erkenntnis, dass es andere Betroffene gibt, beschreibt Frau C. als hilfreich:

*„Ich merkte, dass war wie so ein Auffangnetz. [...].(C; 129)
Auch die anderen Patienten. Ich hatte da ja zum ersten Mal überhaupt die Möglichkeit zu sehen, wie ja andere Menschen noch betroffen sind.“
(C;134-135)*

Die Diagnose (Depression) habe sie erst sehr spät erfahren, und zumindest anfangs habe sie sich nicht damit abgefunden (C;173-174). Allerdings sei sie schon der Meinung, dass es sich um ein chronisches Problem handele („dass das nie so ganz weggeht“ (C;200)), wobei sie

allerdings nicht von Krankheit spricht, sondern sich selbst als instabil bzw. unter Stimmungsschwankungen leidend betrachtet. (C;195-202).

Folglich wehrt sie sich gegen die Einnahme von Medikamenten, sieht sie jedoch als notwendiges Übel, da sie ihr bei der Bewältigung des Tagesablaufs helfen:

*„Also, ich würde sie am liebsten überhaupt nicht nehmen.“ (C;204)
„Aber die Medikamente beruhigen mich, ich bin sehr nervös und dann. Ja, das hilft, also das ist aber so, ich seh das eher so als Stütze, also ich merk, dass meine Ängste so ,n bisschen weggehen.“ (C;208-210)*

Sie selbst habe sich durch Bücher über die Krankheit informiert (C;188-190) und versuche, durch gesunde Ernährung, Aktivität (Arbeit) und das Knüpfen von Kontakten einen Einfluss zu nehmen (C;218-223). Der Umgang mit Menschen sei jedoch beschwerlich:

„Das ist schwer mit den Menschen. [...]. Das Schwierigste war so mit den Mitschülern.“ (C;229-233)

Des weiteren versuche sie, kritische Situationen zu vermeiden bzw. entsprechende „Symptome“ bei sich zu bemerken:

„Ja, weil ich heut weiß, was ich tun muss. Früh genug selber da irgendwie rauskommen.“ (C;308-309)

Sie selbst ist der Meinung, dass sie ihr Leben beeinflussen kann:

„Oder eben halt, ja, wo ich weiß, dass mir das nicht gut tut, dass auf jeden Fall aus meinem Leben auszuschließen“ (C;331-332) sodass sie „nicht wieder so, auf'm so, so krank, in die Depression rutsche.“ (C;305-306)

Die Selbsthilfegruppe stehe neben der individuellen Bewältigung für sie „an erster Stelle“ (C;237). Selbsthilfe bedeute für sie vor allem die Erfahrung, dass sie über das Erlebte reden und sich verstanden fühlen

(C;285-286) kann. Sie selbst bezeichnet sich und die anderen, regelmäßigen TeilnehmerInnen der Selbsthilfegruppe als relativ stabil:

„Vielleicht sind wir schon zu sehr, ja auf der lebenden Seite.“ (C;378-379)

Der Besuch der Selbsthilfegruppe gebe ihr jedoch auch noch aus einer anderen Richtung Halt, da sie ihre kontinuierliche Teilnahme als Erfolgserlebnis wertet:

„[...] also ich komme hier her und das ist auch das einzige, was ich in meinem Leben, also ich hab schon viele Sachen versucht auch.“ (C;246-248)

Die Teilnahme an der Gruppe unterstütze sie bei ihrer Lebensbewältigung:

„Ja, und hier nehm ich halt regelmäßig dran teil. Das erste Mal in meinem Leben, das ich so etwas bestand, also Beständigkeit habe, diese Treffen zu nutzen.“ (C;256-258)

Krankheitsverständnis: Frau C. sieht ihre Krankheit als dispositionell gegeben, aber ausgelöst durch einen life-event an.

Kohärenz: Sie geht davon aus, dass sie einen hohen Einfluss vor allem im Bereich der Stressvermeidung bzw. der ständigen Arbeit an dem Kontakthalten zu anderen Menschen besitzt.

Selbsthilfeerfahrungen: Frau C. sieht in der Gruppenteilnahme für sich ein Erfolgserlebnis und eine in ihre lebensweltliche Situation hineinwirkende Unterstützung.

3.1.4 Herr D.

Herr D. ist 26 Jahre alt und lebt in einer Wohngemeinschaft. Er studiert zum Zeitpunkt des Interviews Soziale Arbeit und jobbt in einer Behinderteneinrichtung. Ein Kunststudium an einer privaten Hochschule habe er davor abgebrochen. Er selbst berichtet, von seinen Eltern adoptiert worden zu sein. Ursprünglich stamme er aus einem asiatischen Land. Herr D. ist erst einige Wochen in der Selbsthilfegruppe.

Er beschreibt sich selbst als „*zart besaitetes Kind*“ (D;24). Durch einen Umzug in seiner Kindheit sei es zu großen Schwierigkeiten in der Schule gekommen. In der Folge sei er gewalttätig geworden und habe einmal seine Mutter mit einem Messer angegriffen. Der Wohnortwechsel habe ihm sehr zu schaffen gemacht und habe mit dazu geführt, dass er sich später immer mehr zurückgezogen habe:

„In meine eigene Welt, vorher, glaube ich, war ich doch sehr gesellig, hab draußen an der Welt teilgenommen und dann hab' ich mich auch in meine Gedanken immer mehr zurück gezogen.“ (D;49-52)

Dieser Rückzug sei für ihn jedoch eine Bewältigungsmöglichkeit, um sich selbst zu schützen:

„Und genau das, dieses, dieses, dieses, diesen Schutzwall, den hab ich mir schon sehr früh schon.“ (D;74-75)

Eine weitere Möglichkeit der Selbsthilfe besteht für Herrn D. in der Kunst, die er als Eigentherapie betreibt:

„Ja, mit der Kunst, da hab ich mich versucht, zu therapieren.“ (D;451)

Er sehe in der Krankheit keine Veranlagung, sondern sich selbst eher als „*gesellschaftlich krank gemacht*“ (D;176), was er allerdings gleichzeitig als „*feige Antwort*“ (D;174) bezeichnet. Insgesamt sei er sich unsicher, ob er krank sei, er sei auf jeden Fall nicht chronisch krank (D;178), jedoch ein

„chronisch egozentrischer Mensch, ich bin sehr egozentrisch und egoistisch, ich beobachte, ich versuch mich immer selber zu beobachten, also ich betrachte mich eigentlich dauernd im Spiegelbild.“ (D;187-190)

Zur Selbsthilfegruppe sei er deshalb gekommen, weil er keinen Therapieplatz gefunden habe (D;326-329). In dieser Aussage und darin, dass er insgesamt vom professionellen System enttäuscht sei (D;271-277), kommt die tendenzielle Hoffnungslosigkeit bei Herrn D. zum Vorschein. Vom Leben scheint er sich - ebenso wie vom Sozialpädagogik-Studium - Geborgenheit gewünscht zu haben, die er dort jedoch nicht fand (D;220-222). Selbsthilfe sei für ihn ein wichtiger Ort der Selbst- und Fremderkenntnis:

„Selbsthilfe heißt für mich durchaus, ähem, Eingeständnis, Selbsterkenntnis, Eingestehen des echten Ist-Zustandes. Durchaus: Verdammt, ich hab ein Problem, ich komm vielleicht damit nicht selber klar.“ (D;319-322)

„...die Gruppe, äh, habe ich dafür benutzt, um selber mal zu sehen, nicht um mich an anderer Leiderfahrung hochzuziehen, so nicht, sondern nur mal zu sehen, was haben andere durchgemacht, und sind andere vielleicht bei ähnlicher Leidenserfahrung, sind die jetzt krank. (D;166-170)

Selbsthilfe bedeute für ihn daher zweierlei. Einmal die eigene Möglichkeit, über sich selbst mit Hilfe anderer nachzudenken und auf der anderen Seite die anderen einzuschätzen, inwieweit sie Vorbilder sein könnten. Wie bei Frau B. und Frau F. kommt hier das uno-acto-Prinzip im Ansatz zum Ausdruck:

„Ich glaub, es gibt zwei Sachen. Einmal füreinander da zu sein. Also ich gebe meine Erfahrung anderen Leuten. Als Unterstützung. Und Zweitens für sich selber da zu sein. Ich bin doch nicht alleine. Ich, ich glaube, dieses, dieses Maß des gleichzeitigen Auslebens, ichbezogen, aber trotzdem für andere Leute da sein.“ (D;359-365)

Von Vorteil sei für Herrn D., dass er sich

„[...] durchaus auch sprachlich nicht verstellen muss. Ich muss jetzt hier nicht reden wie ein Akademiker. Das war mir wichtig mal wieder zu finden.“ (D;289-290)

Selbsthilfe definiert er sehr weitläufig als Möglichkeit,

„noch die Fähigkeit zu haben, äh, ähem, seine Welt, sein Umfeld noch so weit einordnen zu können.“ (D;311-313)

Daher sei er auch noch motiviert, etwas zu tun, da er sehe, dass sich ansonsten keine Veränderung ergeben könne. Trotz dieser grundsätzlich gesehenen Vorteile sei er jedoch skeptisch, ob die Selbsthilfegruppe ihm persönlich nützen könne:

„Da, da hab' ich ja meine Zweifel gerade dran.“ (D;383)

Vor allem die Dauer und Regelmäßigkeit der Gruppe sei für ihn schwierig:

„Mittlerweile schneidet sich diese Routine ein. Äh, ich will nicht sagen abgenutzt, aber der Grad der Regelmäßigkeit entlockt mir nicht mehr den Impuls, dass ich weiter kommen will. Wenn es irgend was neues ist, dann denkt man mehr und fühlt man mehr. Was hier vorgefallen ist und versucht, das auf seine eigene Verbesserung zu übertragen. Aber durch diese Regelmäßigkeit, die ich hier erfahre, ist das doch wieder ein bisschen versumpft.“ (D;387-392)

Krankheitsverständnis: Herr D. sieht sich selbst als sensiblen Menschen, der mit einem chronischen Egoismus und Rückzugsverhalten auf diese „Veranlagung“ reagiere. Seine Krankheit habe viel mit kindlichen Erfahrungen zu tun.

Kohärenz: Sein eigener Einfluss ist hoch, er selbst reflektiert viel, nutzt künstlerische Aktivität als Heilmittel und besucht die Gruppe, um sich selbst und andere besser zu verstehen.

Selbsthilfeeindrücke: Selbsthilfegruppen sind für ihn Bewältigungs- und Erkenntnismöglichkeiten, jedoch hegt er Zweifel, ob die Form der Selbsthilfe ihn weiterbringen kann. Jedoch hat er durchaus positive Erfahrungen in der Gruppe gemacht.

3.1.5 Frau E.

Frau E. ist 44 Jahre alt und lebt mit ihrem Mann und zwei Kindern in einem Einfamilienhaus. Sie ist Hausfrau und erwerbstätig. Frau E. ist die Sprecherin der Selbsthilfegruppe. Frau E. sieht ihre Krankheit, die sie akzeptiert, als chronisch an:

*„Ja. Und ich glaube, und ich bin mittlerweile davon überzeugt, dass ich damit leben muss. Und dass das auch nur geht, wenn ich danach lebe.“
(E;183-184)*

Allerdings sehe sie für sich selbst viele Möglichkeiten, auf die Krankheit Einfluss zu nehmen:

„Und mal ist das ja auch so, dass man ja auch was dafür tun muss. Von sich aus.“ (E;298-299)

Sie selbst Sorge dafür, dass sie sich nicht überlaste („dass ich mir vieles auch zu Hause einteile“ (E;186)). Sport und eine gute Ernährung

(E;282-285) sind für sie weitere Elemente zur Gesunderhaltung. Die Auseinandersetzung mit ihren Problemen aber auch Kräften sei eine ständige Auseinandersetzung, die sie als Herausforderung begreift:

*„[...] ich mein noch, ich müsste eigentlich noch mehr lernen, aber es ist auch schöner und besser geworden. Aber vieles ist noch geblieben [...]“
(E;188-190)*

*„Und deswegen möchte ich alles tun, dass nie wieder so schlimm wird.“
(E;280)*

Sie unterscheide sich durch ihren Kampfgeist von anderen, die sich häufig zu sehr auf Medikamente verlassen würden:

„Ich weiß nicht, ich glaube, ich kämpfe mehr.“ (E;246)

Auch habe sie viel über Depressionen gelesen, was ihr geholfen (E;193-199) und sie zusammen mit den Erfahrungen aus Therapie und Selbsthilfegruppe letztlich zu der Erkenntnis gebracht habe, dass

„ich das nach 12 Jahren gelernt habe, dass das einfach sehr viel Energie kostet, wenn ich so grüble.“ (E;525-526)

Selbsthilfe bedeutet für sie, eine Art Vorbild für Neue in der Gruppe zu sein:

*„Ich finde, die neuen, die da hinkommen, denen geht's jetzt irgendwie wie uns damals, als wir da angefangen sind, genauso schlecht, und denen müssen wir, wo es uns ein bisschen besser geht, auch wieder helfen, dass es denen wieder besser geht. Dafür ist die Selbsthilfegruppe ja gedacht, wenn es einem mal besser geht, dass man dann ander'n hilft.“
(E;427-431)*

Außerdem sei der Kontakt zu anderen Menschen und der Zusammenhalt, den die Gruppe biete, wichtig:

„Sonst meint man immer, och, ich bin ja allein auf dieser Welt.“ (E;387)

„Ja, eben dieses, ähem, hhm, dieser Austausch ist wichtig, und vergleichen andere Gruppen oder Therapien und, und, hhm, auch je länger man sich irgendwie kennt und regelmäßig dabei ist, dann lernt man den anderen ja auch besser kennen und von, von, vom Gefühl, vom Zusammenhalt der Gruppe“ (E;434-437)

Krankheitsverständnis: Frau E. führt ihre Krankheit auf eine familiäre Veranlagung zurück, die letztlich durch zuviel Stress zum Ausbruch kam.

Kohärenz: Sie könne sich heute viel besser abgrenzen und ihre Aktivität so gestalten, dass sie nicht überfordert wird. Sie kämpfe immer wieder für ihre Gesundheit und möchte alles tun, damit sie nicht wieder krank wird.

Selbsthilfeeindrücke: Frau E. sieht in der Selbsthilfegruppe aus ihrer momentanen Situation heraus vor allem die Möglichkeit, anderen zu helfen, denen es gerade schlechter geht. Des Weiteren hilft ihr der Kontakt zu Gleichbetroffenen, insbesondere wenn er von Dauer und Regelmäßigkeit geprägt ist.

3.1.6 Frau F.

Frau F. ist 48 Jahre alt und lebt alleine. Sie hat ihren Mann bis zu seinem Tode gepflegt. Sie ist zum Zeitpunkt des Interviews erst kurz in der Selbsthilfegruppe. Frau F. sieht ihre Krankheit durch diesen und zwei darauf folgende Verluste ausgelöst. Sie habe daraufhin ihre Behandlung selbst eingeleitet, da sie das Gefühl hatte, nicht mehr alleine aus der Krise herauskommen zu können (F;25-28). Sie selbst habe Einfluss auf die Krankheit:

„Und nun muss ich sehen, dass ich auch weiter dran arbeite.“ (F;64)

Sie akzeptiere die Krankheit und pflege einen offenen Umgang damit. Ihr Einfluss auf die Krankheit bestehe darin, dass sie alles mache, was ihr gut tue (F;153). Dazu würde neben der Teilnahme an Gymnastik und autogenem Training auch gehören, dass „man [...] viel rausgehen [muss], ne.“ (F;161). Frau F. sieht sich nicht unbedingt als krank:

„Nie was gehabt, auch jetzt nicht, ich bin kerngesund, weiter. Ich möchte nur jetzt, dass ich alles gut überstehe. Dass ich wieder die Alte werde.“ (F;171-172)

Selbsthilfe bedeutet für sie daher vor allem

„das man sich selber, da ist 'n Loch und da muss man selber wieder raus, da muss man raus.“ (F;254-255)

Krankheitsverständnis: Frau F. hat ein rein reaktives Krankheitsverständnis, d.h. sie sieht die Verluste zweier nah stehender Menschen als Ursache für ihre Erkrankung.

Kohärenz: Frau F. ist sehr aktiv, was ihre Krankheitsbewältigung betrifft.

Selbsthilfeeindrücke: Selbsthilfe steht für Frau F. vor allem für Eigeninitiative und Aktivität

3.2 Selbsthilfegruppe B

Im folgenden möchte ich die nach außen gerichtete Selbsthilfegruppe, die sich regelmäßig in einer psychiatrischen Kontaktstelle trifft, beschreiben. Aufgrund der diskontinuierlichen Gruppenzusammensetzung konnten im Untersuchungszeitraum nur 3 InterviewpartnerInnen gefunden werden.

Die Gruppe ist Teil des Gesamtangebotes einer Kontaktstelle für psychisch kranke Menschen, die wiederum Teil eines Trägers für

ambulant betreutes und stationäres Wohnen für seelisch behinderte Menschen ist. Die Kontaktstelle wird professionell betreut, allerdings steht die Selbstorganisation der BesucherInnen im Vordergrund und stellt ein wesentliches konzeptionelles Element dar. Die Gruppe traf sich vierzehntägig und hatte während der Untersuchungszeit gerade damit begonnen in eine Kooperation mit der psychiatrischen Abteilung des ansässigen Krankenhauses über die Frage von Behandlungsvereinbarungen einzutreten. Innerhalb der Gruppe war es vor allem Frau G., die die Gruppe nach außen und innen vertrat, sodass sie sowohl die Sitzungen strukturierte als auch an Sitzungen des kommunalen psychiatrischen Verbundes als Betroffenenvertreterin teilnahm. Sie stellt eine zentrale Figur dar, die für die Kontinuität der Gruppe sorgte und immer wieder andere Betroffene motivierte, an der Gruppe teilzunehmen.

Die Gruppe verstand sich als jederzeit offen und legte ihre Termine direkt im Anschluss an die allgemeinen Öffnungszeiten der Kontaktstelle, sodass eine gewisse Unruhe zu Beginn der Gruppe immer vorhanden war bzw. die Gruppe in ihrem Beginn des öfteren gestört wurde. Ich nahm an den Gruppenterminen im Zeitraum von Januar 2000 bis Januar 2001 regelmäßig teil. Im weiteren sollen die drei InterviewpartnerInnen im einzelnen beschrieben werden.

3.2.1 Frau G.

Frau G. ist 45 Jahre alt, lebt alleine in einer 3-Zimmer-Wohnung. Sie hat einen 10-jährigen Sohn, der beim Vater in einer 300 km-entfernten Stadt lebt. Zu dem Sohn besteht ein gutes Verhältnis, er besucht seine Mutter in unregelmäßigen Abständen (Ferien, Wochenenden). Frau G. ist Diplom-Betriebswirtin, hat jedoch aufgrund von Erziehungszeiten und Krankheit nicht in diesem Beruf gearbeitet. Zum Zeitpunkt des

Interviews versuchte sie gerade eine berufliche Wiedereingliederung und bezog Sozialhilfe.

Frau G. bezeichnet ihre Krankheit bzw. das Anerkennen des Krankseins im Verlauf als „*jahrelanger Lernprozess*“ (G;88-89), wobei sie dies durchaus als positiv bewertet. Das Anerkennen der Krankheit stellt für sie eine wichtige Grundlage zur erfolgreichen Bewältigung des Lebens und der Krankheit dar:

„[...] und das Anerkennen der Krankheit, dann ist man auch, glaub' ich, dazu in der Lage, damit überhaupt klar zu kommen.“ (G;133-134)

Sie habe in langwährenden Gesprächen mit einer Sozialarbeiterin des sozialpsychiatrischen Dienstes immer mehr von ihrer Krankheit verstanden und zwar im Sinne eigener Einflussmöglichkeiten. Dies habe erheblich zur Normalisierung beigetragen:

„Und, dass, äh, es immer wieder in Gesprächen darauf kam, nicht zur Banalisierung der Krankheit, sondern dahingehend, dass mir immer deutlicher wurde, es driftet nicht ab in die Unnormalität, es ist etwas im Grunde genommen zum Normalen dazu gehört.“ (G;140-143)

Dies führt sie auch zu der Aussage, dass sie im gesamten Prozess der Auseinandersetzung mit der Krankheit und den Folgen auf ihr Leben eine wertvolle Entwicklungschance sehe:

„Und soweit auch dazu zu lernen, dass man sagt: „Ich seh' auch das Positive.“ (G;151-152)

Dieses „*Positive*“ bestehe für Frau G. vor allem in einer neuen Einstellung zum Leben, die - ausgelöst durch die häufigen Krankheitsphasen - durch eine größere Gelassenheit gekennzeichnet ist:

„Es gibt kaum einen Morgen, wo ich nicht aufwach' und ganz bewusst erlebe, von Anfang an. Wenn ich dann abends ins Bett gehe, dann sag: „Ich fand den Tag wieder toll.“ (G;159-163)

Krankheit ist daher für sie nicht nur Verlust, sondern auch Zugewinn.

Ihre eigene Einflussmöglichkeit sieht Frau G. denn gerade darin,

„dass zu akzeptieren, ja, ich bin so erkrankt an dieser Sache und vor allen Dingen nicht dieses ewige Zweifeln, warum ist mir das passiert, und immer dieses Driften in die Vergangenheit hinein.“ (G;130-132)

Sie selbst habe Strategien entwickelt, um drohende Krisen abzumildern oder rechtzeitig zu erkennen, was sie dagegen tun könne:

*„[...] das fängt auch damit an, dass ich irgendwann angefangen hab, bestimmte Punkte aufzuschreiben, ne. [...]“ (G;192-193)
„Also, das ist im Grunde genommen ‚ne Selbstkontrolle‘ (G;198)*

Diese Selbstkontrolle wird für sie ergänzt durch ihre Offenheit für Fremdeinschätzungen:

„Und dann, wenn man auch bereit ist, so ‚n Spiegel entgegen zu nehmen von Mitbetroffenen.“ (G;200-201)

Auch in Bezug auf ihre Zukunftsplanung hat Frau G. durch ihre Krankheit neue Wege eingeschlagen, wobei diese nicht durch Resignation gekennzeichnet sondern vielmehr von einem realistischen Optimismus geprägt sind:

„Also, da ist an und für sich kaum etwas an Plänen, und, äh, seit, wenn man diese Sichtweise hat, man fühlt sich da auch besser. Aber nur im Hinblick darauf, dass man wesentliche Sachen für sich auch wirklich für sich entscheidet. Und nicht in irgendeine schwimmende Angelegenheit kommt.“ (G;382-385)

Hier zeigt sich die Bestrebung, Kontrolle über das eigene Leben zu

gewinnen bzw. zu behalten. Selbsthilfe sei daher für Frau G. auch hilfreicher als z.B. Medikamente (G;278), überhaupt sei sie der Meinung, dass es gut sei, wenn sich in der Psychiatrie ruhig

„mehr Ehrenamtliche so melden würden, Leute abzuholen aus dem klinischen Betrieb, mal spazieren zu gehen, ´n´ Kaffee zu trinken, weil bei dem Personal da bleibt die Zeit nicht.“ (G;322-324)

Laienhilfe als Unterstützung für die psychiatrische Betreuung stellt für sie somit eine Ergänzung des professionellen Angebots dar und ist unter anderem für ihr eigenes Engagement im Besuchsdienst eine Motivationsgrundlage. Ihrem Selbsthilfeverständnis folgend stellt daher die „freiheitliche Sache“ der Kontaktstelle auch eine gute Basis für Selbsthilfe dar. Die Kontaktstelle ist

„im Grunde genommen etwas, was auf Selbsthilfe hinaus geht, und auch dazu führt, dass man seine Struktur auch selbst lebt, sich selber aneignet, ohne dass eben jemand sagt, so dann und dann, das und das.“ (G;270-274)

Frau G. bezeichnet demzufolge Ärzte als Nicht-Profis, da sie ihrer Meinung nach durch die fehlende Erfahrung einer psychischen Krise nicht Experten für psychische Krankheiten seien, sondern immer mit dem Betroffenen zusammen arbeiten müssten (G;216). Wenn Betroffene und Ärzte derart zusammen agieren, dass die Ärzte die alleinige Kompetenz und Autorität über Maßnahmen hätten, so ist das nach Ansicht von Frau G. schlecht für die Gesundung der psychisch kranken Menschen und führt zu so etwas wie „Psychiatriehörigkeit“ (G;301) bzw. einem „Phlegma“ (G;306):

„dass einige Ärzte und einige Patienten sich das zu leicht machen, zu sagen, ja ich muss das [Medikamente, Anm. D.R.] mein Leben lang nehmen.“ (G;285-286)

Krankheitsverständnis: Frau G. sieht ihre Krankheit und deren Bewältigung als jahrelangen Lernprozess mit allerdings positivem Zugewinn für ihre Lebenshaltung.

Kohärenz: Sie habe im Laufe der Jahre gelernt, wie hoch ihr Einfluss ist und einige Bewältigungsstrategien entwickelt.

Selbsthilfee Erfahrungen: Frau G. sieht kooperative Selbsthilfeeformen in Gruppen als wichtigen Baustein für die psychiatrische Versorgung, die oft eher hilft als das professionelle System. Selbsthilfe sei „eine Stufe mehr“ als das rein professionelle Hilfsangebot.

3.2.2 Herr H.

Herr H. ist 28 Jahre alt, lebt alleine in einer 2-Zimmer-Wohnung und ist zum Zeitpunkt des Interviews eingeschriebener Student im Bereich Betriebswirtschaft. Herr H. ist regelmäßig in der Gruppe, allerdings erst seit wenigen Wochen dabei.

Herr H. beschreibt sich selbst als „*geräuschempfindlich*“ (H;116) und „*ängstlich*“ (H;121) und lehnt seine Diagnose (paranoide Psychose) nach wie vor ab. Er sei der Meinung, dass er das Krankenhaus nur als Schutzraum aufgesucht habe (H;87-90), da er sich in seiner damaligen Heimatstadt, einer Großstadt, durch die Menschen bedroht gefühlt habe. Er habe - so seine Interpretation - auch die Klinik aufgesucht und vorgetäuscht, Stimmen zu hören, um dort aufgenommen zu werden (H;109-110 und H;126-127). Da er selbst bereits in dieser Stadt als Student eingeschrieben und dort erhebliche Schwierigkeiten gehabt habe, habe er im Nachhinein den Aufenthalt in der Psychiatrie als Hilfe wahrgenommen. Er sei jedoch nicht psychisch krank sondern nur anders und in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Daher läge für

ihn im Kranksein eine Möglichkeit, sich einen Rückzugsraum zu verschaffen. Herr H. sieht

„[...] dass diese häufigen Psychiatrieaufenthalte, auch wenn sie äußerst unangenehm waren [...] letztendlich dazu geführt hat, dass ich, äh, irgendwo materiell versorgt bin“ (H;190-192) „[...] und das ist das Positive“ (H;194).

Er habe durch die Klinikaufenthalte wieder gelernt, sich mit den alltags- oder lebenspraktischen Dingen mehr zu beschäftigen, die er in seinen Krankheitsphasen immer wieder aus den Augen verloren habe (H;265-280).

Seinen eigenen Einfluss bezeichnet Herr H. allerdings als sehr gering, weshalb er sich darauf beschränke, seine Medikamente einzunehmen (H;329-339) und Sport zu treiben (H;342). Allerdings versuche er Belastungen zu vermeiden:

„Also ich weiß, ich kann, wenn ich belastet, wenn ich abhänge, eben Belastungen vermeide und so, kann ich das eher hinkriegen, nicht in ,ne Krise zu kommen.“ (H;357-359)

Diese Bewältigungsstrategie ist für Herrn H. jedoch ambivalent besetzt, da sie seiner Meinung nach auch dazu führe, dass er eigene Entwicklungen nicht weiter verfolgen könne:

„Ja, ja. Weil ich auch, ja, ich würde auch, was ich jetzt machen kann, in ,ne Leistungssituation gehen, und, äh, dass mit dem Abhängen jetzt z.B. auch hier, wenn ich das so lasse, das ist für mich schon wünschenswert. Aber, ich weiß jetzt nicht, wie ich in ,ner Belastungssituation, äh, dass vermeiden kann, dass ich, äh, da wieder krank werde.“ (H;364-368)

Ebenso ist die Gruppe für ihn zwar einerseits ein Ort „*emotionaler Stabilität*“ (H;371), andererseits möchte Herr H. sich aber auch hiervon emanzipieren, indem er auch Leistungselemente in sein Leben einbaut.

Er möchte daher gerne mittelfristig die Gruppe verlassen, hat jedoch auch Angst vor diesem Schritt. (H;467)

Krankheitsverständnis: Herr H. sieht sich selbst nicht als psychisch krank sondern als leistungseingeschränkt. Er selbst habe die Psychiatrie als Ort der Entspannung gewählt.

Kohärenz: Herr H. sieht wenig Möglichkeiten, selbst etwas zu tun, wenngleich er zwar Belastung reduzieren, aber nicht völlig auf Leistungssituationen verzichten möchte.

Selbsthilfeeindrücke: Die Gruppe sei für ihn grundsätzlich positiv, da sie Halt gebe, allerdings wünscht er sich, nicht voll auf diese angewiesen zu sein. Obwohl sie innere Stabilität verleihe, möchte er doch nicht von ihr abhängig werden.

3.2.3 Frau I.

Frau I. ist 32 Jahre alt und lebt alleine in einer 2-Zimmer-Wohnung. Sie ist gelernte Kinderpflegerin, hat allerdings aufgrund der Krankheit nur kurz in diesem Beruf gearbeitet. Jetzt bezieht sie Erwerbsunfähigkeitsrente und arbeitet in einer Werkstatt für seelisch behinderte Menschen.

Frau I. hat sich mit ihrer Krankheit arrangiert und ihr Leben über Jahre an ihre besondere Situation angepasst. Sie habe lange Zeit nicht gewusst, was eigentlich mit ihr los sei, es habe viele verschiedene Diagnosen gegeben, erst seit kurzem habe man ihr gesagt, dass es sich bei ihr um eine manisch-depressive Erkrankung handele. Ausgebrochen sei ihre Krankheit, als sie im Prüfungsstress gewesen sei und dann immer mehr unverordnung Medikamente von ihrer Großmutter

genommen habe. Zu Beginn habe sie sich nicht damit abfinden können, jetzt könne sie immer besser mit der Situation umgehen:

„Ja, ich hab schon Schwierigkeiten damit gehabt, immer in Alarmstellung und, oh Gott, oh, Gott, jetzt könnt' es ja wieder.“ (I;112-113)
„Obwohl ich mich immer wieder dabei ertapp', dass ich, äh, teilweise immer wieder die gleichen Fehler mache. Dass ich z.B. zu viel mache oder mir zu viel aufhalse.“ (I;328-330)

Weiterhin versuche sie zu lernen, mit sich selbst sorgsamer umzugehen und ihre eigenen Grenzen besser zu schützen:

„Dann sehe ich zu, dass ich, äh, teilweise was davon streiche, was ich mir vorgenommen hab. In mein Leben wieder ein bisschen Ruhe einzukehren.“ (I;334-335)

Auch das Aufsuchen ihres Arztes und notfalls die Möglichkeit, sich arbeitsunfähig schreiben zu lassen, sei für sie eine Bewältigungsform (I;350-353). Am meisten helfe ihr jedoch, dass sie ihr soziales Netzwerk derart verbreitert hätte, dass ihr von dort immer wieder Hilfen zugute kämen:

„Ja, der Unterschied ist einfach, dass ich damals nur eine feste Freundin hatte, und jetzt hab ich viele Freunde, [...]. Und gerade diese vielen Freunde, wo ich auch ganz großes Vertrauen zu hab, also, dass bringt mich weiter.“ (I;182-185)

Diese soziale Unterstützung sei sogar oft wertvoller als professionelle Hilfe:

„Und das bringt mich teilweise mehr weiter, als wenn ich da mit einem Therapeuten drüber spreche.“ (I;185-187)

Ihren eigenen Einfluss bezeichnet sie als relativ groß („*Eigentlich doch ,ne ganze Menge.*“ (I;326)). Selbsthilfe bedeute für sie vor allem,

„Ja, mit dieser Gruppe etwas zusammen aufzubauen. Z.B. das mit der Behandlungsvereinbarung. [...]. Ja, also wie gesagt, etwas gemeinsam aufzubauen, etwas Sinnvolles aufzubauen. Und dann mein ich, auch zu merken, dass das Erfolg hat.“ (I;412-416)

Krankheitsverständnis: Frau I. akzeptiert ihre Krankheit und versucht, eigene Wege zu gehen, die die Belastung senken bzw. Krisen vermeiden hilft.

Kohärenz: Sie sieht ihren eigenen Einfluss vorhanden und vor allem darin bestehen, sich selbst vor Überforderung zu schützen.

Selbsthilfeeferfahrungen: Selbsthilfe besteht für sie vor allem, sich ein befriedigendes soziales Netzwerk zu schaffen, dass ihr die entsprechende Unterstützung zu Teil werden lässt. Mit der Gruppe möchte sie vor allem etwas aufbauen.

3.3 Gruppe der Tagesstättenbesucher (non-user)

Die Gruppe der Tagesstättenbesucher kann als non-user von Selbsthilfestrukturen und -gruppen bezeichnet werden. Die Mehrzahl der interviewten Personen (mit Ausnahme von Herrn O.) hat für sich nie eine solche Struktur nutzen können. Diese Gruppe stellt daher im Sinne der kontrastierenden Gegenüberstellung eine hilfreiche Datenquelle dar, da in den folgenden Interviews gezeigt werden kann, inwieweit sich Krankheitsverständnis, Kenntnis und Vertrauen der eigenen Möglichkeiten sowie Selbsthilfeeferfahrungen von den der beiden anderen Gruppen unterscheiden.

Die Tagesstätte wird von den BesucherInnen als erweiterte Kontaktstelle mit festem Tagesprogramm genutzt und gilt als

Eingliederungshilfemaßnahme nach dem Bundessozialhilfegesetz. Es wurden hier insgesamt 6 Interviews geführt, die nun beschrieben werden:

3.3.1 Herr J.

Herr J. ist 34 Jahre alt und lebt zur Zeit des Interviews in einer betreuten Wohngruppe. Ein Auszug in eine eigene Wohnung stand kurz bevor. Herr J. ist gelernter Maler und Lackierer, hat jedoch in seinem Beruf nur kurze Zeit gearbeitet. Seitdem bezieht er Sozialhilfe. Zeitweilige Arbeitsversuche von Herrn J. scheiterten, da er in dieser Zeit immer wieder krank wurde.

Herr J. akzeptiert seine Krankheit nicht (*„Ich akzeptier das immer noch nicht ganz.“* (J;48)), und verleugnet dies auch anderen Nicht-Betroffenen gegenüber, da er sich dafür schäme (J;50-51). Aus diesem Grund sei es für ihn sehr wichtig, so normal wie möglich leben zu können:

„Ich versuch’, normal zu leben. Nicht aufzufallen oder so.“ (J;63).

Herr J. benennt als Bewältigungsmöglichkeiten den Rückzug aus Konfliktsituationen und Problemen und seine veränderte Umgangsweise:

„Meist [...] zieh ich mich zurück.“ (J;283)

„Ich hab’ mich besser, ruhiger, ich reagier’ ruhiger auf bestimmte Situationen.“ (J;178-179)

Sein eigener Einfluss liege darüber hinaus darin, eine positive Lebenseinstellung zu gewinnen:

„Indem ich mir immer wieder sage, ja, der Tag muss, sollte so sein, dass, dass man seine Ziele so verwirklichen kann. [...]. Puuh, ja, einfach normal leben.“ (J;106-109)

Selbsthilfeeindrücke habe er darüber hinaus keine, weswegen er auch den Besuch der Tagesstätte für sich als Selbsthilfe bezeichne. (J;98-102)

Krankheitsverständnis: Herr J. akzeptiert seine Krankheit nicht, versucht aber doch, sich so zu verhalten, dass er sich selbst nicht überfordere. Mit der eigentlichen psychiatrischen Diagnose könne er jedoch nur schlecht leben.

Kohärenz: Sein eigener Einfluss liegt darin, für möglichst viel Normalität zu sorgen und gleichzeitig Überforderungen zu verhindern.

Selbsthilfeeindrücke: Über Erfahrungen mit Selbsthilfe verfügt er nicht und bezeichnet daher den Besuch der Tagesstätte als Selbsthilfe.

3.3.2 Herr K.

Herr K. ist 40 Jahre alt und lebt alleine in einer 2-Zimmer-Wohnung. Er hat mehrere Jahre als Kellner gearbeitet, immer wieder unterbrochen von Krankheitsphasen. Jetzt lebt er von Erwerbsunfähigkeitsrente.

Seine Krankheit erkennt Herr K. an, wenngleich er die offizielle Diagnose ablehnt. Er sieht sich selbst als jemanden, der mit den Anforderungen insb. der Arbeitswelt nicht mithalten kann, wobei er diese Schwierigkeiten projektiv als Unmenschlichkeit der Arbeitgeber bezeichnet. Daher sei es ihm wichtig, trotz Etikett als psychisch Kranker, von anderen Menschen nicht schlecht behandelt zu werden:

„Bin ,n Mensch, der geachtet werden will [...].“ (K;215)

Er selbst Sorge für sich, indem er den Kontakt mit anderen Menschen sehr reduziere:

„Oder ich geh' dem aus dem Weg oder ich geh' andere Wege, [...], nicht durch die Stadt, dass ich gar nicht, ich meide die Menschen.“ (K;156-158)

Hierdurch sei es ihm möglich, sich enttäuschenden Situationen zu entziehen, die ihn krank machen würden. Er ruhe sich viel aus (K;509), sei gleichzeitig viel in Bewegung (K;38-44) und versuche, sich *„nicht in Stresssituationen zu bringen“* (K;55-56). Hierzu müsse man *„auch lernen, alleine zu leben.“* (K;467). Er habe seine *„Krankheit unter Kontrolle“* (K;145) und er lasse sich *„[...] nicht mehr [...] auf dieses Trauma [...] ein“* (K;145-147).

Selbsthilfe bedeutet für Herrn K., den Umgang mit Medikamenten zu lernen, selbst Rollenspiele mit sich zu machen (K;79-80) und die professionellen Angebote zu nutzen:

„Ja, das ich als Psychisch Kranker so weiter komm, das Leben hier in der Stadt, damit so weiter komm. Wenn es mir schlecht geht, oder. Wo ich mich an wenden kann, wo ich darüber reden kann.“ (K;119-121)

Eine eigene Möglichkeit, etwas für sich zu tun, sei vor allem die Musik, sowohl konsumierend als auch selbst produzierend (K;515). Eine Selbsthilfegruppe kenne er zwar und meine auch, er könne sich dafür interessieren, allerdings wolle er,

„erst mal mit dem ganzen Psychokram nichts mehr zu tun haben.“ (K;546)

Aber er sehe auch, dass

„Selbsthilfe [...] nicht schlecht [ist], wenn ich in Not wär [...], dann würd ich da hingehen.“ (K;560-561)

Krankheitsverständnis: Herr K. sieht sich selbst vor allem als von der Welt missverstanden und in der Arbeitswelt kaputt gemacht. Er kann mittlerweile für sich akzeptieren, dass er krank ist, obwohl er die medizinischen Diagnosen nach wie vor ablehnt.

Kohärenz: Sein eigener Einfluss liegt vor allem in der Stressreduktion, dem Schutz vor enttäuschenden Erfahrungen mit anderen Mitmenschen und im richtigen Umgang mit Medikamenten.

Selbsthilfee Erfahrungen: Eigene Erfahrungen mit Selbsthilfegruppen hat er keine, obwohl er vermutet, dass diese hilfreich sein könnten.

3.3.3 Herr L.

Herr L. ist 30 Jahre alt und lebt alleine in einer 2-Zimmer-Wohnung. Er lebt von Sozialhilfe. Mehrere Arbeitsversuche in den letzten Jahren mussten wegen Überforderung abgebrochen werden. Er lebt von Sozialhilfe. Herr L. erkennt seine Krankheit an, wobei er jedoch der Meinung sei, dass er nur in akuten Phasen krank und die restliche Zeit, die in den letzten Jahren die überwiegende war, genauso gesund wie alle anderen Menschen sei:

*„Wenn ich meine Krankheit hab’, in der Phase, dann bin ich krank. [...].
Aber wenn ich dann wieder gesund bin, bin ich gesund.“ (L;234-236)*

Dies trifft für ihn nicht nur auf Krankheitssymptome, wie Erregungszustände, zu, sondern er meint damit auch die Akzeptanz der Diagnose bzw. des Labels „psychisch krank“:

*„Das ist eigentlich nur, wenn ich krank bin, wenn ich wieder gesund bin,
dann bin ich auch nicht psychisch krank und fühl’ mich ganz normal.“
(L;245-246)*

Seine Krankheit beschreibt er als „Blitzpsychose“, d.h. dass die Krankheit sehr schnell auftrete. In diesen akuten Phasen gebe es für Herrn L. meist keinen Leidensdruck:

„Dann, ja, dann mach' ich ja auch gar nichts dagegen, dann ist das auch ganz, dann find ich das ganz gut, wa? Dann bin ich ja auch ziemlich aktiv und so, ja.“ (L;82-84)

Dabei könne er zumindest retrospektiv bzw. reflektiv erkennen, wo dieses gute Befinden in ein negatives wechsele:

„Bloß dann später dann, nicht mehr so, ne. Dann wird das irgendwie zu viel.“ (L;88-89)

Er sei sich nicht sicher und arbeite noch daran, ob er diese Momente erkennen könne, in denen die Glücksgefühle und die positiv empfundene Aktivität in Unruhe umkippten. Allerdings könne er nichts gegen diese Phasen machen, überhaupt sei sein Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf von Krisen sehr gering:

*„Ja, ne, da kann ich nicht so gegen an, ne.“ (L;119)
„Wenn ich, wenn ich dann, das kommt dann einfach über mich, da kann, da kann man irgendwie nicht vorbeugen.“ (L;150-151)
„Das ich da was beeinflussen kann ? Hhm, das ist eigentlich ganz schlecht.“ (L;485)*

Selbsthilfe bestehe für ihn dann, „wenn man das [die Krankheit, Anm. D.R.] schon im Griff hat“ (L;275), d.h. das rechtzeitige Erkennen von Symptomen bzw. kritischen Phasen. Entgegen früherer Zeiten würde er jetzt bei Erkennen von Verschlechterungen zum Arzt gehen und dann Medikamente nehmen (L;510-520). Über Selbsthilfegruppen weiß Herr L. sehr wenig, insbesondere welchen Wert diese Gruppen für ihn haben könnten bzw. was dort überhaupt geschehe (L;532-551).

Krankheitsverständnis: Herr L. akzeptiert seine Diagnose bzw. Krankheit, versteht es so, dass er nur dann krank ist, wenn akute Phasen auftreten. In gesunden Zeiten sei er nicht psychisch krank. Die von ihm sehr wohl geschätzten Hochphasen der Krankheit, mit ihren Glücksgefühlen, scheinen für Herrn L. eine Art Kompensationsfunktion zu besitzen, die seine ansonsten eher stille und schüchterne Art ausgleichen helfen.

Kohärenz: Herr L. sieht wenige Chancen für eine eigene Einflussnahme auf die Krankheit. Die einzige Möglichkeit sehe er darin, die Symptome zu erkennen, die zu Krisen führen könnten und dann zum Arzt zu gehen.

Selbsthilfeeerfahrungen: Herr L. weiß nicht genau, was in Selbsthilfegruppen passiert und wofür diese da sind.

3.3.4 Frau M.

Frau M. ist 44 Jahre alt und lebt zusammen mit ihrem Lebenspartner in einer 3-Zimmer-Wohnung. Frau M. ist gelernte Zahnarzthelferin, hat aber nur kurz in diesem Beruf gearbeitet und lebt von Sozialhilfe.

Frau M. akzeptiert ihre Diagnose nicht, was daraus zu schließen ist, mit welcher Vehemenz sie auf eine meiner Fragen reagierte:

„Interviewer: Ne, ich rede jetzt von dieser Diagnose, nicht davon, dass es Dir schlecht geht oder dass Du krank bist. Einfach nur von der Diagnose, dass irgendjemand gesagt hat, sie sind, ich weiß nicht, wie Deine Diagnose lautet, schizoaffektive Psychose oder so, was.“

Frau M.: Was soll das denn? Ich bin doch nicht schizo-aff..., schizophren. [...]. Das bin ich gar nicht, das können die doch gar nicht, das kann Dr. X. wohl sagen oder so, aber der kennt, der kennt mich ja gar nicht richtig, der redet schon 10 Jahre nicht mehr mit mir.“ (M;276-289)

Frau M. redet hier von ihrem behandelnden Arzt, an den sie die Aussage über ihre Diagnose knüpft. Ausgelöst sieht sie ihre Krankheit

durch ein traumatisches Erlebnis, auf das nicht adäquat vom professionellen System reagiert wurde (M;127-186). Sie selbst sieht die Funktion ihrer Krankheit in einer Art Überlastungskompensation, die sie folgendermaßen erkennen könne:

„Aber wenn ich überlastet bin, sehe ich die Punkte immer noch und wenn es mir schlecht geht sehe ich die Punkte auch.“ (M;92-93)

Diese visuelle Vorstellung gilt für Frau M. als Zeichen der Überlastung in kritischen Phasen.

Frau M. sieht nur geringe eigene Möglichkeiten im Umgang mit der Krankheit und lässt alles auf sich zukommen:

Interviewer: Hhm, hhm ? Tust du auch was dafür, dass deine Seele gepflegt wird ? Oder deine Psyche ? *[lange Sprechpause]*

Frau M.: Ich lass alles auf mich zukommen.

Interviewer: Hhm, hhm ?

Frau M.: Hä, hä. *[lacht]* Ja.

Interviewer: Komische Frage, ne, in dem Zusammenhang, du dachtest eher, man pflegt seinen Körper.

Frau M.: Ja. (M; 649-656)

Etwaige Pläne bzw. Vorhaben sind ihrer Erfahrung nach sehr instabil:

„Man nimmt sich vor, so und so zu sein und dann klappt es wieder nicht, und dann ist man enttäuscht und, und, und jeder Tag bringt wieder, was neues.“ (M;433-435)

Mit dieser unsichereren Zukunftsprognose versieht sie ihr ganzes Leben: *„Da gibt's nicht mehr viel Zukunft [...]“ (M;543)*. In diesem Zusammenhang ist dann auch der aussagekräftigste, weil die Lage von Frau M. am deutlichsten beschreibende, Satz geäußert worden. Auf meine Frage, wie sie sich ihre weitere Zukunft vorstelle, sagte Frau M.: *„Psychisch Kranke haben keine Ziele mehr.“ (M; 559)*

Dies macht Frau M. an sozialen Parametern und Normen fest, denen sie hinterher trauert (z.B. „[...] *Beruf ist futsch.*“ (M;564)).

Frau M. verdeutlicht durch mehrere Aussagen, dass sie sich häufig in Behandlungssituationen entfremdet und fremdbestimmt gefühlt hat:

„Ich bin vollgepumpt worden.“ (M;17)

„Ne, das wurde einfach so, das wurde einfach so bestimmt.“ (M;24)

Allerdings beschreibt Frau M. eine einzige Situation in ihrer Vergangenheit, in der sie sich stark gefühlt hat:

Frau M.: „Ich hab’ da einfach aufgehört, ich hab’ gesagt: „So jetzt geh ich!“ Und da sagte der Arzt, wir können sie nicht hier behalten, sie haben keinen Betreuer, und denn hab’ ich die Koffer gepackt und bin so gegangen.“

Interviewer: „Hhm, hhm. Da hast du dich durchgesetzt.“

Frau M.: „Ja, das erste Mal so richtig.“

Interviewer: „Und war das ‚ne gute Entscheidung?“

Frau M.: „Jo, hhm.“ (M;44-50)

Bezüglich der Frage nach Selbsthilfe ist Frau M. sehr pessimistisch, dass Selbsthilfe überhaupt funktioniert („*Das geht immer daneben.*“ (M;386)), obwohl sie interessanterweise keine deutliche Vorstellung von Selbsthilfe hat, da sie darunter vor allem professionelle Hilfen subsumiert (M;675).

Krankheitsverständnis: Frau M. sieht ihre Krankheit als Überlastungskompensation und lehnt die Diagnose vollständig ab.

Kohärenz: Ihr eigener Einfluss beschränkt sich auf den Versuch, die täglichen Aktivitäten zu bewältigen bzw. den eigenen Körper zu pflegen. Frau M. zeichnet sich durch eine hohe Passivität bzw. eine stark abwartende Haltung dem Leben gegenüber aus. Sie ist bezüglich ihrer eigenen Möglichkeiten stark verunsichert.

Selbsthilfeeferfahrungen: Eigene Selbsthilfeeferfahrungen hat Frau M. nicht, ist jedoch der Selbsthilfemöglichkeit gegenüber sehr skeptisch. Sie benennt vor allem die Nutzung professioneller Angebote als Selbsthilfe.

3.3.5 Herr N.

Herr N. ist 34 Jahre alt und lebt z.Zt. des Interviews in einem Wohnheim für seelisch Behinderte. Er lebt von Sozialhilfe und hat keinen Beruf erlernt. Herr N. war lange Jahre drogenabhängig und ist in dieser Zeit straffällig geworden.

Herr N. sieht seine Krankheit ähnlich wie Frau M. als Überlastungskompensation. Diese Überlastung hänge vor allem mit seiner Umwelt zusammen, die ihn häufig überfordere. Dies nennt er auch als Begründung, warum er krank geworden ist:

„Weil ich in der Realität nicht mehr klar kam.“ (N;47)

Ausgelöst worden sei die Krankheit durch „*Druckzustände*“ (N;52), die auftreten, wenn

„[...] man irgendwie in Extremzuständen in der Welt ist, als Extremzustände, wenn man in die Extremzustände reinkommt, dann, dann, äh, kann man das nicht mehr bewältigen, und dann hakt im Gehirn irgend etwas aus.“ (N;54-56)

Seine Diagnose akzeptiere er allerdings nicht:

„Ich finde, dass ich gar nicht schizophren bin oder irgendwie ‚ne Psychose hab.“ „Jetzt momentan nicht, jetzt hab ich das nicht.“ (N;198-199)

Zur Zeit fühle er sich sogar „ganz gesund“ (N;211), allerdings in seinem Alltag dadurch behindert, „[...] dass ich Ängste krieg“ und damit „[...] nicht umgehen kann“ (N;221-222).

In Bezug auf eigene Möglichkeiten nennt Herr N. neben der Einnahme von Medikamenten (N;149-151) vor allem die Fähigkeit, selbst die Anfänge von kritischen Phasen zu erkennen (N;149-156). In solchen Phasen könne er jedoch meist nichts anderes tun als hauptsächlich Medikamente zu nehmen (N;273-279). Er wolle jedoch mehr versuchen, „[...] nicht mehr so in Extremsituationen zu kommen“ (N;261-262), weil er immer besser „[...] merke, wo meine Grenzen sind“ (N;278). Wenn diese Situationen bzw. die Krankheitsphasen jedoch aufträten, dann könne er wenig machen und könne sich nicht dagegen wehren: „[...] ich bin dem ausgeliefert.“ (N;329).

Über Selbsthilfe ist Herr N. zwar informiert:

„Also, Leute, die haben alle psychische Probleme, oder eben Suchtprobleme oder wie das gerade eben zusammenhängt. Und die sind dann ‚n bisschen zusammen und unterhalten sich über ihre Krankheit. Was sie machen können, wenn sie diese Zustände haben. Was sie dann am besten machen können. (N;347-354) und „[...] reden [...], [...] wie man vorbeugen kann.“ (N;382-383)

Allerdings fühle er sich durch den Besuch der Tagesstätte derart „[...] ausgelastet [...]. Da brauch ich gar nicht noch weiter hin gehen“ (N;358-359).

Krankheitsverständnis: Herr N. versteht seine Krankheit als ausgelöst durch Überlastung. Er akzeptiert seine Diagnose nicht und fühlt sich ganz gesund.

Kohärenz: Herr N. versucht, bevorstehende Krisen, die durch Überforderung ausgelöst werden, rechtzeitig zu erkennen und zu merken, wo seine Grenzen sind. Er vermeidet Stress. Allerdings fühle er sich in Krankheitsphasen hilflos.

Selbsthilfee Erfahrung: Herr N. weiß, was Selbsthilfe ist, meint jedoch diese nicht zu benötigen, da er mit dem Aufsuchen professioneller Hilfen ausreichend versorgt sei.

3.3.6 Herr O.

Herr O. ist 48 Jahre alt und lebt in Partnerschaft mit einer ebenfalls psychisch kranken Frau. Er lebt von Erwerbsunfähigkeitsrente. Herr O. ist zum Zeitpunkt des Interviews noch nicht lange in der Tagesstätte.

Mit dem bereits früh im Interview geäußerten Satz: „[...] *ich war gerne verrückt [...]*“ (O;256) bringt Herr O. die Haltung zu seiner Erkrankung zum Ausdruck, mit der er relativ souverän umgeht, die er allerdings manchmal um-geht. Seine Krankheit sei zum Teil angeboren, zum Teil durch einen psychischen Konflikt ausgelöst. Er habe in vorangegangenen Therapien seine eigene Geschichte insofern aufgearbeitet, dass er diesen letzten Anteil auf einen Konflikt mit seinem „*ziemlich mächtig[en]*“ (O;101) Vater zurückführe. Dieser Konflikt entbrannte an der Frage der Berufswahl. Herr O. konnte sich aus dieser konflikthaften Situation durch die Erkrankung und durch seine damit verbundenen Veränderungen (Auszug aus dem Elternhaus) lösen (O;112-115).

Mit seiner Diagnose habe er „[...] ziemlich [...] gekämpft“ (O;128), obwohl er seine Erkrankung an sich anerkennt und bereits früh selbst erkannte, dass etwas mit ihm los sei:

„Ne, dass ich seelisch krank bin, wusste ich ja.“ (O;130)

Daher habe er seine Krankheit auch nicht immer nur negativ erlebt, sondern die Krankheitsphasen immer auch als „Befreiung“:

„[...] irgendwie auch die beiden Psychosen, die ich hier erlebte, die waren befreiend, und auch diese Freiheit, die ich hier in der Psychiatrie erleben durfte, [...] und einfach meine Verrücktheit ausleben.“ (O;185-188)

Psychoseerfahrung steht für Herrn O. also für eine Art Bewältigung seiner Lebenskonflikte. Für den eigenen Umgang mit der Krankheit habe er gelernt, psychischen Druck selbst zu vermindern bzw. zu umgehen,

„ [...] wenn der Druck von außen zu groß wird, dann geh ich wieder auf die Psychiatrie oder Tagesklinik, was so eben ansteht.“ (O;160-162)

Dieses freiwillige Aufsuchen der Klinik stelle für ihn einen Versuch der Krisen- und damit Krankheitsbewältigung dar. Herr O. ist sich dessen bewusst, dass dies sowohl eine Bewältigungsstrategie als auch ein Teil des Problems ist, indem er nämlich die Psychiatrie so nutzt, wie es für ihn gut ist. Und das heißt zum großen Teil auch, die Klinik als Schutzraum zu nutzen:

„Und irgendwie mit den Jahren hab ich so viel Therapieerfahrung, dass ich meist auch weiss, was ich brauche. Ich denke, die moderne Psychiatrie, wenn man noch ‚n bisschen Willen hat, dann kann man sehr viel selbst bestimmen.“ (O;251-254)

Von anderen Stressoren (wie z.B. Arbeitswelt) hat er sich immer weiter zurückgezogen (O;260-265), was für ihn eine deutliche Entlastung bedeute:

*„Vielleicht auch, weil ich mich mehr schütze vor diesen akuten Phasen.“
(O;264-265)*

Durch diese Bewältigung und durch kontinuierliche Medikamenteneinnahme sei er auch so lange psychisch einigermaßen stabil:

„Und das sagte auch der Therapeut von der Suchtberatung neulich, dass ich das ziemlich gut im Griff habe. So lange ohne akute Schizophrenie zu sein, ne.“ (O;91-93)

Bezüglich der Selbsthilfe erzählt Herr O. von einer jahrelang privat organisierten Gruppe, innerhalb derer sich die Mitglieder selbst viel Unterstützung gegeben hätten. Sie hätten sich regelmäßig getroffen und andere soziale Aktivitäten zusammen unternommen, bis hin zu gegenseitiger Unterstützung im Krankheitsfall:

*„Ja, wir trafen uns zwei mal die Woche, und, äh, dann schnackten wir die Woche so eben durch, was war und was besser konnte. Wir waren ja alle psychiatrieerfahren und das ja 8 Jahre so geklappt. (O;300-302)
Ja, das war für uns alle sehr wichtig, gingen auch schon mal in die Kneipe, unternahmen so Kleinigkeiten. Und wenn einer mal was hatte, mit dem eben einkaufen oder irgendwelche Bagatellsachen.“ (O;321-323)*

Krankheitsverständnis: Herr O. erkennt seine Krankheit an, obwohl er nach wie vor mit der Diagnose Schwierigkeiten hat. Er sieht einen psychischen Konflikt in seiner Familie als Auslöser, sieht aber auch - vermittelt durch die Psychiatrie - Vererbungsursachen. Seine Psychosen habe er immer als Befreiung erlebt, um damit ungelebte Persönlichkeitsanteile ausleben zu können.

Kohärenz: Die eigene Bewältigung besteht für Herrn O. vor allem darin, Stress und konflikthafte Situationen zu vermeiden. Dazu sucht er im Notfall die Psychiatrie auf, um sich stationär aufnehmen zu lassen. Er habe seine Krankheit teilweise unter Kontrolle, bezeichnet seinen Einfluss als von der regelmäßigen Medikamenteneinnahme unterstützt.

Selbsthilfee erfahrung: Herr O. war selbst lange Jahre an einer privaten Gruppe von Psychiatrieerfahrenen beteiligt, die sich regelmäßig traf und sich gegenseitig soziale Unterstützung bot.

3.4 Kohärenzwerte der untersuchten Gruppen

Im folgenden werden die mittels des Fragenbogens zur Lebensorientierung von Antonovsky ermittelten Kohärenzgefühl Daten wiedergegeben. Die in den folgenden Tabellen genutzten Abkürzungen stehen für:

V	= Gefühl der Verstehbarkeit	(Sense of Comprehensibility)
H	= Gefühl der Handhabbarkeit	(Sense of Manageability)
B	= Gefühl der Bedeutung	(Sense of Meaningfulness)
SOC	= Kohärenzgefühl	(Sense of Coherence)

3.4.1 Selbsthilfegruppe A

	V	H	B	SOC
Herr A.	44	31	28	103
Frau B.	43	44	38	125
Frau C.	39	38	34	111
Herr D.	18	20	36	74
Frau E.	35	33	33	112
Frau F.	44	45	36	125
Mittelwert	37,16	35,16	34,16	108,33

Tabelle 2: Kohärenzwerte in der Selbsthilfegruppe A

3.4.2 Selbsthilfegruppe B

	V	H	B	SOC
Frau G.	57	51	47	155
Herr H.	35	44	37	116
Frau I.	38	46	39	113
Mittelwert	43,33	47	41	128

Tabelle 3: Kohärenzwerte in der Selbsthilfegruppe B

3.4.3 Gruppe der Tagesstättenbesucher (non-user)

	V	H	B	SOC
Herr J.	54	47	44	145
Herr K.	55	41	48	144
Herr L.	42	34	28	104
Frau M.	19	17	24	60
Herr N.	37	36	33	106
Herr O.	42	33	40	115
Mittelwert	41,5	34,66	36,16	112,33

Tabelle 4: Kohärenzwerte in der Gruppe der Tagesstättenbesucher (non-user)

3.5 Kategorisierung

Entsprechend den analytischen Teilschritten der Grounded Theory wurden zunächst ganze Absätze der transkribierten Interviews analysiert und im Hinblick auf die Fragestellungen berücksichtigt. Aus diesen Textstellen wurden wiederum Sequenzen isoliert, die schließlich zu Kategorien verdichtet wurden. Die Sequenzen werden in den jeweiligen Abschnitten zu den einzelnen InterviewpartnerInnen wiedergegeben und Kategorien zugeordnet, die sich während der Gesamtanalyse des empirischen Materials ergaben. Als zentrale Kategorien, die Aussagen erlauben über das Selbsthilfeverständnis der Betroffenen, wurden folgende Kategorien gefunden. Es entstanden somit für diese Kategorien folgende dichotome Paare:

Kategorien	Positiver Pol		Negativer Pol
Krankheitsverständnis	Reflektiertes Krankheitsverständnis	versus	Additives/fehlendes Krankheitsverständnis
Selbsthilfehaltung	Selbsthilfevertrauen		Selbsthilfemisstrauen
Kohärenzgefühl	Hoher eigener Einfluss, hohes Kohärenzgefühl		Niedriger eigener Einfluss; niedriges Kohärenzgefühl

Tabelle 5: Kategorisierung der empirischen Daten

3.5.1 Krankheitsverständnis

Hier drückt sich die von der Person zur Krankheit eingenommene Haltung aus, die wiederum ihren Ausdruck in zwei unterschiedlichen Ausprägungen oder Dimensionen findet:

a) reflektiertes Krankheitsverständnis:

Beim „reflektierten Krankheitsverständnis“ gehe ich davon aus, dass die Personen die von der Psychiatrie und Gesellschaft angebotenen Deutungsmuster bezüglich psychischer Krankheit (biologische Veranlagung, Stress, Vulnerabilität, Leistungseinschränkung etc.) durch einen eigenen Verarbeitungsprozess produktiv umgewandelt haben. Mit dieser produktiven Verarbeitung ist die Integration solcher Kategorien in das Selbst gemeint, die jedoch gleichzeitig eine weitgehende Autonomie von diesen Kategorien ermöglicht. Dies kann sich wie im Fall von Frau B. darin ausdrücken, dass zwar die Krankheit und damit eine Leistungseinschränkung anerkannt wird, diese jedoch im Lebensumfeld dazu genutzt wird, um eine Lebensstiländerung dahingehend vorzunehmen, dass Stressoren vermieden werden.

b) additives bzw. fehlendes Krankheitsverständnis:

Beim „additiven oder fehlenden Krankheitsverständnis“ zeichnet sich die Situation dadurch aus, dass die o.g. Deutungsangebote der Psychiatrie/Gesellschaft von den Betroffenen unreflektiert übernommen wurden und keine wirksame, weil hilfreiche Umsetzung in den Lebensalltag erfolgte. Man könnte an dieser Stelle das additive Krankheitsverständnis kritisch mit der von Seiten der Medizin eingeforderte „compliance“ vergleichen. Denn ebenso wie ein additives oder fehlendes Krankheitsverständnis für eine gelingende Bewältigung der Krankheit nicht ausreicht, greift auch die eingeforderte „compliance“ zu kurz, da in diesem Modell von einer einseitigen Mitarbeit des Patienten ausgegangen wird (Knuf 2000a). Wie aber durch die Interviews gezeigt werden konnte, erfolgt zwar in jedem Fall eine Verarbeitung, die dazu führt, dass die Betroffenen eine gewisse Haltung

einnehmen. Jedoch ist bei dem additiven oder fehlenden Krankheitsverständnis keine über das Selbst erfolgte Bezugnahme zu diesen Kategorien erfolgt. Die Verarbeitung und gegebenenfalls Modifizierung für eine gelingende Lebensbewältigung erfolgte im Gegensatz zum reflektierten Krankheitsverständnis nicht.

3.5.2 Selbsthilfefhaltung

Dieser Kategorie waren die beiden Dimensionen „Selbsthilfevertrauen“ und „Selbsthilfemisstrauen“ zugeordnet, die zeigen sollen, in welcher Beziehung jemand zur Frage der subjektiven Bewältigung (individuelle Selbsthilfe) und der kollektiven Selbsthilfemöglichkeiten (Selbsthilfegruppen) steht.

a) Selbsthilfevertrauen:

Beim Vorliegen dieser Kategorie habe ich empirische Befunde gesehen, die darauf hindeuten, dass die Person mit oder ohne Kenntnis von Selbsthilfemöglichkeiten darauf vertraut, dass sowohl individuelle Selbsthilfe im Sinne von Bewältigungsverhalten als auch kollektive Selbsthilfe im Sinne von Selbsthilfegruppen sinnvoll und für die Gesamtbewältigung der Krankheit notwendig sind.

b) Selbsthilfemisstrauen:

Bei dieser Kategorie handelt es sich um die Einstellung der Betroffenen, dass Selbsthilfe schwierig wäre und von keinem großen Nutzen sei, wobei sich hier die Kenntnis von oder Teilnahme an Selbsthilfestrukturen als irrelevant herausstellte. Damit verbunden war

dann die komplementäre Auffassung, dass die Nutzung von professionellen Angeboten die bessere Wahl wäre.

3.5.3 Kohärenzgefühl

Die Frage nach dem Ausmaß des eigenen Einflusses bzw. der subjektiven Bewertung dessen wurde kombiniert mit dem von Antonovsky hierzu offerierten Modell des Kohärenzgefühls. Dieses wurde in eine niedrige und eine hohe Ausprägung differenziert.

a) Niedriges Kohärenzgefühl:

In verschiedenen Untersuchungen wurden für die deutsche Bevölkerung Normwerte ermittelt, die für die Bewertung dieser Untersuchung genutzt werden können (Schumacher/Gunzelmann/Brähler 2000; Broda/Dinger-Broda/Bürger 1997; Sack/Lamprecht 1997). So sind in den genannten Untersuchungen Mittelwerte von 120 bis 130 mit einer Standardabweichung von 30 gefunden worden. Es kann also angenommen werden, dass alle Personen, die einen SOC kleiner als 120 aufweisen von einem geringen Kohärenzgefühl geprägt sind.

b) Hohes Kohärenzgefühl:

Analog weisen alle Personen mit einem SOC größer als 120 ein hohes Kohärenzgefühl auf.

3.6 Typisierung

Diese Gegensatzpaare werden nun in einer Matrix zusammengefasst, in die die Befragungsteilnehmer eingeordnet wurden. Es ergeben sich 8 verschiedene Muster:

Reflektiertes Krankheitsverständnis	Selbsthilfe- vertrauen	Hohes Kohärenzgefühl	Frau B.; Frau C.; Frau E.; Frau F.; Frau G.; Herr O.; Frau I.	Die erfahrenen Kämpfer
Reflektiertes Krankheitsverständnis	Selbsthilfe- vertrauen	Geringes Kohärenzgefühl		
Reflektiertes Krankheitsverständnis	Selbsthilfe- misstrauen	Geringes Kohärenzgefühl	Herr A.; Herr D.; Herr H.; Herr L.	Die zurückgezogenen Skeptiker
Reflektiertes Krankheitsverständnis	Selbsthilfe- misstrauen	Hohes Kohärenzgefühl		
Additives/fehlendes Krankheitsverständnis	Selbsthilfe- misstrauen	Hohes Kohärenzgefühl	Herr K.; Herr J.; Herr N.	Die unerfahrenen Kämpfer
Additives/fehlendes Krankheitsverständnis	Selbsthilfe- vertrauen	Geringes Kohärenzgefühl		
Additives/fehlendes Krankheitsverständnis	Selbsthilfe- misstrauen	Geringes Kohärenzgefühl	Frau M.	Die unerfahrenen Skeptikerin
Additives/fehlendes Krankheitsverständnis	Selbsthilfe- misstrauen	Hohes Kohärenzgefühl		

Tabelle 6: Typisierung der empirischen Daten

Zusammengefasst ergeben sich also folgende Typmuster mit relevanter Aussagekraft.

Typ 1) Die erfahrenen Kämpfer:

Dieser Typ zeichnet sich dadurch aus, dass er für sich einen Weg gefunden hat, mit der Krankheit produktiv umzugehen und selbst die Chronizität dahingehend zu verstehen, dass auch dort Selbsthilfeschancen bestehen. Er sieht seinen Lebensweg mit der Krankheit als eine Herausforderung an, die es täglich zu bestehen gilt und für die es neben professioneller Hilfe vor allem auf die Eigenaktivität und Selbstregulationsfähigkeit ankommt.

Typ 2) Die zurückgezogenen Skeptiker:

Dieser Typ zeichnet sich dadurch aus, dass zwar ein reflektiertes Krankheitsverständnis vorhanden ist, allerdings die eigenen Fähigkeiten als sehr gering eingeschätzt werden, was sich in einem geringen Kohärenzgefühl ausdrückt. Die Personen dieses Typs stehen dem Psychiatrie-Versorgungssystem zwar skeptisch gegenüber, sehen für sich jedoch keine Möglichkeit im Sinne von Selbsthilfe tätig zu werden, um etwas zu verändern.

Typ 3) Die unerfahrenen Kämpfer:

Dieser Typ zeigt zwar ein hohes Kohärenzgefühl, bringt jedoch in seiner Krankheitsbewältigung dieses Potential nicht wirksam ein. Eine effektive individuelle Selbsthilfe ist ihm nicht möglich. Kollektive Selbsthilfelerfahrungen wurden noch nicht gesammelt, und es besteht auch keine großes Interesse, an solchen Gruppen teilzunehmen. Die Personen

dieses Typs setzen sehr auf das professionelle System und messen der Selbsthilfe wenig Chancen bei.

Typ 4) Die unerfahrenen Skeptiker:

Zu diesem Typ konnte nur Frau M. gezählt werden. Personen dieses Typs haben sowohl eine skeptische Einstellung gegenüber den eigenen als auch gegenüber den Möglichkeiten kollektiver Selbsthilfe. Erfahrungen liegen im kollektiven Bereich überhaupt nicht und im individuellen Bereich wenig vor. Letztere werden zudem eher negativ evaluiert.

3.7 Diskussion

Was zeigt sich nun bei der Betrachtung der empirischen Daten im Hinblick auf die Frage nach einem hilfreichen Empowermentverständnis für die Arbeit mit chronisch psychisch kranken Menschen in Zeiten postmoderner Veränderungen?

Als postmodernes Element kann sicherlich bereits das diversifizierte Panorama an Zugängen und Zugehörigkeiten zu komplementär-psychiatrischen Einrichtungen bzw. Selbsthilfegruppen gesehen werden. Nicht mehr nur die Klinik oder das Langzeitkrankenhaus sondern die oft kleinräumlichen, auf jeden Fall jedoch zeitlich begrenzten Zugehörigkeiten zu Gemeinschaften ergeben Potentiale, die genutzt werden (wie im Falle der Selbsthilfegruppen A und B). Ob diese ausgeschöpft und damit als Chance genutzt werden, hängt von der eigenen Selbstwirksamkeitsüberzeugung sowie der Haltung dem professionellen System gegenüber ab.

So zeichnet sich die Gruppe der TagesstättenbesucherInnen mit Ausnahme von Herrn O. und Herrn N. vor allem dadurch aus, dass sie sich weit in das professionelle Unterstützungssystem hinein begeben haben (bzw. dorthinein geleitet wurden), ohne etwas von Selbsthilfegruppen oder anderen Angeboten dieser Art zu wissen. Der dadurch entstehende Skeptizismus ob der Wirksamkeit solcher Angebote ist dabei gepaart mit einer geringen individuellen Selbstwirksamkeitsüberzeugung. Die Selbsthilfegruppe B erhält ihren Charakter hingegen durch Mitglieder, die dem System gegenüber skeptisch und kritisch sind und deshalb auch an Systemveränderungen (in kleinen Schritten) teilnehmen wollen. Die Selbsthilfegruppe A wiederum ist eine typisch innen-orientierte Selbsthilfegruppe, in der sich

Selbsthilfeskeptiker und Selbsthilfeoptimisten treffen, wobei zum Untersuchungszeitpunkt die ‚alten Hasen‘ mit einem ausgeprägten Selbstbewusstsein dominierten und die Gruppe führten. Wie fragil diese Gruppenkonstellation jedoch ist, zeigt die Äußerung von Frau E., dass die Gruppe manchmal unter zu hoher Fluktuation der TeilnehmerInnen leide, was sie auf eine fehlende Motivation oder Leitung zurückführte.

Weiterhin zeigt sich die doch hohe Diversifität der subjektiven Einstellungen zur Krankheit, deren Bewältigung bzw. eigenen Einflusses und der Frage nach kollektiver Selbsthilfeeferfahrung. Sie reicht von einer bei Frau M. anzutreffenden schwach ausgebildeten Selbsthilfekraft sowohl im individuellen Sinne als auch bezogen auf kollektive Selbsthilfe bis hin zu Frau B. oder Frau G., die durch die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe und auch durch eigene Bewältigungsstile die für sie verwertbare Potentiale wahrnehmen. Diese Potentiale - verstanden im Sinne von Menschenstärken - helfen ihnen dabei, die Krankheit zu bewältigen.

Der zunächst von mir angenommene Zusammenhang zwischen der Frage, ob es sich bei der Erkrankung um eine hauptsächlich psychotische oder neurotisch verarbeitete Konfliktsituation handelt, stellt sich nicht in vollem Maße als signifikant heraus. Allerdings ist zu sehen, dass die soziale Integration bei denjenigen ausgeprägter ist, die aufgrund von depressiven Erkrankungen und Ängsten eine Gruppe aufsuchen, wohingegen die Masse der psychotisch erkrankten Betroffenen ein derart ausgeprägtes Rückzugsverhalten zeigt, das jeder soziale Kontakt möglichst vermieden wird bzw. zumindest keine aktive Suchhaltung in Richtung Selbsthilfe gegeben ist. Die Teilnahme an Selbsthilfegruppen scheint jedoch einen Zusammenhang aufzuweisen zu der Frage, wie jemand insgesamt seine Krankheit bewältigt. So

waren fast alle diejenigen (außer Herr O. und Herr N.), die keine Selbsthilfe aufsuchen, durch einen Selbsthilfepessimismus geprägt, der entweder als Grund oder als Folge der speziellen Verarbeitung ihrer Erkrankung zu sehen ist bzw. von einer Selbsthilfeunerfahrenheit herrührt. Dieser als *circulus virtuosus* zu verstehende Zusammenhang zwischen dem Aufsuchen einer Selbsthilfegruppe und der Einschätzung, selbst über einen nur geringen Einfluss zu verfügen, kann durchweg festgestellt werden. Die einzige Ausnahme hiervon bildet wie gesagt Herr O., der eigene privat organisierte Erfahrungen mit Selbsthilfe in der Vergangenheit hatte und nur momentan keine solche sucht.

Bei allen, die eine Selbsthilfegruppe aufsuchen (Herr A.; Frau B.; Frau C., Herr D., Frau E., Frau F., Frau G., Frau I.) bzw. aufsuchten (Herr O.) zeigt sich, dass ihr Selbsthilfeoptimismus mit einem reflektierten Krankheitsverständnis einhergeht. Alle, die diesen beiden Kategorien entsprachen, unterscheiden sich dadurch von anderen, die entweder ein reflektiertes Krankheitsverständnis gepaart mit geringem Vertrauen in eigene und kollektive Selbsthilfemöglichkeiten (Herr N. und Herr L.) oder ein additives bzw. fehlendes Krankheitsverständnis und ein ausgeprägtes Selbsthilfemisstrauen aufwiesen (Frau M.; Herr J.). Dies könnte als Zeichen dafür gedeutet werden, dass Einflussmöglichkeiten auf individueller Ebene bzw. eigene Bewältigungs- und Deutungsmuster bezüglich der Krankheit - oder anders ausgedrückt: ein hohes Kohärenzgefühl - mit einem Selbsthilfeoptimismus korrelieren. Doch wie sich an den ermittelten Zahlenwerten des SOC zeigt, ist dieser Zusammenhang alles andere als deutlich: So verfügten nur drei der neun unter dem TYP 1 „*Die erfahrenen Kämpfer*“ (reflektiertes Krankheitsverständnis - hoher Einfluss - Selbsthilfevertrauen) zugeordneten Personen über ein der o.g. Definition hohen SOC, wohingegen sowohl Herr J. als auch Herr K. über

SOC-Werte von 145 bzw. 144 verfügen, obwohl sie Selbsthilfe und den eigenen Möglichkeiten gegenüber sehr skeptisch eingestellt sind.

Allerdings wird dies von mir nicht im Sinne einer Widerlegung des o.g. Zusammenhangs zwischen Selbsthilfevertrauen und reflektiertem Krankheitsverständnis bewertet, da die Validität des SOC insbesondere bei psychotischen Grunderkrankungen nicht gegeben scheint. Es ist davon auszugehen, dass der Fragebogen zur Lebensorientierung gerade manisch-depressive Schwankungen bzw. Manifestationen im Sinne einer Persönlichkeitsveränderung nicht entsprechend sensibel berücksichtigen kann. Dies ist insbesondere bei Herrn K. sowie Herrn J. während der Bearbeitung des Fragebogen aufgefallen, da sie nicht entsprechend auf die Skalierung (1-7) eingehen konnten, sondern nur die beiden extremen Pole berücksichtigten.

Es ist weiterhin zu beobachten gewesen, dass die SOC-Werte bei den Teilnehmern der Selbsthilfegruppe A über durchweg geringere, unterdurchschnittliche Werte verfügten, was wiederum die These unterstützt, dass der SOC in erheblichem Maße mit Depressivität und Ängsten korreliert. Allerdings ist auch dies kein erstrangiger Prädiktor für die Frage nach der Einstellung zu individueller und kollektiver Selbsthilfe, da zumindest die Teilnehmer der Selbsthilfegruppe A nachgerade deutliche Selbsthilfenutzer sind, obwohl sie über einen relativ geringen SOC verfügen.

Hellerich (1998) fand in seiner Untersuchung von 40 Psychiatrie-Betroffenen heraus, dass Betroffene eine gewisse Schwierigkeit aufweisen, sich auf Gruppenselbsthilfe einzulassen. Auch in dieser Untersuchung sind Hinweise dafür zu finden, dass, wenn Selbsthilfe bei psychisch kranken Menschen überhaupt eine Rolle spielt, die

individuellen Selbsthilfformen dominieren. Im Vordergrund stehen ein individuelles Bewältigungsverhalten, im Gegensatz zum Aufsuchen kollektiver Selbsthilfe.

Bei der Förderung der Selbsthilffkräfte (Empowerment) sind dabei Wege zu beschreiten, die jenseits von einer Therapeutisierung auf die Entdeckung und Nutzung sozialer Ressourcen abzielen. Rehabilitations- oder Gesundheitsressourcen, die dabei helfen können, sind entgegen dem eher wissenschaftlichen Wissen der Professionellen im Bereich des Lebensweltlichen zu finden. Darüber hinaus steht bei vielen der Befragten in der Gruppe der non-user aber auch in der Selbsthilffegruppe B ein gewisses eigenes Gesundheitsverständnis einem Zugang zu eigener Selbsthilfe und Selbsthilffgruppen im Wege. Viele der in diesen Gruppen anzutreffenden Personen verfügen über ein sehr passives oder eher reaktives Gesundheits- und Krankheitsverständnis, welche im Sinne von Faltermaier/KühnleinBurda-Viering (1998) als beschwerdebezogenes Gesundheitshandeln aufgefasst werden kann. So werden in dieser Gruppe, zu der z.B. Herr N. und Herr L. gehören, erst dann Reaktionen im Sinne einer Selbstsorge sichtbar, wenn Stressoren auftreten, seien es vermehrte Medikamenteneinnahme oder sozialer Rückzug.

Alles in allem kann der Typ 1 „Die erfahrenen Kämpfer“ im Sinne von Empowerment als der gesündeste bezeichnet werden, da hier sowohl individuelle als auch kollektive Selbsthilffressourcen für die Krankheitsbewältigung genutzt werden.

Teil E - Entwicklung eines integrativen Empowermentmodells für die Arbeit mit chronisch psychisch kranken Menschen in der Postmoderne

„Ich gebe meiner Seele bald dieses Gesicht und bald jenes, je nachdem, auf welche Seite ich mich wende. [...] Alle Widersprüche finden sich in mir, je nach Gesichtswinkel und Umständen. [...]. Ich habe von mir selbst nichts Ganzes, Einheitliches und Festes, ohne Verworrenheit und in einem Gusse auszusagen [...] Wir sind alle aus lauter Flicken und Fetzen und so kunterbunt unförmlich zusammengestückt, dass jeder Lappen jeden Augenblick sein eigenes Spiel treibt. Und es findet sich ebenso viel Verschiedenheit zwischen uns und uns selber wie zwischen uns und anderen“

Michel de Montaigne (1533 – 1592)

Mittels der empirischen Untersuchung konnte gezeigt werden, dass ein Krankheitsverständnis, Selbsthilfefähigkeit und ein Selbstwirksamkeitsgefühl miteinander korrelieren. Es soll nun im folgenden ein integriertes Modell von Empowerment entworfen werden, welches die Befähigung zur eigenen Lebensbewältigung in den Vordergrund rückt. Dabei wird davon ausgegangen, dass es kein absolutes Empowermentziel gibt, sondern Empowerment vielmehr ein prozesshaftes Geschehen bezeichnet, an deren jeweiligem Ende (im Sinne eines aktuellen Entwicklungsstandes) ein bestimmter Grad von Selbständigkeit bzw. Empowering stünde. Des Weiteren werde ich versuchen zu zeigen, dass Empowerment derart zentral für die Behandlung, Begleitung und Unterstützung von Menschen in psychischen, psychosozialen oder psychosomatischen Krisen ist, dass sie nur in einer integrativen Form zu einem Erfolg führen kann.

Kapitel I - Grundsätze für ein integratives Empowermentverständnis

In den bisherigen Ausführungen konnte gezeigt werden, dass sich Veränderungen auf den drei Ebenen Expertenselbstverständnis, Betroffenenselbstverständnis und Postmoderne ergeben haben, die sich deutlich auf die psychosoziale Arbeit auswirken. Hieraus lassen sich spezielle Herausforderungen formulieren: Denn professionelle psychosoziale Helfer sind in ihrer Praxis tagtäglich mit Menschen konfrontiert, die ihren eigenen Alltag mit seinen Anforderungen und riskanten Chancen nicht mehr begreifen und bewältigen können. Zu dieser sicherlich schon für die Moderne zutreffende Feststellung der Überforderung individueller Problembewältigungsmöglichkeiten auf Seiten der Individuen kommt nun jedoch eine neue Dimension hinzu, die als die Möglichkeit zu „eigenen kleinen lebhaften Konstruktionen“ (Keupp 1997b) bezeichnet wurde.

1 Integrität vs. Radikalität

Mit Matzat (1991) ist davon auszugehen, dass ein Empowermentkonzept nur dann sinnvoll wirken kann, wenn es in das bestehende Versorgungssystem integriert ist. Dies ist umso leichter zu begründen, als davon ausgegangen werden muss, dass Selbsthilfe und in diesem Sinne auch Empowerment als moderne Elemente der Daseinsvorsorge bezeichnet werden können. Hieraus ergibt sich, dass sich neben oder vermittels der radikalen Position der Experten- und Versorgungskritik und den eigenen Interessen von Selbsthilfegruppen und -verbänden auch im professionellen System und bei den einzelnen Akteuren ein Bewusstsein hierfür herausgebildet hat, welches

Selbsthilfe in Form von Empowerment zu einem wichtigen sozialpolitischen und sozial ausgleichenden Mittel werden lässt. Es können hierdurch gesellschaftliche Prozesse, wie Ausgrenzung, Verarmung und zunehmender Chronizität von Krankheiten, vorgebeugt bzw. deren Folgen abgemildert werden.

Für eine verstärkte Integration von Modellen der Förderung von Empowerment und Selbsthilfe in das psychosoziale Versorgungssystem spricht auch der von Trojan (1986) erfasste Widerspruch, dass es sich zwar bei den Mitgliedern von Selbsthilfegruppen um typisch Benachteiligte in der Gesellschaft handelt, sich aus dieser Gruppe jedoch eine gewisse Elite herausbildet, die das Selbsthilfesystem in Anspruch nimmt bzw. neue Formen der Selbsthilfe schafft, sich jedoch nicht zu einer wirklichen breiten Bewegung herausbildet. Ohne, wie Wahl (1987) es einmal getan hat, von einem „Selbsthilfemythos“ zu sprechen, ist allerdings kritisch anzumerken, dass eine wirkliche Massenbewegung zwar global festzustellen ist, wenn man von 60.000-80.000 Selbsthilfegruppen bundesweit ausgeht. Allerdings ist mit Trojan davon auszugehen, dass es hier eine Elite von Selbsthilfenutzern bzw. -schaffern gibt, die jedoch individuell weiterentwickeln, indem sie trotz aller

„Versorgungskritik [...] eine hohe Affinität, also Hinwendung zum professionellen System [zeigen]. Allerdings werden die Wünsche, die an die Profis herangetragen werden, konkreter und die Vorstellungen über den Umgang fordernder“ (Stötzner 1986, 339).

Aus diesem Grund sollte Empowerment ein derart zentrales Element der psychosozialen bzw. psychiatrischen Arbeit werden, dass sich viel mehr Betroffene miteinander solidarisieren bzw. an dem arbeiten, was für sie gelingendes Leben ist. Dies kann und muss sich nicht auf die Teilnahme an Selbsthilfe beschränken, sondern kann sehr individuell

gestaltet werden. Wichtig ist jedoch die Einführung von Elementen des „sharing-power“ oder doch zumindest des „shared-decision-making“. Professionelle könnten im Bereich der Selbsthilfeförderung deshalb ihre Rolle weniger als Anbieter denn mehr als Anreger oder Förderer von Angeboten verstehen (Quindel, 2000).

In diesem Sinne ist zusammenfassend davon auszugehen, dass es wenig erfolgreich erscheint, wenn Empowerment einfach zu den bestehenden Angeboten stattfindet. Es kann also kein zusätzliches, rein additives Empowermentkonzept für die Psychiatrie geben, sondern es müsste vielmehr ein integratives Modell verwirklicht werden, welches Empowerment mehr als Haltung denn als Methode begreift, zumal Empowerment immer mit der Widersprüchlichkeit behaftet bleibt, dass durch Fremdhilfe Selbsthilfe angeregt werden soll. In diesem Sinne müssten m.E. verstärkt Energie und Initiative der in der Psychiatrie Tätigen und der Betroffenen darin investiert werden, sich um die Entwicklung einer subjektorientierten, statt einer personenzentrierten Psychiatrie zu kümmern. Die Personenzentrierung ist deshalb zu kritisieren, da sie sich scheinbar darauf konzentriert, individuell passende Hilfslösungen zu entwerfen, die jedoch nicht immer den wirklichen subjektiven Hilfebedarf decken. So ist der Integrative Personenzentrierte Rehabilitations- und Behandlungsplan (IBRP), der seit einigen Jahren erprobt und eingesetzt wird, vor allem deshalb zu kritisieren, da er versucht, Hilfeprozesse in ähnlicher Weise, wie es bereits in der Pflegeversicherung geschieht, zu standardisieren und in kurze Zeitabstände (bis hin zu Minutentakten) zu gliedern.

2 Relativität vs. Absolutheit

Zimmerman (2000) weist bereits richtigerweise auf die Kontext- und Zielgruppenabhängigkeit in der Ausgestaltung von Empowermentprozessen hin.

„The behaviors necessary for a 16-year old mother to become empowered are different from the behaviors for a recently middle-aged man. Similarly, what it means to be empowered for these two individuals is not the same. [...]. It takes on difference forms for different people in different contexts.“ (Zimmerman 2000, 45)

Die in meiner Untersuchung und andernorts (vgl. Lobning 1993) gefundene relative Schwierigkeit des Empowerment bzw. Selbsthilfegedankens in der Gruppe der chronisch psychisch kranken Menschen erfordert m.E. eine tiefgreifende Neukonzeption der Herangehensweise, soll Empowerment eine Chance erhalten, das in den Betroffenen vorhandene Potential anzuregen. So sind dabei sowohl die bei vielen, gerade chronisch kranken Patienten, anzutreffenden Tendenzen zu einer passiven und expertenabhängigen Haltung ebenso in Betracht zu ziehen, wie eine eher offensive Selbsthilfeorientierung bestimmter Patienten. Plog schreibt deshalb richtig, dass

„aber viele diesen Schritt [in eine Selbsthilfegruppe, Erg. D.R.] nicht tun wollen oder können“ (Plog 1985, 430).

Deshalb sei

„die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe nur ein Weg neben anderen [...]. Gleichwohl, so wurde diskutiert, möchten die Mitarbeiter der sozialen Dienste für sich stärker klären, inwieweit sie auch an ihrem Klientel festhalten, und ob sie sich auch klarer vorstellen könnten, dass Menschen in Selbsthilfegruppen gehen und Klienten sozialer Dienste sind“ (Plog 1985, 430).

In diesem Zitat kommt der Gedanke paralleler Strukturen der Inanspruchnahme sowohl von professionellen als auch von eigenen, selbst gestalteten Angeboten zum Ausdruck. Damit verbunden werden kann m.E. jedoch die Hoffnung und das Ziel, dass sich beide Formen der sozialen Hilfe ergänzen: die einen aus professioneller Intention, die anderen aus eigener sozialer Motivation der Betroffenen.

3 Zeitfreiheit vs. Zeitknappheit

Schon Kieffer wies darauf hin, dass Empowerment ein lang andauernder Prozess sei, der nicht ohne weiteres auf schnelle Erfolge zielen könne.

„It is completely unrealistic to presume that the cumulative effects of domination can be reversed in any other than a long-term frame of reference. As such, it would be frivolous to pretend that there can ever be developed a “short curse” in individual empowerment.“ (Kieffer 1984, 27)

Mit diesem Hinweis stellt Kieffer die Bedeutung einer Langzeitperspektive im Empowerment heraus und skizziert dabei gleichzeitig auch eine Schwierigkeit, die dem Empowermentgedanken anhaftet. Egal ob Erlernte Hilflosigkeit oder „political repression“, die durch Ohnmachts- und Hilflosigkeitserfahrungen entstanden psychosozialen Muster lassen sich nicht ohne weiteres verändern. Lenz stellt daher fest, dass

„dieser Prozess des Suchens und Entdeckens [...] sich nicht selten langsamer [gestaltet], als das traditionelle, expertendominierte Vorgehen. Vieles muss ausführlicher erklärt werden und manche Entscheidungen werden erst über Umwege, nach längeren Phasen des Abwägens, Bewertens und Definierens getroffen“ (Lenz 2002, 16).

Wie aus der neuesten Forschung zur Psychotraumatologie bekannt ist, verändern Ohnmachtserfahrungen bzw. Traumata, z.B. durch ein

oder fortwährende Gewalterlebnis(se), sogar neurophysiologische Strukturen, die bei Auftreten einer ähnlichen Situation sofort aktiviert werden (Hüther 2002; Huber 2003). In ähnlicher Weise kann dies m.E. für andere hilflosmachende Erfahrungen geltend gemacht werden. Allerdings zeigen eine Reihe von Erfahrungen, dass sich die oft umständlichen, mühsamen und zeitaufwendigen Prozesse auszahlen. Sie eröffnen unterschiedliche Zugänge zu den von Ambivalenzen geprägten Problemen und fördern vielfältige, divergente Lösungen und Bewältigungsmöglichkeiten zu Tage. Diesem Verständnis zur Folge sollte daher das verstärkte Bemühen der Professionellen dahin gehen, Aspekte der Selbstheilung häufiger positiv zu konnotieren und erfolgreiche Geschichten von „geglückten Psychosen“ (Bock 2001, 256) wahrzunehmen. Dabei gewinnt das subjektive Erleben der Menschen eine größere Rolle und führt letztlich zu einer verstärkten Akzeptanz von ungewöhnlichen Lebensentwürfen, die vielleicht in einer postmodernen Gesellschaft leichter zu tolerieren und deshalb für die Betroffenen einfacher lebbar sind.

4 Verstehen vs. Erklären

Das Sich-Einlassen auf ein Verstehen stellt gegenüber dem Erklärenwollen im analytisch-naturwissenschaftlichen Sinne den Versuch dar, sich dem Lebensweg der psychisch Kranken im hermeneutischen Sinne sowohl retrospektiv als auch prospektiv zu nähern. Dies kann, wie Bosshard/Lazarus (1997) es bereits beschrieben haben, im Sinne einer soziobiografischen oder soziogeographischen Rekonstruktion geschehen. Riemann (1987) nannte dieses Phänomen ein „Fremdwerden der eigenen Biografie“. Die dadurch stattfindende bewusste Hinwendung zur Sinnhaftigkeit bzw. Sinngebung psychischer Krankheit, also im Sinne Frankls (1972) die logotherapeutische

Behandlung, das Herausfinden eines Lebenszieles bzw. Lebenssinns, könnte Bedeutungen entstehen lassen, um das Krankheitserleben nutzbar machen zu können. Dieser Ansicht ist auch Antonovsky, indem er dem „sense of meaningfulness“ - verstanden als die motivationale Komponente innerhalb des Kohärenzgefühls - in der Bewältigung von Lebensbelastungen ebenfalls eine große Bedeutung zumisst. Für Hellerich steht daher fest, dass

„das wahnsinnige Leben [...] aus sich selbst heraus verstanden werden [muß]. Im Gegensatz zum Erklären objektiver Sachverhalte und Kausalzusammenhänge ist es das Substantielle des Verstehens, dass sie die Subjektivität des erlebenden Menschen anerkennt und dass die Aufhebung der Wirklichkeit des Wahns gekoppelt ist an das sich erfahrende, interpretierende und entwerfende Subjekt“ (Hellerich 1990, 63).

Auch hier ist insbesondere bei chronisch psychisch kranken Menschen ein behutsamer und sorgsamer Umgang mit den oft traumatischen und hilflos machenden Lebenserfahrungen ebenso notwendig wie eine konstruktive Anleitung zur Lebensgestaltung trotz Krankheit. In diesem Sinne also die Arbeit an der Balance zwischen Über- und Unterforderung oder zwischen Verstehen und Vergessen. Auf den Professionellen kommt dabei die Schwierigkeit zu, dass er immer vor dem Hintergrund seiner eigenen Erfahrungen und seiner professionellen Sozialisation agiert, und damit grundsätzlich der Gefahr oder Chance unterliegt, verzerrt wahrzunehmen und zu verstehen. Eine Möglichkeit zur Reduktion dieser Verzerrung ist sicherlich die aktiv-reflektive Kommunikation, die sich immer wieder versichert, ob das Gehörte „richtig“ verstanden wurde. Andererseits kann die Sicht des Professionellen im Sinne eines „re-framing“, dazu führen, dass die Bedeutungszuweisungen auf Seiten der Betroffenen sich wandeln und damit eine weitere Entwicklung möglich ist.

5 Möglichkeitssinn vs. Krankheitseinsicht

Für Kieffer steht fest, dass Empowerment nur funktionieren kann, wenn man den von ihm formulierten Grundsatz beachtet:

„Among the central lessons of this study is the conclusion that we should not seek to do for others what they must do for themselves.“ (Kieffer 1984, 28)

Damit kommt einerseits die Grundforderung zum Ausdruck, dass psychosozialen Hilfeprozessen eine virulente Neigung zur allzu schnellen Übernahme von Verantwortung auf Seiten des Professionellen inne wohnt. Andererseits drückt diese Forderung die nötige Haltung eines „Empowerers“ aus, nämlich einer Art von professioneller Zurückhaltung oder auch „forschendem Abwarten“. Stark (1996) spricht hier unter Bezug auf Pablo Neruda von „brennender Geduld“. Neben dieser Grundhaltung kommt bei Kieffer ein weiteres Element zu Tage, das hier aufgegriffen werden soll, nämlich die Lebensspannenperspektive:

„The life span analogy suggests the importance of designing facilitations to be responsive to changing capabilities in changing phases of personal evolution.“ (Kieffer 1984, 29)

Die Annahme der gesundheitsfördernden Wirkungen einer lebenslang andauernden Bereitschaft oder Fähigkeit, sich durch eigenen Wandel auf verändernde Situationen einzustellen, scheint gerade unter Rückgriff auf die im postmodernen Zusammenhang dargestellte Anforderung an die Menschen von großer Bedeutung. Wer es schafft, sich lebenslang auf die Veränderungen im Leben einzustellen und sie aktiv zu bewältigen, der kann gesund leben. Daher kann es eine Aufgabe im Sinne eines psychosozialen Empowerments oder eines Empowerments zur Lebensbewältigung sein, Prozesse

anzuregen und Strukturen zu schaffen, die diese Möglichkeit fördern. Dies schließt sowohl die individuelle Bildung als auch strukturelle Änderungen mit ein. Hinzu kommt, dass es immer wichtiger wird, Chronifizierung als Ausbreitung der Krankheitsgeschichte auf die gesamte Biografie (in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft) zu verstehen bzw. die daraus entstehenden weiteren Lebensrisiken zu mildern. Hierbei können die salutogenen Wirkungen dieses ständigen Lernens (Identitätsarbeit) genutzt werden.

Hilfreich für diese Art des Umgangs mit chronifizierter psychischer Krankheit ist der Hinweis auf den »Möglichkeitssinn« (Musil), d.h. die grundsätzliche Annahme einer Offenheit von Situationen für Veränderungen. Damit verbunden ist wiederum, diese

„Möglichkeitssinne der Subjekte zu stärken, den kreativen, suchenden und experimentellen Umgang mit den angeblich nicht zu verändernden Faktizitäten“ (Keupp u.a. 1999, 293) zu ermöglichen.

Das Sich-Heranzuwagen an Situationen, die scheinbar unveränderbar (oder chronisch) scheinen, ist hier zu sehen als eine Art von Empowerment, die den Schwerpunkt nicht auf die Krankheitsanteile und –prozesse richtet, sondern vielmehr die neben der Krankheitsgeschichte vorhandenen sonstigen Geschichten des Subjekts legt. Diese gilt es im Sinne des Konstruktivismus (neu) zu erzählen, um sie zu erschaffen. Herriger hat diese Arbeit am Möglichkeitssinn als eine Tätigkeit beschrieben, in deren Mittelpunkt die „Selbstaufklärung des Klienten und die gemeinschaftliche Verständigung über lebhbare Zukünfte“ (Herriger 1994, 24) steht.

Empowermentprozess zielt sowohl auf eine proaktive (Prävention) bzw. reaktive (Rehabilitation) Handlung ab. Empowermentprozesse

sollen sich deshalb dadurch auszeichnen, dass sie lebbare Zukünfte erfahrbar und vorstellbar machen bzw. die Zeitperspektive bewusst verwenden, um Entwicklung zu ermöglichen. Im Sinne von Schernus (1997), die gerade in der Psychiatrie für Umwege plädiert, bzw. diese für unabdingbar hält, kann man sagen, dass der Erfolg von Empowerment immer davon abhängt, wie viel Zeit beim Helfer und beim Hilfesuchenden eingesetzt werden kann für Entwicklung und Problemlösung. Die Forderung, sich beim Empowerment Zeit zu lassen, scheint der Gefahr einer Chronifizierung der Problematik auf den ersten Blick Tür und Tor zu öffnen, da kein schnelles Reagieren, sondern vielmehr häufig ein Abwarten zugunsten der Chance einer Eigenentwicklung proklamiert wird. Auf den zweiten Blick jedoch scheinen Chronifizierungsprozesse gerade deshalb in Gang zu kommen, da sich im Zuge der Erstmanifestation vielleicht zuwenig Professionelle Zeit nehmen, um das Problem wirklich zu verstehen und hierdurch eine Befähigung zur Selbstbefähigung zu betreiben. Damit ist wiederum die Nähe zur lösungsorientierten Beratung (etwa nach DeShazer) durchaus gegeben. Ohne also die vergangene Erfahrung, Hilflosigkeitserfahrung von Menschen zu negieren, kann mit Hilfe der Zeit- oder Zukunftsorientierung des Empowerment eine Kultur geschaffen werden, die mannigfaltige zukünftige Möglichkeiten, also Möglichkeiten des Zukünftigen entstehen lässt, statt vorschnell Rezepte auszustellen.

Wie ist diese Fähigkeit, Möglichkeiten zu erschließen, einzubinden in die Gesellschaftsdiagnose eines postmodernen Wandels mit all ihren beschriebenen Implikationen? Von Petzelt (1997) möchte ich dafür den Begriff des „fragenden Ich“ entlehnen, um ihn anders als Petzelt in das Verständnis von Empowerment bei psychisch kranken Menschen in der Postmoderne einzufügen. Er soll verdeutlichen, dass das Subjekt sich

dadurch konstituiert, dass es sich fragend sowohl den objektiven Gegebenheiten nähert als auch seinen eigenen Strukturen und Inhalten. Das fragende Ich steht dabei dem fragmentierten Ich gegenüber, das sich der Welt gegenüber nicht sicher fühlt und sie daher eher als Bedrohung denn als Grund zum Fragen sieht. Das fragmentierte Ich hat die vielen Formen von Hilflosigkeitserfahrungen in psychischen Krisen internalisiert und ist nicht mehr zum selbst- und fremdreflexiven Fragen in der Lage. In diesem Sinne stellt eine psychische Krankheit eine grundsätzliche Einschränkung bei der Bewältigung des Lebens bzw. der Schaffung von „gelingendem Leben“ dar. Das heißt jedoch nicht, dass diese Art des „fragenden Ich“ nicht auch bei Menschen gefördert werden könnte, die lange Zeit Erfahrungen von Hilflosigkeit und Ohnmacht ausgesetzt waren.

6 Selbstregulation vs. Fremdbestimmung

In seinem interessanten Aufsatz zum Verhältnis von Wohlbefinden und Selbstregulation stellt Stierlin (2000) die Fähigkeit zur Selbstregulation als einen fundamentalen Schlüsselbegriff in der Bewältigung von Krankheiten oder Problemen dar. In unserem Sinne könnte die Fähigkeit zur Selbstregulation im Sinne der noch zu beschreibenden Identitätsarbeit ebenfalls als ein zentrales Element verstanden werden. Identitätsarbeit setzt vor allem auf die Fähigkeit, sich permanent regulierend auf innere und äußere Veränderungen sowie neue Anforderungen einzustellen. Wie Stierlin herausfand, kann ein hohes Maß an Selbstregulierungskönnen sowohl präventiv als auch rehabilitativ wirken, jedoch nur im Zusammenhang mit der äußeren Umgebung, wie z.B. der Familie.

In diesem Zusammenhang ist deshalb auf die Notwendigkeit einer Veränderung des sog. compliance-Begriffes zu verweisen. Im Zuge neuerer Erkenntnisse ist im Behandlungsprozess eher von einer Koproduktion des Betroffenen und des Professionellen als von einer reinen „Einwilligung“ (wörtliche Übersetzung aus dem Englischen) auszugehen (Ortmann 2001). Vielmehr jedoch als dieser ohnehin problematische Begriff der „Compliance“ ist der damit verbundenen und gerade in der Psychiatrie verwandte Terminus der „Krankheitsuneinsichtigkeit“. Dieser „suggeriert einen bewussten Einfluss der Betroffenen auf dieses Erleben: Jemand soll doch endlich zu Vernunft und Einsicht“ (Knuf 2000a, 85) kommen und damit zu einer nicht durch ihn problematisierten Einwilligung in die scheinbar medizinisch notwendige Behandlung.

In beiden Begriffen kommt eine implizite, je nach Sichtweise auch explizite Machtverteilung zum Tragen, die klar von einer diagnostischen und behandelnden Kompetenz auf Seiten des Professionellen (Mediziner, Psychologe, Sozialarbeiter, Pflegekraft etc.) und einer Inkompetenz des Betroffenen ausgeht. Weshalb jedoch ein Patient sich einer bestimmten Behandlung widersetzt, wird in diesem Verhältnis nicht thematisiert, sondern als „non-compliance“ oder „Krankheitsuneinsichtigkeit“ negiert. In diesem Sinne und vor dem Hintergrund der empirischen Vielschichtigkeit der Krankheitsbewältigungsformen scheint es dringend geraten, innerhalb der Psychiatrie zu einem noch stärkeren Dialog zwischen Professionellen und Betroffenen zu gelangen, der – obwohl in Ansätzen vorhanden – immer wieder von Medikalisierung und Institutionalisierung bedroht wird. Dabei gilt es zu einer „Lebenskunst der Selbstregulation“ zu gelangen. In einem Leben, das ihnen nicht länger vorgefertigte Rezepte für ein solches gelingendes Leben präsentiert, sind die Menschen zu einer aktiven Eigenleistung

aufgerufen. Diese gilt es gesellschaftsseitig, z.B. in Schule und Ausbildung, Freizeit und Lebenswelt zu fördern, jedoch im Fall einer Selbstregulationsstörung durch psychische Krankheit erneut anzuregen. Hiermit kommen die vom Selbst und dem umgebenden System vorhandenen Optionen und Wahlmöglichkeiten zum Tragen, indem sie Potentiale für eine gesicherte Identitätskohärenz bereitstellen. Dieser Spagat erfordert sowohl ein hohes Maß an Ambiguitätstoleranz seitens der Individuen als auch ein ebenso entwickeltes Maß an Freiheitstoleranz seitens der Gesellschaft in Bezug auf Lebensstile.

Für die Professionellen bedeutet die Förderung von Selbstregulation die Übernahme der bereits innerhalb der anti-autoritären Erziehung bzw. der Montessori-Pädagogik hervorgehobenen Haltung, die sich durch Zurückhaltung, Passivität und Abwarten auszeichnet. Für Maria Montessori sollte deshalb der Erzieher in den meisten Situationen als „waiter“ auftreten, der erst einmal schaut, wie die Kinder die Aufgaben selbst lösen. Analog hierzu stellt der Empowermentansatz die Professionellen vor die Aufgabe, Selbstregulation zu fördern, indem sie sich selbst auf die Begleitung und Beobachtung beschränken und nur in dringenden Fällen (Notfällen) eingreifen.

Zusammenfassend sei also gesagt, dass es bei der Selbstregulation oder Selbstaktualisierungsfähigkeit um eine Generalfähigkeit im Sinne eines Bewältigungsverhaltens geht. In diesem Sinne soll im nächsten Kapitel näher auf die in der jüngeren Identitätsforschung beschriebene „Identitätsarbeit“ als eines besonders gut geeigneten Modells zurückgegriffen werden. Identitätsarbeit stellt m.E. einen Handlungsansatz dar, der im Sinne von Empowerment als Hilfe zur Lebensbewältigung verstanden werden kann.

7 Zwischenresümee

Die hier dargestellten Dichotomien bezüglich eines integrierten Empowermentverständnisses bilden den Rahmen für das nun folgende Modell. Sie sind insofern als Weiterentwicklung des bisherigen Bezugsrahmens der Psychiatrie und des Empowerments zu verstehen, da sie für ein neues, postmodernes Verständnis stehen.

Integrität, Relativität, Zeitfreiheit, Verstehen, Möglichkeitssinn und Selbstregulation werden hierbei als programmatische Aussagen verstanden, die eine Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung ermöglichen können. Im Vordergrund steht dabei die Notwendigkeit, diese Ansätze in die bereits bestehenden und neu zu schaffenden institutionellen bzw. personenzentrierten Modelle der psychiatrischen Hilfen einzubauen. Das hier anvisierte Empowermentverständnis erhebt diese Integrativität zum Qualitätsfaktor, der darüber entscheidet, ob und inwieweit psychisch kranke Menschen empowert werden können. Die strukturelle Einbindung der Eckpunkte sollte dann zu einer humaneren, weil auf die Bedürfnisse der psychisch kranken Menschen besser eingestellten, Behandlung, Begleitung, Unterstützung und Versorgung führen.

Im weiteren soll am Modell der Identitätsarbeit gezeigt werden, wie eine solche Forderung am Beispiel einer Methode bzw. eines Handlungsansatzes umgesetzt werden kann.

Kapitel II - Identitätsarbeit und Empowerment

Jeder muss seinen eigenen Weg finden.

Ingeborg Esterer, 1997

1 Allgemeine Charakteristika der Identitätsarbeit

Im Zusammenhang mit der Diskussion um die postmoderne Gesellschaft entwickelt sich das Verständnis von Identität neu. Wie bereits in Teil C, Kapitel III verdeutlicht werden konnte, steht ein völlig verändertes Identitätskonzept in der Postmoderne zur Verfügung. Es wurde deutlich, dass „Identitätsarbeit“ an die Stelle von „Identitätserwerb“ tritt und somit Identitätsbildung zu einer dauerhaften Aufgabe des Individuums wird. Mit Keupp kann daher davon ausgegangen werden, dass Identitätsarbeit als Identitätsentwicklung zu verstehen ist. Nicht mehr der absolute Identitätserwerb, sondern die ständige Bearbeitung, Entwicklung und Revision von Identitätsentwürfen stehe im Mittelpunkt der Identitätsarbeit:

„Identität verstehen wir als einen fortschreitenden Prozeß eigener Lebensgestaltung, der sich zudem in jeder alltäglichen Handlung (neu) konstruiert. [...] Und Identität ist stets eine Passungsarbeit. In ihrer Selbstkonstruktion nehmen die Subjekte Bezug auf soziale, lebensweltlich spezifizierte Anforderungen und auf eigene, individuelle Selbstverwirklichungsentwürfe.“ (Keupp u.a.1999, 216)

Klatetzki/Rößler/Winter beziehen diese Auswirkungen der Pluralisierung auf das Jugendalter, den damit einhergehenden Entwicklungschancen und -risiken bei Heranwachsenden sowie deren Konsequenzen für ein verändertes Identitätsverständnis. Dass das Konzept allerdings auch auf das Erwachsenenalter erweiterbar ist, machen die Autoren selbst deutlich, indem sie schreiben, dass

„in einer individualisierten und pluralisierten Gesellschaft [...] Arbeit an Aufbau und Erhalt der Identität kein Spezifikum der Lebensphase Jugend [ist]! Die Anforderungen z.B. in Bezug auf die Entwicklung einer Kontinuitätsvorstellung - wie sie noch im Modell Identitätserwerb postuliert werden - können heute vor dem Hintergrund ständiger gesellschaftlicher Kontinuitätsbrüche gar nicht mehr erfüllt werden. Vielmehr kommt es heute darauf an, die Kontinuitätsbrüche individuell und gesellschaftlich anzunehmen und zu verarbeiten“ (Klatetzki/Rößler/Winter 1992, 449).

Dieses Identitätsverständnis ist bewusst prozesshaft angelegt, um den Anforderungen an Sozialität und Individualität der Menschen in einer pluralisierten, individualisierten postmodernen Risikogesellschaft gerecht zu werden. Keupp verdeutlicht, dass

„die entscheidenden Voraussetzungen der Identitätsbildung zum einen weniger in der Stabilität der realisierten Projekte, sondern eher in der Möglichkeit der Entstehung von Entwürfen und andererseits in der Umsetzung von Entwürfen zu Projekten und in deren Realisierung liegen. Gerade aber die Bedingungen einer spätmodernen Gesellschaft erleichtern dem Subjekt das Entwickeln von Entwürfen und Projekten, und sie erleichtern in der Regel auch den Schritt der Realisierung. Schon allein die Pluralisierung von Lebensformen bietet heute weit mehr gesellschaftlich akzeptierte Lebensformen und Milieus als vielleicht jemals zuvor“ (Keupp u.a. 1999, 245).

Entwicklung verläuft demnach nicht zwangsläufig auf eine Norm hinaus oder an einer Norm entlang. Dieser als Wechsel von der Normalbiografie zur Wahlbiografie umschriebene Prozess hat eben die Folge einer beständigen Arbeit an der eigenen Identität. Entwicklung müsste nach diesem Konzept eine erhebliche - wenn man es so nennen möchte - Fehlertoleranz oder besser Fehlerfreundlichkeit aufweisen. Die Autoren definieren Identitätsarbeit wie folgt:

„Das Modell Identitätsarbeit versteht somit unter dem Einssein mit sich selbst bei gleichzeitiger sozialer Eingebundenheit idealerweise die Fähigkeit zur Flexibilität in Bezug auf Engagement und Distanz zu Personen und Gruppen. [...] Identitätsarbeit kann, ja muss ein kreativer Prozeß der Selbstorganisation ohne Identitätszwang sein.“ (Klatetzki/Rößler/Winter 1992, 448)

Keupp weist richtigerweise daraufhin, dass die „Freisetzung“ des Subjekts nicht identisch ist mit seiner Autonomie:

„Wenn sie mit Autonomie, Selbstorganisation oder Emanzipation in einen Zusammenhang gebracht werden soll, dann stellt sie allenfalls ein spezifisches Potential dar.“ (Keupp 1994, 262)

Greve (2000) entwickelt ein ähnliches Verständnis, in dem er sich der Frage nach der Identitätsentwicklung bzw. dem Identitätserwerb im Erwachsenenalter widmet. Er kommt zu dem Schluß, dass entgegen traditioneller entwicklungspsychologischer Ansicht sich eine Identität auch im Erwachsenenalter weiterentwickelt:

„Wie passt das nun aber zu dem introspektiven Eindruck und dem empirischen Befund der enormen Stabilität und Kontinuität des erwachsenen Selbst und zu der so plausiblen Theorie über jene zahlreichen Abwehrmechanismen?“ (Greve 2000, 98)

Prozesse des Selbst folgen im Grunde genommen zwei Prinzipien, nämlich einerseits dem Wunsch, eine gewisse Stabilität in Bezug auf die Identität zu behalten, andererseits aber der Notwendigkeit ausgesetzt zu sein, sich der wandelnden Realität immer wieder anpassen zu müssen. Die Prozesse der Akkomodation und Assimilation, die bereits Piaget für die kognitive Entwicklung formulierte, scheinen auch hier zu dem erwachsenen Selbst zu gehören. Letztlich kommt er zu dem Schluß, dass - um beide Prozesse zu vereinen - ein „flexibler Widerstand“ dem Selbst eigen sein muss. Dieses drückt sich im Zulassen-Können von Veränderungen bei gleichzeitiger Wahrung einer generellen Stabilität des Selbst aus (Greve 2000).

Was bedeutet dies jedoch für Menschen, deren Fähigkeit zur Kommunikation mit anderen erheblich beeinträchtigt ist, also für

chronisch psychisch kranke Menschen? Was geschieht mit ihnen, die häufig sehr isoliert leben? Welche Möglichkeiten bleiben ihnen im Sinne einer Subjektorientierung? Zur Evaluation dieser Fragen können die von Srole beschriebenen Gegensätze verwendet werden:

- „1. Vertrauen oder Misstrauen gegenüber den ‚community leaders‘
2. klares oder diffuses Gesellschaftsbild
3. klare Zukunftserwartung oder Verlust der Zukunftserwartung
4. persönliche Beziehungen zu anderen Menschen oder Kontaktmangel
5. Erlebnis eines Lebenssinns oder Erlebnis der Sinnlosigkeit des Lebens“ (Srole zitiert nach: Dreitzel 1972, 54)

Vielfach erleben sich Menschen mit chronischen Psychosen eher auf der Seite des diffusen Gesellschaftsbildes, des Verlustes der Zukunftserwartung sowie des Kontaktmangels und der sozialen Isolation. Dies zeigen erste Ergebnisse meiner Untersuchung. Des Weiteren ist ihnen der Umgang mit einem flexiblen Widerstand dadurch unmöglich oder doch zumindest erschwert, dass sie im Grunde genommen einer ständigen Ich-Gefährdung ausgesetzt sind und damit zu einer Veränderung im Sinne einer Adaption an neue Realitäten nur unter Aufbringung größter Ängste fähig sind.

Zudem kann das veränderte Identitätsverständnis ebenso gefährden bzw. bestimmte Personen ausschließen wie ehemals. Verfügt das Subjekt nämlich nicht über die nötigen Ressourcen wie sie Antonovsky mit seinen „Generalisierten Widerstands Ressourcen“ beschrieb, so lebt er in einer hoch-ambivalenten Situation.

2 Bewertung des Konzepts der Identitätsarbeit

Zu diesem Zeitpunkt sollen nun die Vor- und Nachteile des Konzepts der Identitätsarbeit abgewogen werden.

2.1 Divergenztoleranz

Zunächst ist festzustellen, dass Identitätsarbeit nur dann erfolgreich verlaufen kann, wenn soziale Ressourcen (z.B. ein funktionierendes soziales Netzwerk) zur Verfügung stehen und die Vernetzung mit anderen Individuen möglich ist. Somit birgt die Entwicklung der Gesellschaft in der oben beschriebenen Richtung vor allem für diejenigen Chancen, die über diese Ressourcen im Sinne von individuellen Potentialen verfügen können. Im Sinne der Salutogenese wird deshalb von Generalisierten Widerstandsressourcen gesprochen (Bildung, Einkommen, soziale Integration).

Für andere - zu denen sicherlich die chronisch psychisch kranken Menschen gezählt werden können – sind Pluralisierung und Individualisierung zwar Chancen, weil eigenartige oder verrückte Lebensentwürfe eher akzeptiert werden könnten, vielfach fehlt es jedoch an den für den Erfolg dieses Prozesses notwendigen sozialen und materiellen Voraussetzungen, um diese Subjektivität zu stützen. Förderlich sind etwa die Unabhängigkeit von Sozialleistungen, kulturelle Stabilität oder entsprechende Arbeitsplätze (Teilzeitarbeitsplätze sind eine Möglichkeit). Gerade Sozialleistungen oder die moderne Arbeitswelt normieren jedoch stark durch vorgegebene Leistungskriterien (erhöhte Konzentrationsfähigkeit und Flexibilitätsforderung auf der individuellen, Konkurrenz- und Leistungsdenken auf der kollektiven Seite).

Die von Klatetzki/Rößler/Winter (1992) benannten pädagogischen Imperative innerhalb des Modells der Identitätsarbeit lassen allerdings eine gewisse Übertragung auf die sozialpsychiatrische Arbeit zu. Sowohl das „Verständige-Dich“ als Hilfe zur Kommunizierbarkeit psycho-sozialer Probleme als auch das „Ermögliche-Entwicklung“ als Aufgabe der Professionellen sind zwar imperative aber non-normative Aussagen, da sie eine inhaltliche Offenheit bei struktureller Vorgabe ermöglichen.

Rappaport (1985), der Begründer des Empowermentansatzes, spricht in seinem Initialaufsatz davon, Divergenz als Denkmodell gegenüber dem aristotelischen Logik-Modell, welches nur ein Entweder-Oder kennt, zuzulassen. Marquard (1986) benennt sogar in seinem Skeptizismus die Fähigkeit zur Divergenztoleranz als eine der grundlegendsten Kompetenzen der Philosophie:

„Konsens nämlich ist keineswegs immer nötig; viel wichtiger ist das produktive Missverständnis; [...] Offenbar bringen sie [die Philosophen, Anm. D.R.] aus ihrer Fachtradition - einer zweieinhalbtausendjährigen Tradition der Nichteinigung über Grundsatzpositionen - etwas mit, was interdisziplinär nützlich ist: nämlich leben zu können mit offenen Aporien und Dissensüberschüssen. Das uralte fachliche Laster der Philosophie - ihr chronisches Konsensdefizit - erweist sich als hochmoderne interdisziplinäre Tugend: vor allem als Fertigkeit, Gesprächskonfusionen unentmutigt zu überstehen.“ (Marquard 1986, 113)

2.2 Identitätsarbeit als Empowerment

Empowerment versteht sich im Grunde genommen als Befähigung zur Identitätsarbeit durch Selbstaktualisierung, die von den Betroffenen selbst zu leisten ist, jedoch durch professionelle Helfer angeregt werden kann. Im Konzept der Identitätsarbeit als einer postmodernen Empowermentstrategie eröffnet sich die Möglichkeit, auch chronisch psychisch kranke Menschen zu befähigen, wieder Vertrauen in eigene

Bewältigungs- und Selbstheilungsformen zu gewinnen (Perry 1999; Bock (1997). In die gleiche Richtung gehen die Forschungsarbeiten von Lazarus/Bosshard, die zeigen, dass eine biografische Rekonstruktion die Möglichkeiten der Betroffenen erhöht, auf ihre, vielleicht verschütteten, Ressourcen zurück zu greifen. Der von Lazarus/Bosshard hierzu verwendete Bildungsbegriff zielt in eine ähnliche Richtung wie das Modell der Identitätsarbeit, da dort davon ausgegangen wird, dass sich Bildung als eine Form von Selbsterschaffung und Selbsterkenntnis verstehen lässt. Dies kann z.B. in Form retrospektiver Fokussierung auf die schon vor Krankheitsausbruch bestandenen Freizeit- und anderen Interessen sein, die mit einem Gefühl der persönlichen Zufriedenheit und Stärke verbunden waren. Diese können dann nach Bewusstmachung in der Gegenwart reaktiviert werden (Lazarus/Bosshard 2005).

Wie stark die Erfahrung von Diskontinuität und beständiger Identitätsarbeit den Lebensbereich der meisten Menschen (zumindest in den entwickelten Ländern der Erde) betrifft, kann Jede/r an seinem/ihren Alltag ablesen. Wie extrem und durchschlagend trifft die Diskontinuität von Identität jedoch erst psychisch kranke Menschen, die zusätzlich durch die Zäsur, die sie durch ihre Krankheit erfahren haben, verunsichert und aus der Bahn geworfen sind. Umso deutlicher wird, dass sozialpsychiatrische Arbeit immer mehr darauf ausgerichtet sein muss, die individuellen Lebensentwürfe von Menschen mit psychischen Krankheiten in ihrer Subjekthaftigkeit und ihrem Systembezug zu begleiten und ihnen zu helfen, an ihrer Identität nach und trotz schwerer psychischer und sozialer Erschütterungen zu arbeiten. Professionelle Helfer sollten eine gewisse „Fehlertoleranz“ oder „Fehlerfreundlichkeit“ zulassen, um erfolgreich mit ihren Klienten zu arbeiten. Fehlerfreundlichkeit meint, in Anlehnung an Schernus (1997), die

Toleranz von Umwegen und Rückschritten bei psychisch kranken Menschen. Demgegenüber steht jedoch eine Form der „institutionalisierten Ungeduld“ (Herriger 1995b, 159), die sich durch das möglichst schnelle Behandeln und Abhandeln von Fällen auszeichnet.

2.3 Mögliche Zielsetzung von Identitätsarbeit als Empowerment

Identitätsarbeit ermöglicht m.E. ein Arbeiten mit und an den oben beschriebenen Divergenzen. Somit fördert Identitätsarbeit auch und gerade Empowerment. Es stellen sich daher für dieses Thema vor allem folgende Divergenzen im Sinne der oben aufgeführten Schwierigkeiten in der Arbeit mit chronisch psychisch kranken Menschen dar:

- Infolge der Subjektorientierung sollen Nischen, Eigensinnigkeit und Individualität gefördert und akzeptiert werden. Gleichzeitig soll eine Integration in die Gesellschaft ermöglicht und gefördert werden.
- Chronizität als Bewältigungsform und in seiner autoprotektiven Funktion soll akzeptiert werden. Gleichzeitig soll Entwicklung zu mehr Selbsthilfe und weniger Fremdhilfe gefördert werden.

Bock/Weigand (1992) haben verschiedene Formen der Sinnhaftigkeit von psychotischen Krisen, die üblicherweise defizitär interpretiert werden, gegenübergestellt. Neben der Frage, ob die insbesondere psychotischen Wahnvorstellungen nicht als Kompensationsversuch eines ansonsten trostlosen Lebens oder infolge von unbewältigten traumatischen Konflikterlebnissen zu verstehen sind, ist die Frage nach dem Empowerment dieser Menschen auch deshalb interessant, weil Psychosen und andere psychische Krisen als Bewältigungsversuch angesehen werden können und damit ihre Schutzfunktion deutlich wird.

Die als individuelle Selbsthilfe oder Selbstheilung anzusehenden Formen dieses Phänomens können sehr unterschiedlich sein (Maeder 1960).

An dieser Stelle sollen zwei mit dem Empowermentmodell eng verknüpften Formen benannt werden:

- Manche psychisch kranke Menschen neigen nach einigen psychischen Krisen dazu, sich in ihre „enge Welt“ zurückzuziehen. Dies kann sich etwa im Rückzug in die häusliche Umgebung oder in einer Art „sekundärem Autismus“ (Gross/Huber 1971) ausdrücken. Durch diese Art der Selbsthilfe vermeiden sie weitere Kränkungen oder Stress, den sie ihrer Ansicht nach nicht entsprechend verarbeiten können.
- Andere wiederum geraten in eine Art produktiven Überflusses, indem sie bei Nahen von psychischen Krisen bzw. als Verarbeitung von konfliktiven Situationen oder Erlebnissen, ständig handeln und sich bewusst einer Vielzahl von Stressoren aussetzen. So haben Bock/Junck (1991) sogar herausgefunden, dass einige Betroffene der Meinung seien, sie könnten bewusst eine Psychose provozieren. Diese Patienten erfahren insofern durch den psychotischen Ausnahmezustand eine Verbesserung ihrer emotional-geistig-sozialen Verfassung, durch Steigerung der Reizzufuhr.

Diese beiden Formen der Bewältigung psychischer Ausnahmezustände zeigen deutlich, dass Selbsthilfe nicht nur im üblichen Rahmen als Hilfe zur restlosen Gesundung verstanden werden sollte. Vielmehr findet Selbsthilfe häufig in einem Kontext statt, der im Sinne des HEDE-Kontinuums von Krankheit und Gesundheit geprägt ist.

Erfolgreiches Empowerment bemisst sich deshalb nicht nur an dem, was üblicherweise als Selbsthilfe verstanden wird, nämlich z.B. die Teilnahme an Gruppen, in denen Psychoerfahrungen besprochen werden, sondern auch und gerade für die Mehrzahl der chronisch kranken Menschen darin, dass auch scheinbar dysfunktionale Bewältigung als sinnvoll erscheint, wenn sie als Ausdruck individueller Selbsthilfe verstanden wird.

In diesem Zusammenhang stellt der Beitrag von Erikson (1968) einen wichtigen Zugang zum Problem dar: In seiner Rollentheorie der psychiatrischen Versorgung versteht Erikson das Problem so, dass die Patienten, wenn sie sich in psychiatrische Behandlung begeben, die Rolle des psychisch Kranken übernehmen, die ihnen im weiteren Verlauf der Behandlung bestätigt wird. Damit erhöht sich jedoch die Entfernung von ihrer bisherigen sozialen Welt, wie Erikson meint, die sich weiter vergrößern wird, je länger die Behandlung andauert. Damit also, dass die Subjekte sich selbst als Patienten der Psychiatrie definieren, konstituieren sie ihre eigene Rolle als besondere Personen, die der Hilfe und Obhut einer Institution oder doch zumindest einer institutionalisierten Behandlung bedürfen. Die also eigentlich von der Medizin und dem psychiatrischen Versorgungssystem im weitesten Sinne geforderte Anpassung im Sinne einer Krankheitseinsicht stellt soziologisch gesehen ein großes Problem dar, da sich damit die Patienten in die etymologische Bedeutung ihrer Rolle als „Wartende“, „Geduldige“ fügen.

In diesem Sinne kann deshalb die Förderung von Krankheitseinsicht nicht unbedingt als Empowerment aufgefasst werden, da durch diesen Prozess mehr die Abhängigkeit des Menschen als seine Selbständigkeit gefördert wird. Diese Erkenntnis hat für professionelle Denkmodelle

weitreichende Konsequenzen, da an ihr deutlich wird, dass ein absoluter Wahrheits- oder Zielanspruch weder an die Behandlung noch an Empowerment zu stellen ist.

2.4 Kasuistik

In diesem Abschnitt sollen drei Kasuistiken vorgestellt werden, die verdeutlichen, worin erfolgreiches Empowerment bestehen könnte bzw. welche Rolle darin Identitätsarbeit spielt. Dabei werden die bereits in Teil D erfolgten Beschreibungen um einige andere Beobachtungen und Einschätzungen ergänzt. Als erfolgreiches Modell dieser Identitätsarbeit soll auf das Beispiel von Frau B. und Herrn O. zurückgegriffen und hieran die Prinzipien und Möglichkeiten exemplifiziert werden. Bei Frau M. sieht man die Risikofaktoren, die ein Empowerment im Sinne einer Selbstbefähigung verhindern können.

2.4.1 Frau B. - „und das immer positiv angehen“

Frau B. ist Sozialpädagogin und arbeitet in einem Kindergarten. Sie ist 45 Jahre alt, verheiratet und lebt mit ihren beiden Kindern und ihrem Mann in einem Reihenhaus. Frau B. leidet an einer Depression.

Frau B. sieht bei sich zwar eine gewisse Disposition zu ihrer Erkrankung, diese sei jedoch durch eine einschneidende Lebenserfahrung ausgebrochen. Sie akzeptiere die Tatsache, dass sie krank sei. In ihrem Leben versuche sie sich vor erneuten akuten Krankheitsphasen dadurch zu schützen, dass sie sich „zusammen reißt“ und Anforderungen „positiv angehe“. Zu große Belastungen versuche sie „abzublöcken“ und nicht zu viel „an sich ran zu lassen“. Dadurch habe sie einen hohen Einfluss auf ihre Krankheit, wenngleich sie die Chronizität ihrer Krankheit anerkenne. Eine große Hilfe sei die Familie,

die sie in akuten Episoden ihrer Krankheit unterstützt habe. Frau B. besucht regelmäßig eine Selbsthilfegruppe, der sie bereits mehrere Jahre angehört. Dort findet sie ihrer Einschätzung nach die nötige Hilfe und die Möglichkeit zur ständigen Reflektion des eigenen Handelns.

Trotz ihrer chronischen Erkrankung schafft es Frau B. durch sozial-lebensweltliche Rahmenbedingungen (Familie, Erwerbsarbeit) ihre Krankheit insoweit zu bewältigen, dass es zu keiner Verschlechterung kommt. Sie erreicht einen hohen Grad an sozialer Integration bei gleichzeitiger ständiger Bewältigung der Krankheit (u.a. durch die Selbsthilfegruppe und ihre „Einstellung“ zu ihrer Krankheit).

Der gemessene SOC-Wert von 125 Punkten erlaubt in diesem Fall keine Aussage über einen Zusammenhang zu ihrer sonstigen Selbsthilfefhaltung.

2.4.2 Herr O. – „Ich war gerne verrückt.“

Herr O. ist 48 Jahre alt, lebt von einer Erwerbsunfähigkeitsrente und in einer gemeinsamen Wohnung mit seiner Partnerin, die ebenfalls psychisch krank ist. Herr O. hat eine Ausbildung zum Landwirt absolviert und in diesem Beruf auf dem Hof seiner Eltern gearbeitet. Seines Erachtens ist er daran erkrankt, dass er eigentlich nie in diesem Beruf arbeiten wollte, sich aber nicht gegen seinen Vater durchsetzen konnte. Herr O. leidet an einer schizophrenen Psychose.

Herr O. hat einschlägige Erfahrungen mit der stationären Psychiatrie (häufige, teilweise langwierige Behandlungen), seine erste Krankheitsphase fand bereits mit 21 Jahren statt. Nach Auszug aus dem Elternhaus sei es zu einer leichten Verbesserung gekommen, akute

Psychosen traten nicht mehr auf. Dafür traten an die Stelle der akuten, positiven Symptomatik immer öfter depressive Phasen.

Herr O. scheint seine Erkrankung mit einer fast spielerischen Souveränität im Griff zu haben und nutzt die professionellen Hilfsangebote nach eigenem Urteil, oft nur krisenintervenitorisch (Klinik), dann aber längerfristig im Sinne eines ständigen Anlaufpunktes für die Tagesstrukturierung (Tagesstätte). Allerdings wahrt er dabei immer eine gewisse Distanz, die ihn vor der Vereinnahmung durch diese Institution bewahrt.

Ein weiterer interessanter Aspekt bei Herrn O. ist der, dass er von sich behauptet „*immer gerne verrückt*“ gewesen zu sein. Seine damit artikulierte, allerdings erst in der Retrospektive so attributierte, Einstellung zeichnet sich dadurch aus, dass er durchaus einen Krankheitsgewinn sieht. Für ihn bestand dieser vor allem darin, Möglichkeiten zu haben, bislang unausgelebte Seiten seiner Persönlichkeit leben zu können.

Diese Feststellung sind vor dem Hintergrund zu treffen, dass Herr O. mit einem SOC-Wert von „nur“ 115 im unteren Durchschnitt liegt. Es lässt sich hieraus also keine einseitige Aussage über sein Selbsthilfepotential treffen, berücksichtigt man die in den Interviews erhobene Selbstdarstellung.

2.4.3 Frau M. - „Psychisch Kranke haben keine Ziele mehr.“

Frau M. ist 45 Jahre alt, lebt in einer Partnerschaft mit einem alkoholkranken Mann und bezieht Sozialhilfe. Sie hat eine

abgeschlossene Berufsausbildung zur Zahnarzthelferin, hat jedoch in dem Beruf nur sehr kurz gearbeitet. Frau M. leidet an einer schizoaffektiven Psychose.

Frau M. erkrankte bereits während ihrer Ausbildungszeit und hatte lange Jahre ständige, hochfrequente stationäre Behandlungen erfahren, war zwischenzeitig des öfteren in Frauenhäusern. Seit dem Besuch einer Tagesstätte für psychisch kranke Menschen erfolgten keine weiteren stationären Behandlungen oder Aufnahmen ins Frauenhaus.

Frau M. versteht ihre Krankheit als eine Art Überlastungskompensation, sie zeigt in ihrem Verhalten eine hohe Abhängigkeit von anderen Menschen, insb. von ihrem Lebenspartner, aber auch von den professionellen Helfern. Positiv ausgedrückt könnte man sagen, dass die MitarbeiterInnen in der Tagesstätte die einzige Entlastungsmöglichkeit für Frau M. bieten. Die Diagnose einer Schizophrenie bzw. Schizoaffektivität wird von ihr abgelehnt ohne dass sie dafür eine eigene Erklärung hat.

Sie ist in vielen Lebenssituationen stark verunsichert und hat nur ein sehr geringes Selbstwertgefühl. Der gemessene Kohärenzwert nach Antonovsky beträgt bei Frau M. 70 Punkte und stellt damit einen auf die Referenzwerte bezogenen sehr niedrigen Wert dar. Die Frage nach ihrem Selbsthilfeverständnis konnte Frau M. nur mit Hinweis auf die professionellen Angebote (insb. Tagesstätte) beantworten, sie äußert zudem einen hohen Selbsthilfe pessimismus („*das geht immer daneben*“).

2.4.4 Unterscheidende Beurteilung der Kasuistik

Frau B. und Herr O. haben es im Gegensatz zu Frau M. geschafft, ihre Krankheitserfahrungen in ihr Leben insofern zu integrieren, als dass sie sich eine förderliche Umgebung geschaffen haben, die ihnen die Bewältigung der Krankheit ermöglicht. Im Zusammenwirken mit einem deutlich höheren Kohärenzgefühl gelang Frau B. eine Integration der Krankheitserfahrung in ihre sonstigen Lebensumstände. Sowohl die beruflichen als auch die familiären Strukturen blieben stabil. Sie sucht seit langem regelmäßig eine Selbsthilfegruppe auf, die ihr viel Stabilität verleiht. Herr O. hat sich in der Vergangenheit eigene, private Netzwerke aufgebaut, zu denen zeitweise eine private Gruppe gehörte, die ihm immer wieder den nötigen Halt geben. Hinzu kommt bei Herrn O. eine, wenn auch oft konfliktreiche, Beziehung, die ebenfalls für Kontinuität sorgt. Und schließlich besteht der souveräne Umgang mit den Möglichkeiten des Versorgungssystems.

Unter Rückgriff auf die oben formulierten Divergenzen bleibt die Frage bestehen, welche Entwicklung ganzheitlich gesünder ist? Psychisch gesund, d.h. ohne akute Krankheitsphasen, sind alle drei Personen seit Jahren. Bei Frau B. und in Abstufung bei Herrn O. ist jedoch eine deutlich höhere soziale Integration in stabilisierende soziale Unterstützungssysteme zu verzeichnen und damit einhergehend eine höhere Selbstwirksamkeitsüberzeugung. Auch verfügen beide über eine gewisse Souveränität im Umgang mit ihrer Krankheit bzw. den für sie notwendigen informellen und formellen Hilfen.

Festzuhalten bleibt, dass Empowerment im Grunde genommen als Befähigung zur Identitätsarbeit verstanden werden muss, dass die Art

des Empowerment stark von sozialen und individuellen Faktoren des jeweiligen Individuums abhängt.

3 Zwischenresümee

Das Modell der Identitätsarbeit wurde hier als eine Möglichkeit des Empowerments bei chronisch psychisch kranken Menschen in Zeiten postmoderner Gesellschaftsveränderungen vorgestellt und diskutiert. Es konnte gezeigt werden, dass dies in der Umsetzung bedeutet, den Betroffenen beim Erwerb einer flexiblen, aber sicheren Identität zu helfen oder wie Merten (1997) es nennt: „die Fähigkeit zu reflexivem Selbstbezug“ zu entwickeln.

Die durch krankheitsbedingte Erfahrung gefährdete Identität sollte in einem Prozess der Neuorientierung bzw. Neubewertung wieder stabilisiert werden. Hier gilt es, sowohl identitätsstiftende als auch identitätsverändernde Modelle und Hilfen anzubieten. Diese sollten geprägt sein von der Anerkennung der besonderen Lebenswege dieser besonderen Menschen bei gleichzeitiger Integration in befriedigende soziale Netze.

Kapitel III - Skizzierung eines integrativen Empowermentmodells

Für das hier anvisierte Empowermentmodell in der Psychiatrie stellt sich die Herausforderung, gleichzeitig Bedürfnisse nach Autonomie und Partizipation zu berücksichtigen und sukzessive und prozesshafte Veränderungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Diese sollten in Teilschritten erfolgen und stets relativ zum Entwicklungsstand der Betroffenen gestaltet sein. Hierbei finden idealiter die im ersten Kapitel dieses Teils dargestellten Grundlagen ebenso Berücksichtigung wie das Modell der Identitätsarbeit. Zusammenfassend sollen aus diesen Überlegungen heraus im Folgenden die wesentlichen Grundlagen eines solchermaßen verstandenen Empowermentmodells vorgestellt werden.

1 Zur Integrativität des Modells

Am Anfang dieses Modells steht die Forderung bzw. das Ziel, Menschen mit psychischen Krankheiten und/oder Erfahrungen der psychiatrischen Behandlung und Betreuung wieder zu Experten für ihr eigenes Leben oder zu „kompetenten *Konstrukteuren eines gelingenden Alltags* [kursiv im Original, Anm. D.R.]“ (Herriger 1997b, 73) zu machen, ohne sie allerdings zu überfordern.

Hieraus ergeben sich zunächst mehrere Konsequenzen:

- Empowerment muss sich - aufbauend auf der heute gültigen Auffassung einer erhöhten Vulnerabilität von Menschen mit psychischen Erkrankungen - stets auf den Zwiespalt zwischen Unter- und Überforderung einstellen. Diese besondere Problematik verhilft jedoch dazu, genauer zu identifizieren, wo die für ein

Empowerment nutzbar zu machenden Ressourcen der Menschen liegen.

- Empowerment ist nur relativ möglich, d.h. von einem bestimmten Empowermentniveau des Menschen auf eine nächst höhere Stufe. Aus diesem Grund ist ein „Ausstieg“ aus dem Empowermentprozess nicht als regressive Verschlechterung zu devaluieren, sondern als Rückzug auf eine sichere Basis zu verstehen, von der aus evtl. zu einem späteren Zeitpunkt weitergemacht werden kann.
- Empowerment kann daher bei psychisch kranken Menschen sowohl vorhandenes oder verschüttetes Bewältigungsverhalten stärken. Dies kann zum einen darin bestehen, die Funktion von individuellem Rückzug als Schutz vor zwischenmenschlichen Kränkungen anzuerkennen. Zum anderen kann dies bedeuten, den Auszug, das „Sich-Hinein-Begeben“ in die Welt zu unterstützen, indem z.B. über die Krankheit gesprochen wird oder mit ebenfalls Betroffenen gemeinsame soziale Aktivitäten vorgenommen werden. Schließlich kann es bedeuten, Betroffenen Möglichkeiten zur Einflussnahme auf sozialplanerische Prozesse zu ermöglichen.
- Empowerment sollte sich deshalb stets relativ zum erreichbaren Ziel bewegen, indem dafür gesorgt wird, dass zwischen Reizen bzw. Anforderungen auf der einen und kontemplativen und beruhigenden Räumen und Zeiten auf der anderen Seite eine gute Balance herrscht.
- In diesem Sinne bedeutet Empowerment in der Arbeit mit chronisch psychisch kranken Menschen die Fähigkeit, sich auf das Ausbalancieren zwischen diesen Polen einzulassen und sich insgesamt dem Ziel des gelingenden Lebens zu verpflichten. Das bedeutet insbesondere, Empowerment als Hilfe zur Lebensbewältigung zu verstehen.

- Empowerment steht dabei für die Akzeptanz des Erfahrungswissens von Betroffenen, dass sich oft genug vom potentiell lebensweltfremden Expertenwissen unterscheidet.
- Das Konzept der Identitätsarbeit bietet hierfür einen ausreichend begründeten Hintergrund, der es ermöglicht, viele Identitäten bzw. daraus resultierende Lebensstile zuzulassen. Diese Art des Empowerment kann die Potenziale der Postmoderne verstärken, ist aber auch stets durch die Risiken der Postmoderne gefährdet.

Hier gilt es auf Seiten der Professionellen und der Gesellschaft sowohl Nischen für Rückzug als auch Aktionsräume für das Ausleben von „verrückten“ Lebensentwürfen zur Verfügung zu stellen. Bock/Weigand sprechen deshalb als Ergebnis einer Untersuchung davon, dass

„deutlich mehr Personen [...] Wünsche nach angemessenen »ökologischen« Rahmenbedingungen als nach professionellen Angeboten [äußern]. [...]. Wünsche nach Geborgenheit ergänzen sich mit dem Bedürfnis nach Abgrenzung“ (Bock/Weigand 1992, 216).

Hieraus folgend soll nun die Skizzierung eines Modells vorgenommen werden, welches das oben Ausgeführte grafisch darzustellen versucht. Auf Seiten der Institution Psychiatrie sind nicht nur die medizinischen und hier nicht nur die stationären Hilfen sondern auch ambulante oder komplementäre Dienste gemeint sowie alle beteiligten Professionen, die zusammen die entsprechende Helfelandschaft ausmachen. Auf Seiten der Betroffenen sind sowohl chronisch psychisch Kranke als auch verschiedene Diagnosen subsumiert. Dies lässt die Darstellung zu einer nur groben Programmatik geraten, innerhalb derer die im einzelnen aufgeführten Methoden noch spezifiziert werden müssen.

2 Zum Prozesscharakter des Modells

Auf ein prozessorientiertes Modell psychosozialer Arbeit hin konkretisiert soll nun das integrative Empowerment beschrieben werden. Hierfür wird davon ausgegangen, dass die Handlungsmethoden der psychosozialen Arbeit genutzt, jedoch in ein Empowermentmodell eingebunden werden müssen. Die entsprechenden Herausforderungen und Aufgaben sind auf zwei Ebenen anzusiedeln.

2.1 Subjektorientierung

Am Anfang des Prozesses ist die Empowermentintensität zunächst als sehr hoch anzusetzen. In dieser Phase könnte Empowerment auf der Subjektebene damit beginnen, die Auseinandersetzung mit der Krankheit bzw. dem „Kranksein“ zu fördern. Dies sollte dann zu einem reflektierten Krankheitsverständnis führen. Ein solches Krankheitsverstehen würde sich darin ausdrücken, dass die kranken Aspekte mit den gesunden des Subjekts zu einem ausgewogenen Verständnis verknüpft werden können. Solchermaßen in ein Gesundheits-Krankheits-Kontinuum eingebunden wird sich m.E. auch die Selbstkontrollüberzeugung der Betroffenen verbessern, da sie sich realistischer mit ihrer Krankheit, besser mit der Bewältigung dieser Krankheit und ihren gesunden Anteilen auseinandersetzen können.

Weiterhin wird auf der Gruppenebene der Schwerpunkt darauf zu legen sein, zunächst mit einer Mobilisierung und späteren Formierung zu beginnen, die die psychisch kranken Menschen in die Lage versetzt, sich an den sie direkt betreffenden Behandlungs- oder Betreuungsprozessen zu beteiligen. Dies kann sich z.B. in der Aushandlung bzw. Nutzung von Behandlungsvereinbarungen

ausdrücken. Weiterhin sollte auf dieser Ebene eine Art von Identitätsarbeit stattfinden, um sich dem eigenen „Verrückt-Sein“ zu widmen. Am Ende dieser Phase sollte dann die Chance der Auslebung verrückter Lebensweisen stehen. Dies könnte z.B. in die Teilnahme an Selbsthilfegruppen oder auch grundsätzlich in die Darstellung und Rechtfertigung eigener Lebensautonomie münden.

Auf einer Organisationsebene könnte schließlich die Partizipation an sozialstrukturellen bzw. sozialpolitischen Planungen den Empowermentverlauf abschließen.

Wie aus dieser Prozessbeschreibung hervorgeht, kann mit zunehmender Teilhabe und wachsendem Eigensinn die Empowermentintensität der Professionellen abnehmen, da immer mehr eigene Ressourcen und „Mächtigkeiten“ von den psychisch kranken Menschen selbst genutzt werden.

Die aus Gründen der Integrativität erforderliche Vielfalt an Methoden drückt den Anspruch des Modells auf weitere Verbreitung aus. Je nach Situation und individuellen sowie sozialen Ressourcen des zu empowernden Individuums oder der empowernden Institution können die jeweiligen Methoden zum Tragen kommen. Wichtiger als die Anwendung von Methoden im Sinne von Sozialtechnologien ist jedoch die Integritäts-Forderung: M.E. besteht die nächste große Aufgabe der Psychiatrie nach den Reformen der vergangenen Jahre darin, sich dem Empowermentmodell zu verschreiben und sowohl ambulante als auch stationäre Hilfen dahingehend weiterzuentwickeln, dass sie dem Anspruch nach Autonomie und Sicherheit der psychisch kranken Menschen gerecht werden.

2.2 Institutionsorientierung

Die Institution „Psychiatrie“ steht nun analog zu den für die Subjekte getroffenen Aussagen vor eigenen Aufgaben, die wie folgt beschrieben werden können.

Zunächst sollte sie sich um die psychisch kranken Menschen in der Art kümmern, dass die Behandlung und damit möglichst restlose Beseitigung der Krankheitsursachen im Vordergrund der Bemühungen steht.

Gleichzeitig sollte jedoch darauf geachtet werden, dass eine expertenorientierte, die Betroffenen zu Passivität verleitende Behandlung dadurch vermieden wird, dass sie zur eigenen Bewältigung bzw. Reflexion des Krankheitsgeschehens befähigt werden. Dies meint etwa psychotherapeutische Bemühungen, die in der Standard-Psychiatrie-Behandlung jedoch häufig nicht ausreichend genutzt werden. Auch hier steht an erster Stelle die Fokussierung von Ressourcen der Betroffenen und damit die Integration in ein Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Dies würde zwangsläufig zur Ausbildung einer Kontrollüberzeugung führen, die den Betroffenen dabei hilft, sich aktiv und konstruktiv mit ihrer Krankheit respektive Gesundheit auseinander zu setzen.

Auf der Ebene der Organisationen (also in diesem Sinne der intra- und extramuralen Psychiatrie) sollten Möglichkeitsräume eröffnet werden, die eine Beteiligung der Betroffenen an strukturellen und konzeptionellen Planungen ermöglichen. Dies geschieht etwa zur Zeit durch die Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen an den Sitzungen der gemeindepsychiatrischen Verbände. Über diese Beteiligung hinaus kann die Institution „Psychiatrie“ durch Förderung von

Selbsthilfeszusammenschlüssen während und über die Behandlung hinaus, zu einer Wiederbemächtigung der Betroffenen beitragen. Dabei sollte sie ihren ordnungspolitischen, normativen Auftrag zunehmend in den Hintergrund stellen, um verrückte Lebensweisen als einer pluralen Zivilgesellschaft zugehörig und damit legitim zu rechtfertigen. Dies führt unweigerlich zur gleichberechtigten Partizipation der psychisch kranken Menschen an den sie betreffenden Prozessen in der Sozialplanung und Sozialpolitik.

Die Psychiatrie kann sich dieser Aufgabe und diesem Weg mit zunehmender Belastbarkeit der Betroffenen widmen. Ich gehe dabei davon aus, dass eine psychiatrische Versorgung, die frühzeitig solche Möglichkeitsräume eröffnet, die Belastungsfähigkeit der Betroffenen erhöhen kann. Dabei darf sie jedoch auch die besondere Schutzbedürftigkeit psychisch kranker Menschen, die zu Beginn der Erkrankung und während immer wiederkehrender Krisen auftritt, nicht aus den Augen verlieren.

Im Folgenden seien die hier vorgeschlagenen Prozesse in einer Abbildung zusammengefasst:

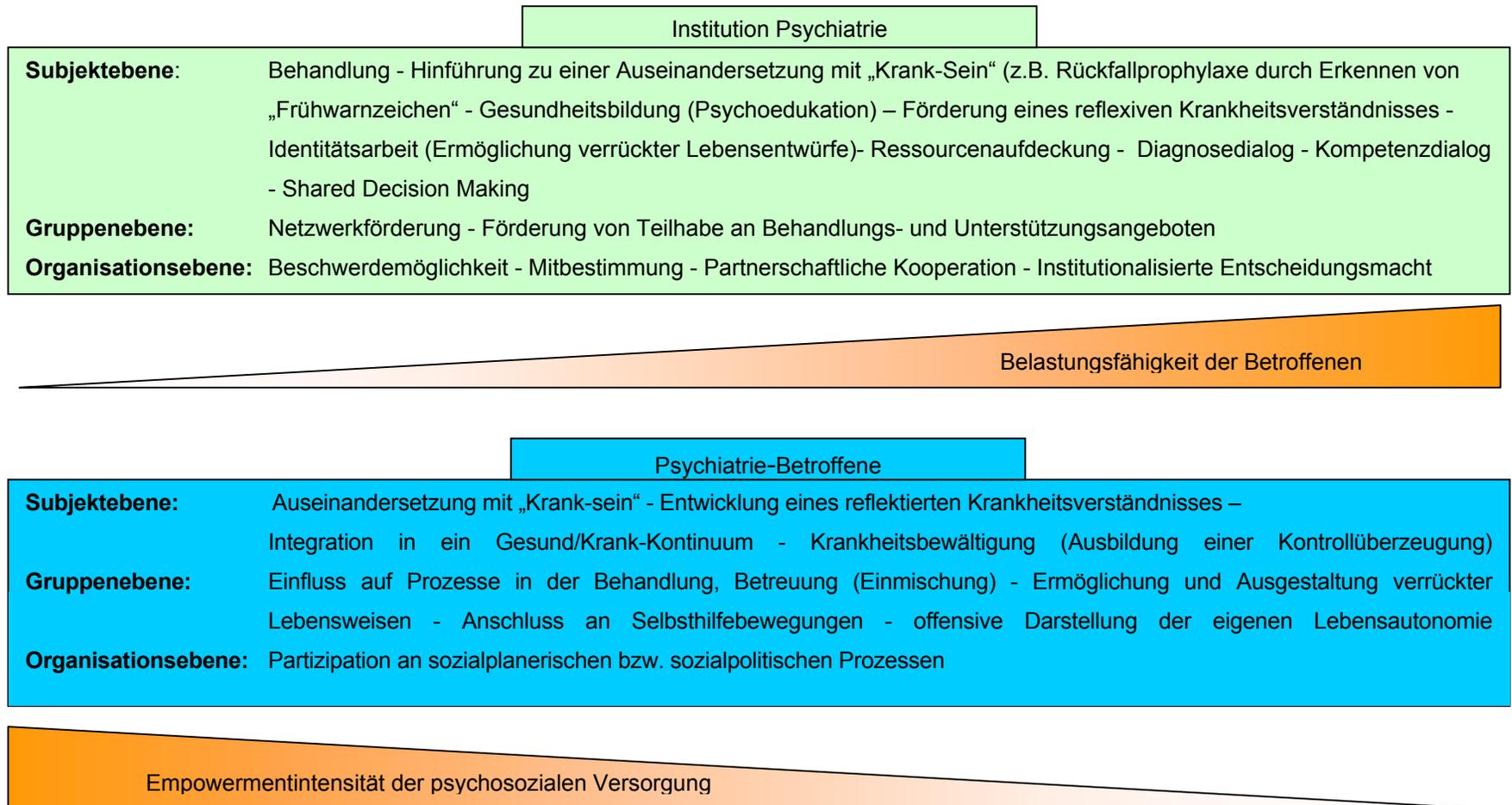


Abbildung 5: Darstellung eines integrativen prozessorientierten Empowermentansatzes

Teil F - Ausblick: Empowerment als Gegenmittel zur Psychiatisierung?

In den bisherigen Ausführungen wurde der Versuch unternommen, Möglichkeiten der Lebensbewältigung als Empowermentstrategie in der Arbeit mit chronisch psychisch kranken Menschen herauszuarbeiten. Dabei wurde auf die besonderen Chancen der postmodernen Gesellschaftsveränderungen ebenso eingegangen wie auf die für ein gelingendes Leben notwendigen neuen Kompetenzen. Zur Förderung dieser Kompetenzen wurde die Identitätsarbeit als ein mögliches Modell hervorgehoben.

Insgesamt kann deshalb resümiert werden, dass die Hilfe zur Lebensbewältigung von psychisch kranken Menschen eine zentrale Aufgabe der jetzigen und noch mehr der zukünftigen psychosozialen Hilfen sein wird. In diesem Sinne verwirklicht das Konzept der Lebensbewältigung durch Identitätsarbeit als Empowermentstrategie die ursprüngliche Forderung der Sozialpsychiatrie nach mehr Souveränität des Subjekts. Kann hieraus der kühne Schluss gezogen werden, dass Empowerment gar als Gegenmittel zu einer Psychiatisierung angesehen werden kann? Zur Beantwortung dieser Frage, ist zunächst zu klären, ob und welche politischen Systemebenen als Katalysatoren für Empowermentprozesse betrachtet werden können. Zu nennen wären hier erstens eine im engeren Sinne veränderte Gesundheitspolitik, die insbesondere die Patienten bzw. Klienten als eigenverantwortliche Akteure und als Hauptpersonen ihrer Gesundheit sieht, und andererseits eine Gesellschaftspolitik, die insgesamt und damit globaler mit einer erhöhten Diversivitätstoleranz auf abweichendes Verhalten reagiert? Kann das hier vorgestellte Modell der Identitätsarbeit als eine Form des Empowerments in Zeiten

postmoderner Veränderungen in diesem Sinne einer Psychiatisierung chronisch psychisch kranker Menschen entgegenwirken?

Eine gesellschaftspolitische Antwort wäre dann zu geben, wenn man von einem „Leiden an der Gesellschaft“ (Dreitzel 1972) ausgeht. Diese Antwort könnte dann lauten, dass bisher segregierende gesellschaftliche Mechanismen in einer postmodernen Gesellschaft weitaus weniger wirksam würden, da es eine höhere Toleranz für Abweichung gibt. Eine gesundheitspolitische Antwort wäre fällig, wenn man davon ausgeht, dass psychische Krankheit als Leiden in der Gesellschaft zu interpretieren wäre und damit die Gesellschaft sich insgesamt um bessere Lebensbedingungen für alle ihre Mitglieder kümmerte.

Wie bereits durch den Vorschlag eines integrativen Modells von Empowerment sichtbar wurde, möchte ich für einen dritten Weg plädieren. M.E. liegt nämlich im Modell der Identitätsarbeit als einer Form des Empowerment die notwendige Freiheit und Toleranz gegenüber eigen-artigen Lebensentwürfen und gleichzeitig das Potenzial zur Integration. Damit stellt es ein übergeordnetes Verständnis- und Handlungspotential zur Verfügung, das dabei hilft:

- individuelle Subjektivität zuzulassen,
- gesellschaftliche Integration zu fördern,
- rein medizinische Be-Handlungsmodelle zu erweitern (etwa um psychologische, sozialarbeiterische oder pflegerische Ansätze)
- und entfremdende, psychotische Wahrnehmungen und Krisen in die Biografie zu integrieren.

Wollte man diese Überlegungen modellhaft skizzieren, ergäbe sich folgende Gegenüberstellung zwischen Moderne und Postmoderne:

Moderne

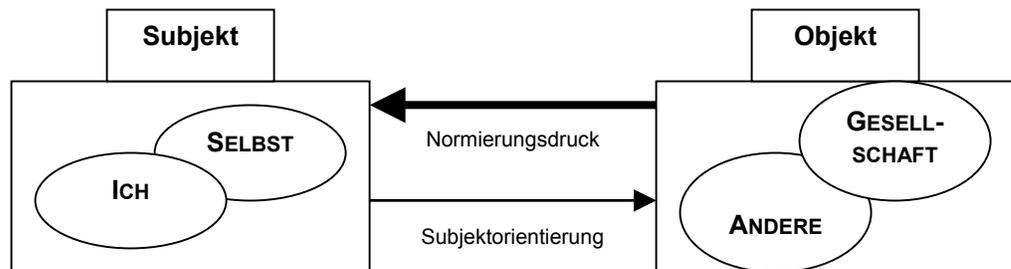


Abbildung 6: Vom Umgang mit Abweichungen in der Moderne

Postmoderne

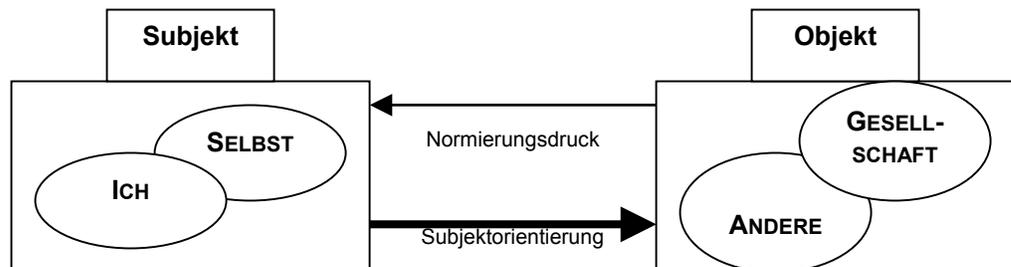


Abbildung 7: Vom Umgang mit Abweichungen in der Postmoderne

Aus diesem Modell abzuleiten ist sodann die „neue“ Situation, d.h. der veränderte Umgang mit Abweichungen im Lebensstil, die sich aus dem Vorliegen einer psychischen Krankheit ergeben. Diese stellt sich so dar, dass von einem Absinken des Normierungsdrucks in der Postmoderne auszugehen ist, weil die Individualisierung und Pluralisierung der Lebensstile in der Gesamtbevölkerung zunimmt.

Grundlegend bei allen Handlungen und Entscheidungen sollte jedoch die Wunsch- und Wahlfreiheit der Betroffenen sein, die häufig genug die

Anstrengungen der professionellen Helfer vergrößern wird, da es gilt, auch die Lebensentwürfe zu stützen, die vom eigenen Helfer-Klient-Ideal abweichen. Dies erfordert für die professionellen Helfer eine neue Zugangsweise und Einstellung zu ihrem Handeln, ihren Zielen, ihrem Helferideal u.v.a. Die Aufgabe des professionellen Helfers kann sich daher nur in der Anleitung zur Identitätsarbeit oder nach Merten (1997) zu einer Förderung „reflexiven Selbstbezugs“ ausdrücken. Diese Veränderungen der eigenen professionellen Haltung erfordert weitreichende Reformen und Neuorientierungen im eigenen Denk- und Handlungsapparat des Helfers und im System der Hilfen. Riedmüller beschreibt diese neue Aufgabe wie folgt:

„Diese neue Lage erfordert ein ungleich höheres Maß an (Möglichkeits-) Wissen über soziale Zusammenhänge, über Wirkungen und Folgen psycho-sozial belastender Lebenslagen. Und genau in diese Prozesse der sozialen Lebensbewältigung ist Soziale Arbeit und Erziehung, sind pädagogische und soziale Dienste in zweifacher Weise involviert: Zum einen als neu geschaffene Sicherungsinstanzen für belastete Lebenslagen und unterstützungsbedürftige Lebensabschnitte, zum anderen als geradezu prototypische Formen eines selbst dauerhaften riskanten, ungewissen, wissensabhängigen, nicht eingrenzbaeren sozialen Handelns.“ (Riedmüller 1994, 92)

So ergibt sich der Weg zu mehr Subjekthaftigkeit für psychisch kranke Menschen und damit zu mehr Autonomie dadurch, dass

„dem sinnentleerten Objektivismus und der Entmündigung des Irren durch die Psychiatrie durch eine Wiederbemächtigung und –bemündigung mittels der Affirmation seiner Subjektivität“ entgegengewirkt werden kann (Hellerich 1990, 8).

Gleichzeitig ist die drohende Gefahr einer Präventionspolitik, die jedes drohende abweichende Verhalten am besten im Keim ersticken möchte, relativiert, da sich zur „Logik von Prävention und Früherkennung“, in der der „Mensch als Risiko“ (Wambach 1983) auftaucht, eine Logik der Toleranz und Akzeptanz gesellt.

Professionelle Helfer könnten unter Berücksichtigung des eben Gesagten auch schwer chronifizierte psychisch kranke Menschen dahingehend empoweren, ihren eigenen Weg zu finden, der in Einklang steht mit ihrer Individualität, Lebenswelt und Krankheit. Eine psychosoziale Praxis, die auf diesem Kapital von Vertrauen in die Stärken ihrer Adressaten aufbaut, nimmt Abschied von der Expertenmacht. Grundlage allen pädagogischen Handelns ist hier die Anerkennung der Gleichberechtigung von beruflichem Helfer und Klient, die Konstruktion einer symmetrischen Arbeitsbeziehung also, die auf die Attribute einer bevormundenden Fürsorglichkeit verzichtet, die Verantwortung für den Arbeitskontrakt gleichverteilt und sich auf einen Beziehungsmodus des partnerschaftlichen Aushandelns einlässt. Die Verwirklichung einer solchen „Arbeits-Partnerschaft“ im pädagogischen Alltag ist an spezifische Voraussetzungen gebunden. Hierzu zählen u.a.:

- die Einführung einer systematischen Kompetenzdiagnostik, die sensible Diagnose lebensgeschichtlich verankerter Stärken und Ressourcen auf Seiten der Klienten,
- die vertragliche Regelung von Hilfebeziehungen,
- die Formulierung von ausgearbeiteten Hilfe- und Behandlungsverträgen, in denen die auf den Hilfeprozess bezogenen Ziele, Verfahren, Zeitperspektiven und Verantwortlichkeiten wechselseitig verpflichtend niedergeschrieben sind
- und das unveräußerliche Wahlrecht der Klienten: die Achtung der Eigenentscheidungen und der Selbstverantwortlichkeiten der Adressaten im Hinblick auf die Nutzung des sozialen Dienstleistungsangebotes wie auch im Hinblick auf die von ihnen markierten Grenzen der pädagogischen Zuständigkeit.

Für die Psychiatrie wäre dies - sollten die theoretischen Bemühungen um Empowerment einmal Früchte tragen - die nächste große Reform nach der Einführung von Behandlungsmodellen statt reiner Internierung im 19. Jh. und der Auflösung der großen Asyle im 20. Jahrhundert. Das 21. Jahrhundert wäre also für die Psychiatrie das Jahrhundert des Empowerments im Sinne einer noch stärkeren Orientierung auf das Subjekt, also auf den psychisch kranken Menschen, seine besondere Lebenswelt und seine Besonderheit als Person. Die Integration des Empowermentgedanken in alle Versorgungsbereiche würde dann zu einem erneuten Humanisierungsschub der Psychiatrie führen, statt sie - wie es aktuell geschieht - immer weiter zu ökonomisieren und zu technisieren, wie dies durch die Renaissance der biologischen Psychiatrie droht. Mit dieser Neu-Vermessung des Arbeitskontraktes zwischen Sozialarbeiter und Klient verändert sich die berufliche Identität der Sozialen Arbeit. Soziale Arbeit im Zeichen von Empowerment ist dann nicht mehr allein Produktion von Dienstleistungen oder parteiliches Eintreten für Klienteninteressen. Sie wird vielmehr zu einer einführenden und unterstützenden Lebensweg-Begleitung, die Menschen in Zeiten der Lebensveränderung ermutigt und unterstützt und ihnen strukturelles Rückgrat für individuelle und kollektive Prozesse der Selbstbefreiung ist.

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

Abbildung 1: Angewandte Phänomenologie	13
Abbildung 2: Forschungsansatz	20
Abbildung 3: Das HEDE-Kontinuum von Antonovsky	95
Abbildung 4: Vergleich des alten und neuen Expertentypus	221
Abbildung 5: Darstellung eines integrativen prozessorientierten Empowermentansatzes	331
Abbildung 6: Vom Umgang mit Abweichungen in der Moderne	334
Abbildung 7: Vom Umgang mit Abweichungen in der Postmoderne	334
Tabelle 1: Analyseebenen von Empowerment	38
Tabelle 2: Kohärenzwerte in der Selbsthilfegruppe A	279
Tabelle 3: Kohärenzwerte in der Selbsthilfegruppe B	279
Tabelle 4: Kohärenzwerte in der Gruppe der Tagesstättenbesucher (non-user)	279
Tabelle 5: Kategorisierung der empirischen Daten	280
Tabelle 6: Typisierung der empirischen Daten	285

Literatur

A

- ABRAMSON, L.Y./SELIGMAN, M.E.P./TEASDALE, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journals of Abnormal Psychology*. 87, 49-74
- ADLER, H. (1998). Eine gemeinsame Sprache finden. Klassifikation in der Sozialen Arbeit – Ein Versuch: das Person-In-Environment System (PIE). In: *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 1998, 7+8. Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg: Stuttgart, 161-164
- ALBERTI, L./KRUSE, J./WOHLER, W. (1991) Subjektive Krankheitstheorien bei chronischen Krankheiten. In: Nippert, R. (Hrsg.). *Kritik und Engagement: Soziologie als Anwendungswissenschaft*. München. Oldenbourg, 277-288
- ALLOY, L.B./PETERSON, C./ABRAMSON, L.Y. (1984). Attribitional style and generality of learned helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology*. 46, 681-678
- ANGERMEYER, M.C. (1988). „Zuviel Streß“. Vorstellungen von Patienten mit funktionellen Psychosen über die Ursachen ihrer Krankheit. In: Flick, U. (Hrsg.): *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. Weinheim/München. Juventa
- ANGERMEYER, M.C. (1989). Soziales Netzwerk und Schizophrenie: Eine Übersicht. In: Angermeyer, M.C./Klusmann, D. (Hrsg.). *Soziales Netzwerk - ein neues Konzept für die Psychiatrie*. Berlin. Springer, 188-206
- ANGERMEYER, M.C./ZAUMSEIL, M. (Hrsg.) (1997). *Ver-rückte Entwürfe: kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins*. Bonn. Ed. Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag
- ANSBACHER, H.L./ANSBACHER, R. (1975). *Alfred Adlers Individualpsychologie – eine systematische Darstellung seiner Lehre in Auszügen aus seinen Schriften*. 1. Auflage. München/Basel. Reinhardt Ernst Verlag
- ANSBACHER, H.L./ANTOCH, R.F. (1982). *Alfred Adler- Ausgewählte Aufsätze - Psychotherapie und Erziehung*. Band I: 1919-1929. Frankfurt/Main. Fischer
- ANTOCH, A. (1982). Einführung zu: Ansbacher, H.L./Antoch, R.F. *Alfred Adler- Ausgewählte Aufsätze - Psychotherapie und Erziehung*. Band I: 1919-1929. Frankfurt/Main. Fischer
- ANTONOVSKY, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey Bass

- ANTONOVSKY, A. (1987). Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco. Jossey Bass
- ANTONOVSKY, A. (1993). Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke, A./Broda, M. (Hrsg.). Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. Tübingen. Dgvt, 3-15
- ANTONOVSKY, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen. dgvt
- ANTOR, G. (1998). Selbsthilfe in der Sozialpolitik für Behinderte: zwischen Bedrohung und Verheißung. In: Sonderpädagogik, 28. Jg., Heft 1, 40-46

B

- BACHL, A./BÜCHNER, B.R./STARK, W. (1996). Beratungskonzepte und Dienstleistungen gesundheitsbezogener Selbsthilfe-Initiativen. In: Das Gesundheitswesen, 14. Jhg. 58/1996, Sonderheft 2, 120-124
- BADEL, CHR. (1981). Selbsthilfe - eine verborgene ökonomische Macht? In: Kickbusch, I./Trojan, A. (1981). Gemeinsam sind wir stärker - Selbsthilfegruppen und Gesundheit. Selbstdarstellungen - Analysen - Forschungsergebnisse. Frankfurt/Main. Fischer, 235-243
- BALKE, K. (1999). Gesunder Eigensinn. Zur Bedeutung von Selbsthilfegruppen als zivilgesellschaftliches Sozialkapital. In: Kistler, E. (Hrsg.). Perspektiven gesellschaftlichen Zusammenhalts: empirische Befunde, Praxiserfahrungen, Messkonzepte. Berlin. Ed. Stigma, 251-261
- BANDURA, A. (1986). Social foundations of thought and action. New York. Prentice-Hall
- BASAGLIA, F. (Hrsg.) (1971). Die negierte Institution oder die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen. Ein Experiment der psychiatrischen Klinik Görz. Frankfurt/Main. Suhrkamp
- BASAGLIA, F.O. (1985). Gesundheit, Krankheit – Das Elend der Medizin. Frankfurt/Main. Fischer
- BATESON, G./RUESCH, J. (1995). Kommunikation: Die soziale Matrix der Psychiatrie. Heidelberg. Carl-Auer-Systeme
- BECK, U. (1986). Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt/Main. Suhrkamp
- BECK U./BECK-GERNSHEIM E. (1994a) (Hrsg.). Riskante Freiheiten - Individualisierung in modernen Gesellschaften. Frankfurt/Main. Suhrkamp
- BECK U./BECK-GERNSHEIM E. (1994b). Individualisierung in modernen Gesellschaften – Perspektiven und Kontroversen einer

- subjektorientierten Soziologie. In: Beck, U./Beck-Gernsheim E. (Hrsg.). Riskante Freiheiten - Individualisierung in modernen Gesellschaften. Frankfurt/Main. Suhrkamp, 10-42
- BECKER, P. (1982). Psychologie der seelischen Gesundheit - Theorien, Modelle, Diagnostik. Göttingen [u.a.]. Hogrefe
 - BEHRENDT, J.-U./DENEKE, CH./SCHORSCH, E. (1981). Hindernisse in der Zusammenarbeit zwischen professionellen Helfern und Selbsthilfegruppen. In: Kickbusch, I./Trojan, A. Gemeinsam sind wir stärker - Selbsthilfegruppen und Gesundheit - Selbstdarstellungen - Analysen - Forschungsergebnisse. Frankfurt/Main. Fischer, 189-197
 - BEHRENDT, J.-U./KEGLER, R. (1986). »Uns liegt nicht daran, die Medizin zu verteufeln...«, »Wir wollen eine neue Partnerschaft versuchen« - Selbsthilfegruppen und professionelle Helfer. In: Trojan, A. (Hrsg.). Wissen ist Macht. Frankfurt/Main. Fischer, 211-249
 - BELLAH, R.N./MADSEN, R./SULLIVAN, W.M./SWIDLER, A., TIPTON, S. (1988). Gewohnheiten des Herzens. Individualismus und Gemeinsinn in der amerikanischen Gesellschaft. Köln. Bund-Verlag
 - BENGEL, J./STRITTMATTER, R./WILLMANN, H. (2000). Was erhält Menschen gesund ? – Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. 5. Aufl. Köln. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
 - BITTNER, G./FLITNER, A. (1969). Aufgaben und Methodik sozialpädagogischer Untersuchungen – Zum Konzept der „praxisbegleitenden Forschung“. In: Zeitschrift für Pädagogik, 15. Jg. Nr. 1, 63-74
 - BLEULER, M. (1987). Schizophrenie als besondere Entwicklung. In: Dörner, K. (Hrsg.). Neue Praxis braucht neue Theorie – Ökologische und andere Denkansätze für gemeindepsychiatrisches Handeln. Gütersloh. Verlag Jakob van Hoddis, 18-25
 - BOBZIEN, M./GEISLINGER, R./HILLENBRAND, W./STARK, W. (o.J.). Von der Schwierigkeit, sich einzumischen. Über Partizipationsprozesse in der Gesundheitsförderung. Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln
 - BOBZIEN, M./STARK, W. (1991). Empowerment als Konzept psychosozialer Arbeit und als Förderung von Selbstorganisation. In: Balke, K./Thiel, W. (Hrsg.). Jenseits des Helfens: Professionelle unterstützen Selbsthilfegruppen. Freiburg im Breisgau. Lambertus, 169-187
 - BOBZIEN, M. (1993). Kontrolle über das eigene Leben gewinnen. Empowerment als professionelles Konzept in der Selbsthilfeunterstützung - Aspekte aktivierender Beratung. In:

- Blätter der Wohlfahrtspflege. Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit. Heft 2, 46-49
- BOCK, T./JUNCK, A. (1991). Die subjektive Wahrnehmung psychotischen Geschehens. Krankheitskonzepte von Patienten, Angehörigen und Therapeuten im Vergleich. In: Psychiatrische Praxis, Heft 2
 - BOCK, T./WEIGAND, H. (1992). Individuelle Selbsthilfe - Grundlage für alles andere. In: Bock, T./Weigand, H. (Hrsg.). Handwerksbuch Psychiatrie. 2. Auflage. Bonn. Psychiatrie-Verlag, 207-221
 - BOCK, T. (1994) (Hrsg.) Im Strom der Ideen. Stimmenreiche Mitteilungen über den Wahnsinn. Bonn. Psychiatrie-Verlag
 - BOCK, T. (1997). Lichtjahre – Psychosen ohne Psychiatrie: Krankheitsverständnis und Lebensentwürfe von Menschen mit unbehandelten Psychosen. Bonn. Psychiatrie-Verlag
 - BOCK, T. (2001). Schizophrene Psychosen unter anthropologischen Aspekten – Zum Verhältnis von Selbst- und Fremdheilung. In: Krisor, M./Pfannkuch, H./Wunderlich, K. (Hrsg.). Gemeinde, Alltag, Ressourcen – Aspekte einer subjektorientierten Psychiatrie. Lengerich [u.a.]. Papst, 252-263
 - BÖKER, W./BRENNER, H. (1984). Über Selbstheilungsversuche Schizophrener. In: Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, Band 135, Heft 1, 123-133
 - BOSSHARD, M./LAZARUS, H. (1997). Auch Langzeitpatienten brauchen ihre Geschichte. Die soziogeographische Rekonstruktion der Lebensgeschichte als sozialpädagogische Methode für die Arbeit mit Langzeitpatienten. In: Psychiatrische Praxis. 24, 28-31
 - BREIT, CH./BERGMANN, G. (1997): Salutogenese und seelische Gesundheit – ein mehrdimensionaler Ansatz.. In: Lamprecht, F./Johnen, R. (Hrsg.): Salutogenese, ein neues Konzept für die Psychosomatik? Kongressband der 40. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin. Frankfurt/Main. Verlag für akademische Schriften, 49-51
 - BROCKHAUS: Brockhaus Enzyklopädie in 24 Bänden. Band 20 Sci - Sq. Mannheim 1993
 - BRODA, M./DINGER-BRODA, A./BÜRGER, W. (1997). Selbstmanagement-Therapie und Gesundheitsressourcen: Untersuchung zum Kohärenzgefühl bei verhaltens-medizinisch behandelten Patienten. In: Reinecker, H.S./Schmelzer, D. (Hrsg.). Verhaltenstherapie – Selbstregulation - Selbstmanagement. Göttingen [u.a.]. Hogrefe
 - BRÖCKLING, U. (2003). You are not responsible for being down, but you are responsible for getting up. Über Empowerment. In: Leviathan, 31. Jhg., Heft 3, 323-344

- BRUDER, K.J. (1993). Subjektivität und Postmoderne - der Diskurs der Psychologie. Frankfurt/Main. Suhrkamp
- BRUNER, J. (1987). Life as Narrative. Social Research 54, 11-32
- BRUNNER, R./TITZE, M. (Hrsg.) (1985). Wörterbuch der Individualpsychologie. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag
- BRÜNINGHAUS, T. (1990). Psychiatriegemeinde. Soziale Netzwerke, Beziehungen, Kontakte ehemaliger Psychiatriepatienten. Frankfurt/Main [u.a.]. Peter Lang
- BUBER, M. (1994). Das dialogische Prinzip. 7. Aufl. Gerlingen. Schneider
- BUCK, D. (1992). Selbst-Verständlichkeit von Psychosen. In: Bock, T./Weigand, H. (Hrsg.). Hand-werks-buch Psychiatrie. Bonn. Psychiatrie-Verlag, 15-24
- BUCK, D. (1998). Elemente der Selbsthilfe. In: Geislinger, R. (Hrsg.). Experten in eigener Sache. Psychiatrie, Selbsthilfe und Modelle der Teilhabe. München. Zenit:152-161
- BULLINGER, H./NOWAK, J. (1998). Soziale Netzwerkarbeit. Eine Einführung für Soziale Berufe. Freiburg im Breisgau. Lambertus
- BUNDESVERBAND PSYCHIATRIE-ERFAHRENER. (o.J.) Tips und Tricks, um Verrücktheiten zu steuern.
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.) (2000). Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen – eine länderübergreifende Herausforderung. Ideen, Ansätze und internationale Erfahrungen. Band 10. Köln: BzGA

C

- CAPLAN, G. (1964). Principles of preventive psychiatry. New York/London. Basis Books
- CASTEL, R. (1979). Die psychiatrische Ordnung. Das Goldene Zeitalter des Irrenwesens. Frankfurt/Main. Suhrkamp
- CIOMPI, L. (1994a). Sozialpsychiatrische Lernfälle. Aus der Praxis – für die Praxis. Bonn. Psychiatrie-Verlag
- CIOMPI, L. (1994b). Affektlogik – Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung. 4. Auflage. Stuttgart. Klett-Cotta
- CLAUSEN, J./DRESLER, K.-D./EICHENBRENNER, I. (1997). Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Psychiatrie: eine Einführung. Freiburg im Breisgau. Lambertus
- COOPER, D. (1971). Psychiatrie und Antipsychiatrie. Frankfurt am Main: Suhrkamp

D

- DANNER, H. (1979). Methoden geisteswissenschaftlicher Pädagogik. München/Basel. Reinhardt Verlag
- DAUWALDER, H.P./CIOMPI, L./AEBI, E./HUBSCHMID, T. (1984). Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker. Untersuchung zur Rolle der Zukunftserwartung bei chronisch Schizophrenen. In: Nervenarzt, 55, 257-264
- DEWE, B./FERCHHOFF, W. (1986). Sozialarbeit, Selbsthilfe und neue Subsidiarität. In: Soziale Arbeit, Heft 3, 82-87
- DIETZ, A./PÖRKSEN, N./VÖLZKE, W. (Hrsg.) (1998). Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahme in der Akutpsychiatrie. Bonn. Psychiatrie-Verlag
- DOCHAT, A. (2000). „Stützendes Netzwerk oder ambulantes Ghetto – 10 Thesen zur psychiatrischen Rehabilitation in der Gemeindepsychiatrie. In: Soziale Psychiatrie, Nr. 90, 3/2000
- DÖRNER, K. (1979). Gemeindepsychiatrie: Gemeindegeseundheit zwischen Psychiatrie und Umweltschutz. Stuttgart [u.a.]. Kohlhammer
- DÖRNER, K./PLOG, U. (1994). Irren ist menschlich – Lehrbuch der Psychiatrie, Psychotherapie. Völlig Neubearb. Ausg., 8. Aufl. Bonn. Psychiatrie-Verlag
- DÖRNER, K. (1994). Wir verstehen die Geschichte der Moderne nur mit den Behinderten vollständig. In: Leviathan – Zeitschrift für Sozialwissenschaft, Heft 3, 367-390
- DÖRNER, K. (1995). Bürger und Irre - Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Ergänzte Neuauflage. Hamburg. Europäische Verlagsanstalt
- DORSCH, F. (1976). Psychologisches Wörterbuch, 9. vollständig neubearbeitete Auflage. Bern/Stuttgart/Wien: Verlag Hans Huber
- DREITZEL, H.P. (1972). Die gesellschaftlichen Leiden oder das Leiden an der Gesellschaft. Vorstudien zu einer Pathologie des Rollenverhaltens. München. dtv

E

- ELIAS, N. (1997). Über den Prozess der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen. 20. neu durchges. u. erw. Aufl. Frankfurt/Main. Suhrkamp
- ENGELHARDT, H.-D./SIMETH, A./STARK, W. u.a. (1995). Was Selbsthilfe leistet ... Ökonomische Wirkungen und sozialpolitische Bewertung. Freiburg im Breisgau. Lambertus
- ERIKSON, E.H. (1992). Der vollständige Lebenszyklus. 2. Aufl., Frankfurt/Main. Suhrkamp

- ERIKSON, K.T. (1968). Patient role and social uncertainty. In: Rubington, E./Weinberg, M. Deviance (Ed.). The Interactionist Perspective. Maximilian
- ESTROFF, S.E./LACHICOTTE, W.S./ILLINGWORTH, L.C./JOHNSTON, A. (1997). »Jeder ist ein bißchen psychisch krank«. Die Krankheits- und Selbstdarstellungen von Menschen mit schweren, langwierigen psychischen Krankheiten. In: Angermeyer, M.C./Zaumseil, M. (Hrsg.). Ver-rückte Entwürfe: Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins. Bonn. Edition Das Narrenschiff. Psychiatrie-Verlag, 102-165
- ETZIONI, A. (1994). Gemein-Wohl. Die Kommunitarismus-Bewegung. In: Psychologie Heute 8/1994, 22-26
- ETZIONI, A. (1995). Die Entdeckung des Gemeinwesens. Ansprüche, Verantwortlichkeiten und das Programm des Kommunitarismus. Stuttgart. Schäffer-Poeschel
- ETZIONI, A. (1998). Die Verantwortungsgesellschaft. Frankfurt/M. Campus-Verlag

F

- FALTERMAIER, T. (1994). Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag. Weinheim/München. Juventa
- FALTERMAIER, T. (2000). Die Salutogenese als Forschungsprogramm und Praxisperspektive. Anmerkungen zu Stand, Problemen und Entwicklungschancen. In: Wydler, H./Kolip, P./Abel, T. (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Weinheim/München. Juventa: 185-196
- FALTERMAIER, T./KÜHNLEIN, I./BURDA-VIERING, M. (1998). Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung. Weinheim/München. Juventa
- FAWCETT, S.B./SEEKINS, T./WHANG, P.L./MUIU, C./DE BALCAZAR, Y.S. (1984). Creating and Using Social Technologies for Community Empowerment. In: Rappaport, J./Swift, C./Hess, R. (Ed.). Studies in Empowerment: Steps Toward Understanding and Action. New York. Haworth Press, 145-172
- FELDENKRAIS, M. (1987). Die Entdeckung des Selbstverständlichen. Frankfurt/Main. Suhrkamp
- FLICK, U. (1994) (Hrsg.). Wann fühlen wir uns gesund? - Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim/München. Juventa

- FLICK, U. (1997). Entwürfe des Ver-rückten als subjektive und soziale Konstruktion. In: Angermeyer, M.C./Zaumseil, M. (Hrsg.). Ver-rückte Entwürfe: kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins. Bonn. Ed. Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag, 28-28
- FOERSTER, H. von (1973). Das Konstruieren einer Wirklichkeit. In: Watzlawick, P. (Hrsg.). Die erfundene Wirklichkeit. München/Zürich. Piper
- FOERSTER, H. von (1993a). Wissen und Gewissen. Versuch einer Brücke. Frankfurt/Main, Suhrkamp
- FOERSTER, H. von (1993b). KybernEthik. Berlin. Merve
- FOUCAULT, M. (1989). Die Sorge um sich. Sexualität und Wahrheit 3. Frankfurt/Main. Suhrkamp
- FOUCAULT, M. (1996). Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. 12. Aufl. Frankfurt/Main. Suhrkamp
- FRANKE, A. (1997). Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenese-Konzeptes in: Antonovsky, A. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen. Dt. Gesellschaft für Verhaltenstherapie
- FRANKEL, A./SNYDER, M.L. (1978). Poor performance following unsolvable problems: learned helplessness or egoism? In: Journal of Personality and Social Psychology. 36, 1415-1423
- FRANKL, V. (1972). Der Wille zum Sinn. Ausgewählte Vorträge über Logotherapie. Bern [u.a.]. Huber
- FRANZKOWIAK, P./SABO, P. (1993). Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung. Mainz. Sabo
- FREIDSON, E. (1975). Dominanz der Experten. Zur sozialen Struktur medizinischer Versorgung. Hrsg. und übersetzt von Johann Jürgen Rohde. München [u.a.]: Urban & Schwarzenberg
- FREIRE, P. (1971). Pädagogik der Unterdrückten: Bildung als Praxis der Freiheit. Reinbek bei Hamburg. Rowohlt
- FRÜCHTEL, J. (1998). Gesteigerte Ambivalenz. Die Stadt als Denkbild der Post/Moderne. In: Merkur. Zeitschrift für europäisches Denken. 52. Jg. Heft 9/10, 766-780

G

- GEISLINGER, R. (1998). Experten in eigener Sache – Psychiatrie, Selbsthilfe und Modelle der Teilhabe. München. Zenit
- GERGEN, K.J. (1990). Die Konstruktion des Selbst im Zeitalter der Postmoderne. In: Psychologische Rundschau, 41, 191-199

- GERGEN, K.J. (1994). »Sinn ist nur als Ergebnis von Beziehungen denkbar« Interview mit K. Gergen. In: Psychologie heute. 10, 34-38
- GERGEN, K.J. (1996). Das übersättigte Selbst. Identitätsprobleme im heutigen Leben. Heidelberg. Carl-Auer-Systeme
- GERGEN, K.J. (2002). Konstruierte Wirklichkeiten. Eine Hinführung zum Sozialen Konstruktivismus. Stuttgart. Kohlhammer
- GLASER, B./STRAUSS, A. (1967). The discovery of grounded theory. Chicago. Aldine
- GLASERSFELD, E. von (1985). Konstruktion der Wirklichkeit und des Begriffs der Objektivität. In: Gumin, H./Mohler, A. Einführung in den Konstruktivismus. Oldenburg/München
- GOFFMAN, E. (1973). Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt/Main. Suhrkamp
- GOFFMAN, E. (1996). Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. 12. Aufl. Frankfurt/Main. Suhrkamp
- GRASSKAMP, W. (1998). Ist die Moderne eine Epoche? In: Merkur – Dt. Zeitschrift für europäisches Denken, Heft 9/10, 52. Jahrgang, 757-765
- GRATZ, W. (1993). Institutionen verändern. Empowerment, Organisationsentwicklung und systemische Beratung – Wie werden aus hilflosen Helfern machtvolle Kämpfer gegen Verkrustung und Klientelisierung? In: Blätter der Wohlfahrtspflege, 2/1993, 64-66
- GREVE, W. (2000). Das erwachsene Selbst. In: ders. Psychologie des Selbst. Weinheim. Psychologie Verlags Union
- GRONEMEYER, M. (1988). Die Macht der Bedürfnisse – Reflexionen über ein Phantom. Reinbek bei Hamburg. Rowohlt
- GROSS, P. (1994). Die Multioptionsgesellschaft. Frankfurt/Main
- GROSS, G./HUBER, G. (1971). Uncharakteristische Remissionstypen im Verlauf schizophrener Erkrankungen in: Huber, G. (Hrsg.): Ätiologie der Schizophrenien. Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektive. Stuttgart. Schattauer
- GÜNTHER, P./SCHÜLER, TH. (1999). Partnerschaft, Verwandtschaft und Konkurrenz. Zum Verhältnis von Selbsthilfegruppen und Wohlfahrtsverbänden. In: Günther, P./Rohrmann, E. (Hrsg.). Soziale Selbsthilfe: Alternative, Ergänzung oder Methode sozialer Arbeit? Heidelberg. Universitätsverlag C. Winter, 197-204

H

- HABERMAS, J. (1981). Theorie kommunikativen Handelns. Frankfurt/Main. Suhrkamp
- HABERMAS, J. (1996). Die Neue Unübersichtlichkeit. Kleine Politische Schriften V. einmalige Sonderausgabe. Frankfurt/Main. Suhrkamp
- HALVES, E./WETENDORF, H.-W. (1986). »Natürlich hat sich die Gruppe mit der Zeit verändert...« - Verläufe von Selbsthilfegruppen. In: Trojan, A. (Hrsg.). Wissen ist Macht. Frankfurt/Main. Fischer, 137-161
- HARDTMANN, G. (1991). »IrrenHaus«. Eine Einführung in die Psychiatrie und ihre sozialpädagogischen Arbeitsfelder. Weinheim/Basel. Edition Sozial Beltz
- HASELBECK, H. (1985). Zur Sozialgeschichte der „Offenen Irren-Fürsorge“ – Vom Stadtasyl zum Sozialpsychiatrischen Dienst. In: Psychiatrische Praxis, 12, 171-179
- HAUG, W.F. (1985). Die Frage nach der Konstruktion des Subjekts. In: Braun, K.-H./Holzkamp, K. (Hrsg.). Subjektivität als Problem psychologischer Methodik. 3. Int. Kongreß Kritische Psychologie in Marburg 1984. Frankfurt/Main und New York. Campus Verlag, 60-81
- HELLERICH, G. (1985). Homo therapeuticus – Der Mensch im Netz der Helfer. Bonn. Psychiatrie-Verlag
- HELLERICH, G. (1989). Die Transformation von der nekrophilen zur biophilen Prävention. In: Stark, W. (Hrsg.). Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung: Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis. Freiburg im Breisgau. Lambertus, 40-56
- HELLERICH, G. (1990). Die Lebenswelt Wahnsinniger: eine sozialphänomenologische Untersuchung psychischer Devianz. Freiburg im Breisgau. Lambertus
- HELLERICH, G. (1993). Wider die Moderne – Die Postmoderne und ihre Abweichungen. Essen. Die Blaue Eule
- HELLERICH, G. (1998). Selbsthilferessourcen bei Psychiatrie-Betroffenen. In: Soziale Arbeit 7/1998, 232-237
- HELLERICH, G. (1999). Selbstsorge - die Lebensader des Selbsthilfeprojektes „Die Nachtschwärmer“. In: Psychologie & Gesellschaftskritik, 1-2/1999, 175-186
- HELLERICH, G./WAMBACH, M.M. (1980). Therapie-Reform als Versorgungsform. Positionen der Psychiatrie-Enquête. In: Wambach, M.M. (Hrsg.). Die Museen des Wahnsinns und die Zukunft der Psychiatrie. Frankfurt/Main. Suhrkamp, 200-229

- HELLERICH, G./WHITE, D. (1992). Psychologie und Postmoderne. In: Psychologie & Gesellschaftskritik, 16. Jg., 3/4, 5-16
- HERRIGER, N. (1991). Empowerment. Annäherungen an ein neues Fortschrittsprogramm der sozialen Arbeit. In: Neue Praxis 4/1991, 221-229
- HERRIGER, N. (1992). Empowerment - eine neue Zauberformel der Sozialen Arbeit? In: Soziale Arbeit 7/1992, 231-234
- HERRIGER, N. (1993). Selbstbestimmt leben, Interessen vertreten, Selbstorganisation fördern. Perspektiven des Empowerment in der Gesundheitsförderung. In: Soziale Arbeit 12/1993, 414-419
- HERRIGER, N. (1994). Empowerment und gelingendes Lebensmanagement. Neue methodische Profile der sozialen Arbeit. In: SUB. Österreichischer Verein für Bewährungshilfe und soziale Arbeit. Wien, 23-25
- HERRIGER, N. (1995a). Empowerment. Oder: Wie Menschen Regie über ihr Leben gewinnen. In: Sozialmagazin 3/1995, 34-40
- HERRIGER, N. (1995b). Empowerment und das Modell der Menschenstärken. Bausteine für ein verändertes Menschenbild der Sozialen Arbeit. In: Soziale Arbeit 5/1995, 155-162
- HERRIGER, N. (1996a). Kompetenzdialog. Empowerment in der Sozialen Einzelhilfe. In: Soziale Arbeit 6/1996, 190-195
- HERRIGER, N. (1996b). Empowerment und Engagement. In: Soziale Arbeit 9-10/1996, 290-301
- HERRIGER, N. (1997a). Das Empowerment-Ethos. In: Sozialmagazin, 11/1997, 29-35
- HERRIGER, N. (1997b). Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Stuttgart. Kohlhammer-Verlag
- HERRIGER, N. (1998). Lebensgeschichtliche Spurensuche. Biographiearbeit und Empowerment. In: Soziale Arbeit 3/1998, 85-89
- HERRIGER, N. (2004). www.empowerment.de, abgerufen am 12.10.2004
- HIROTO, D.S. (1980). Ort der Kontrolle und gelernte Hilflosigkeit. In: Herkner, W. (Hrsg.). Attribution – Psychologie der Kausalität. Bern. Huber
- HOFFMAN, H./HEISE, H./AEBI, E. (1994) (Hrsg.). Sozialpsychiatrische Lernfälle 2. Aus der Praxis – für die Praxis. Bonn. Psychiatrie-Verlag
- HOLDERBUSCH, K. (1994). Vom Chaos zur schöpferischen Ordnung. In: Bock, T. (Hrsg.). Im Strom der Ideen – Stimmenreiche Mitteilungen über den Wahnsinn. Bonn. Psychiatrie-Verlag, 27-32
- HONNETH, A. (Hrsg.) (1992). Kommunitarismus. Eine Debatte über die moralischen Grundlagen moderner Gesellschaften. Frankfurt am Main/New York. Campus-Verlag

- HORKHEIMER, M./ADORNO, T.W. (1988). Dialektik der Aufklärung. Philosophische Fragmente. Frankfurt/Main. Fischer
- HUBER, M. (2003). Trauma und Traumabehandlung. Paderborn: Junfermann
- HÜTHER, G. (2002). Biologie der Angst. Wie aus Streß Gefühle werden. 5. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- HURRELMANN, K. (1994). Sozialisation und Gesundheit. Weinheim/München. Juventa

I

- ILLICH, I. (1979). Entmündigende Experten herrschaft. In: Ilich, I. et.al. Entmündigung durch Experten. Zur Kritik der Dienstleistungsberufe. Reinbek bei Hamburg. Rowohlt, 7-36
- ISFORT, J./FLOER, B./KONECNY, N./VOLLMAR, H.C./BUTZLAFF, M. (2002). "Shared Decision Making". Arzt oder Patient – Wer entscheidet? In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 127, 2021-2024

J

- JAECCI, E./FAAS, A./MRUCK, K. (1998). Denkverbote gibt es nicht! Vorschlag zur interpretativen Auswertung kommunikativ gewonnener Daten. Veröffentlichungsreihe der TU Berlin: Forschungsbericht aus der Abteilung Psychologie im Institut für Sozialwissenschaften, Nr. 2/98
- JOST, A. (2000). Zeitstörungen. Vom Umgang mit Zeit in Psychiatrie und Alltag. Bonn. Psychiatrie-Verlag
- JÜTTEMANN, G./SONNTAG, M./WULF, C. (Hrsg.) (1991). Die Seele. Ihre Geschichte im Abendland. Weinheim. Psychologie-Verlags Union

K

- KADE, S. (1994). Altersbildung. Ziele und Konzepte. Frankfurt/M. Pädagogische Arbeitsstelle des DVV
- KARDOFF, E. VON/OPPL, H. (o.J.). Falsche Alternativen - Selbsthilfe zwischen reiner Autonomie und der Gefahr korporatistischer Erstarrung. In: von Kardoff, E./Oppl, H. (Hrsg.). Selbsthilfe und Krisen der Wohlfahrtsgesellschaft. München. Minerva Publikation
- KARLS, J.M. /WANDREI, K.E. (Ed.) (1994). Person-In-Environment System. The PIE Classification System for Social Functioning Problems. Washington D.C. NASW Press

- KERSTING, N. (Hrsg.) (1998). Kommunitarismus. Hilft nur noch Selbsthilfe. Theorie des Dritten Sektors und des Ehrenamtes. Reihe. Marburger Meinungsbilder. Universität Marburg
- KEUPP, H. (1992a). Das Subjekt und das Soziale sind auch nicht mehr das, was sie mal waren! Aber... In: Otto, H.-U./Hirschhauer, P./Thiersch, H. Zeit-Zeichen sozialer Arbeit. Neuwied [u.a.]. Luchterhand, 1-6
- KEUPP, H. (1992b). Das Subjekt und die Psychologie in der Krise der Moderne. In: Psychologie & Gesellschaftskritik. 16. Jg., 3/4, 17-43
- KEUPP, H. (1992c): Gesundheitsförderung und psychische Gesundheit. Lebenssouveränität und Empowerment. In: Psychomed 4/1992, 244-250
- KEUPP, H. (1994). Psychologisches Handeln in der Risikogesellschaft. Gemeindepsychologische Perspektiven. München. Quintessenz-Verlag
- KEUPP, H. (1995). Gesundheit als Lebenssouveränität. Ein sozial ungleich verteiltes Gut. In: Störfaktor 2/1995, 5-28
- KEUPP, H. (1997a). Ermutigung zum aufrechten Gang. Tübingen. Dgvt
- KEUPP, H. (1997b). Psychosoziales Handeln nach dem Ende der Eindeutigkeiten. Gruppendynamik, 3, 239-257
- KEUPP, H. (1998). Ermutigung zum aufrechten Gang. Die Chancen der Zivilgesellschaft für das Subjekt. In: Soziale Psychiatrie, Nr. 82, 2/1998, 4-9
- KEUPP, H. (2000). Gesundheitsförderung als Ermutigung zum aufrechten Gang. In: Sting, S. & Zurhorst, G. (Hrsg.). Gesundheit und Soziale Arbeit: Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit. Weinheim/München. Juventa
- KEUPP, H./HÖFER, R. (Hrsg.) (1997). Identitätsarbeit heute. Klassische und aktuelle Perspektiven der Identitätsforschung. Frankfurt/Main. Suhrkamp
- KEUPP, H./AHBE T./GMÜR, W./HÖFER, R./MITZSCHERLICH, B./KRAUS, W./STRAUS, F. (1999). Identitätskonstruktionen. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne. Reinbek bei Hamburg. Rowohlt
- KICKBUSCH, I. (1971). Von der Zerbrechlichkeit der Sonne - Einige Gedanken zu Selbsthilfegruppen. In: Kickbusch, I./Trojan, A. (1981). Gemeinsam sind wir stärker - Selbsthilfegruppen und Gesundheit - Selbstdarstellungen - Analysen - Forschungsergebnisse. Frankfurt/Main. Fischer, 11-23
- KIEFFER, C. (1984). Citizen empowerment. A development perspective. In: Rappaport, J./Swift, C./Hess, R. (Ed.). Studies in empowerment. Toward understanding and action. New York, 9-36

- KINDLER, K. (1992). Wohlfahrtsverbände und Selbsthilfegruppen zwischen Interessensegoismus und Altruismus. Konstanz. Hartung-Gorre
- KLATZTKI, T./RÖßLER, J./WINTER, H. (1992). Lebensphase Jugend. Verlieren, ohne besiegt zu werden!. In: Bock, T./Weigand, H. (Hrsg.). Hand-werks-buch Psychiatrie. Bonn. Psychiatrie-Verlag, 441-465
- KLEINERT, I. (2002). Empowerment in der Arbeit mit chronisch psychisch kranken Menschen. Über die Schwierigkeit, sich nicht einzumischen. Untersuchung der in der Praxis vorhandenen Einstellungen der Professionellen sowie Bedeutung, Chancen und Schwierigkeiten der Empowermentphilosophie. Unveröffentlichte Diplomarbeit im Fachbereich Sozialwesen der Fachhochschule Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelmshaven
- KLEVE, H. (1999). Postmoderne Sozialarbeit. Ein systemtheoretisch-konstruktivistischer Beitrag zur Sozialarbeitswissenschaft. Aachen. Kersting
- KLEVE, H. (2004). Differenz und Soziale Arbeit. Von Wegen im Umgang mit dem Verschiedenen. In: Das gepfeffertes Ferkel - Online-Journal für systemisches Denken und Handeln <http://www.ibs-networld.de/ferkel/kleve-differenz.shtml>, abgerufen am 20.8.2004
- KLING-KIRCHNER, C. (1989). Institutionelle Beratung als Herrschaft von Expert/innen - Das Ende der Autonomie und Selbsthilfe von Klient/innen? In: Soziale Arbeit, 8/1989, 298-302
- KLOTZ, H. (1998). Postmoderne Architektur – ein Resümee. In: Merkur – Dt. Zeitschrift für europäisches Denken, Heft 9/10, 52. Jahrgang, 781-793
- KNUF, A./SEIBERT, U. (2000). Selbstbefähigung fördern – Empowerment und psychiatrische Arbeit. Bonn. Psychiatrie-Verlag
- KNUF, A. (2000a). Steine aus dem Weg räumen! Empowerment und Gesundheitsförderung in der Psychiatrie. In: Knuf, A./Seibert, U. Selbstbefähigung fördern – Empowerment und psychiatrische Arbeit. Bonn. Psychiatrie-Verlag, 32-44
- KNUF, A. (2000b). Krankheitsbewußtsein als Schlüssel zu Selbsthilfe und Selbstbestimmung. In: Knuf, A./Seibert, U. Selbstbefähigung fördern – Empowerment und psychiatrische Arbeit. Bonn. Psychiatrie-Verlag, 85-94
- KRAUS, W. (1996). Das erzählte Selbst. Die narrative Konstruktion von Identität in der Spätmoderne. Pfaffenweiler. Centaurus-Verlag

- KRETSCHMER, W. (1985). Wörterbucheintrag zu „Identität“. In: Brunner, W./Kausen, R./Tietze, M. (Hrsg.). Wörterbuch der Individualpsychologie. München/Basel. Ernst Reinhardt Verlag

L

- LAMNEK, S. (1995). Qualitative Sozialforschung. Weinheim. Beltz Psychologie Verlags Union
- LANDZETTEL, F. (1987). Organisation gespaltener Wirklichkeiten – konstruktivistische Überlegungen zur Psychiatrie. In: Dörner, K. (Hrsg.). Neue Praxis braucht neue Theorie. Ökologische und andere Denkansätze für gemeindepsychiatrisches Handeln. 38. Gütersloher Fortbildungswoche 1986. Gütersloh. Verlag Jakob van Hoddis, 61-74
- LAZARUS, H./BOSSHARD, M. (2005). Bildung als Chance. Ressourcenorientierte Biografiearbeit mit drogenabhängigen und psychisch kranken Menschen. Bonn. Psychiatrie-Verlag
- LEHMANN, P. (1998). Vielfalt statt Einfalt. Über die unterschiedlichen Positionen innerhalb der Psychiatrie-Erfahrenen-Bewegung. In: Soziale Psychiatrie, 22. Jg., Heft 2, 9-13
- LENZ, A. (2002). Empowerment und Ressourcenaktivierung – Perspektiven für die psychosoziale Praxis. In: Lenz, Albert und Stark, W. (Hrsg.). Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung. Band 10. Tübingen. Dgvt, 13-54
- LIPOWSKI, J.Z. (1970). Physical illness, the individual and the coping process. Psychiatr. Med. 1, 91-102
- LOBNIG, H. (1993). Anleitung zur Selbständigkeit. Empowerment und Psychiatrie - Ansätze, Erfahrungen und Ergebnisse aus einem Modellprojekt selbsthilfeorientierter Patientenarbeit. In: Blätter der Wohlfahrtspflege. Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit. Heft 2, 61-63
- LOHMANN, H. (1978). Krankheit oder Entfremdung? Psychische Probleme in der Überflusgesellschaft. Stuttgart. Georg Thieme
- LUHMANN, N. (1975). Formen des Helfens im Wandel gesellschaftlicher Bedingungen. In: Otto, H.-U./Schneider, S. (Hrsg.). Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit. Neuwied und Darmstadt. Luchterhand, 21-43
- LUHMANN, N. (1987). Soziale Systeme – Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt/Main. Suhrkamp

- LUHMANN, N. (1992). Beobachtungen der Moderne. Opladen. Westdeutscher Verlag
- LUNDBERG, O. (1997). Childhood conditions, sense of coherence, social class and adult ill health: Exploring their theoretical and empirical relations. *Social Science & Medicine*, 44, 821-831
- LÜTTRINGHAUS, M. (2000). Empowerment und Stadtteilarbeit. In: Miller, T./Pankofer, S. (Hrsg.). Empowerment konkret!: Handlungsentwürfe und Reflexionen aus der psychosozialen Praxis. Stuttgart. Lucius & Lucius, 79-98
- LÜTZELER, P.M. (1998). Nomadentum und Arbeitslosigkeit. Identität in der Postmoderne. In: *Merkur – Dt. Zeitschrift für europäisches Denken*, Heft 9/10, 52. Jahrgang, 908-918
- LYOTARD, J.-F. (1999). Das postmoderne Wissen: Ein Bericht. 4., unveränderte Neuauflage. Wien. Passagen-Verlag

M

- MAEDER, A. (1960). Selbsterhaltung und Selbstheilung. München. Kindler
- MARQUARD, O. (1986). Apologie des Zufälligen. Stuttgart. Philipp Reclam
- MATURANA, H./VARELA, F.J. (1987). Der Baum der Erkenntnis – Die biologischen Wurzeln menschlicher Erkenntnis. Bern/München. Scherz-Verlag
- MATZAT, J. (1991). Spezialistentum und Kooperation. Selbsthilfegruppen-Unterstützung als Element eines umfassenden regionalen Versorgungssystems. In: Balke, K./Thiel, W. (Hrsg.). *Jenseits des Helfens: Professionelle unterstützen Selbsthilfegruppen*. Freiburg im Breisgau. Lambertus, 188-200
- MERTEN, R. (1997). Autonomie der Sozialen Arbeit – Zur Funktionsbestimmung als Disziplin und Profession. Weinheim/München. Juventa
- MEUSER, M./BEHNKE, C. (1998). Tausendundeine Männlichkeit? Männlichkeitsmuster und sozialstrukturelle Einbindungen. In: *Widersprüche - Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich*, Heft 67, 18. Jg., 7-25
- MILLER, T. (1993). *The well-tempered self. Citizenship, culture and the postmodern subject*. Baltimore. The John Hopkins University Press
- MILLER, T./PANKOFER, S. (Hrsg.) (2000). Empowerment konkret!: Handlungsentwürfe und Reflexionen aus der psychosozialen Praxis. Stuttgart. Lucius & Lucius

- MOELLER, M.L. (1978). Selbsthilfegruppen. Selbstbehandlung und Selbsterkenntnis in eigenverantwortlichen Gruppen. Reinbek bei Hamburg. Rowohlt
- MORBACH, J. (1997). Empowerment als professionelle Grundhaltung und Methode in Sozialarbeit und Gesundheitsförderung. In: Homfeldt, G./Hünersdorf, B. (Hrsg.). Soziale Arbeit und Gesundheit. Neuwied [u.a.]. Luchterhand, 155-174
- MOSHER, L.R./BURTI. L. (1994). Psychiatrie in der Gemeinde. Grundlagen und Praxis. Bonn. Psychiatrie-Verlag

N

- NESTMANN, F. (1991). Beratung, soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. In: Beck, M./Brückner, G./Thiel, H.U. (Hrsg.). Psychosoziale Beratung. Tübingen. Dgvt, 47-69
- NESTMANN, F. (1999). Soziale Gerechtigkeit und Empowerment. Perspektiven des gemeindepsychologischen Modells. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 3/1999, 129-150
- NESTMANN, F. (2000): Gesundheitsförderung durch informelle Hilfe und Unterstützung in sozialen Netzwerken. Die Bedeutung informeller Hilfen im Alltag von Gesundheitssicherung und Gesundheitsförderung. In: Sting, S./Zurhorst, G. (Hrsg.). Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit. Weinheim/München. Juventa, 128-146
- NESTMANN, F. (2001): Soziale Netzwerke - soziale Unterstützung. In: Otto, H.U./Thiersch, H. (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik. 2. Aufl., Neuwied. Luchterhand, 1684-1692

O

- OEVERMANN, U. (1979). Die Methodologie einer „objektiven Hermeneutik“ und ihre allgemeine forschungslogische Bedeutung in den Sozialwissenschaften. In: Soeffner, H.G. Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften. Stuttgart. Metzler
- OLK, T. (1982). Selbsthilfe im Einflussbereich von Sozialarbeit - Chance zur Entlastung öffentlicher Haushalte oder alternatives Produktionssystem sozialer Dienste? In: Blätter der Wohlfahrtspflege, 3/1982, 47-50
- OPPERMANN, M. (1997). Zum Begriff der „Gesundheit“ in der Psychoanalyse – ein kurzer historischer Rückblick in:

- Lamprecht, F./Johnen, R. (Hrsg.). Salutogenese - Ein neues Konzept für die Psychosomatik ? Kongressband der 40. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin, Frankfurt/Main. Verlag für akademische Schriften, 197-203
- OPPL, H. (o.J.). Selbsthilfe als Herausforderung für die Sozialarbeit. In: von Kardorff, E./Oppl, H. (Hrsg.). Selbsthilfe und Krise der Wohlfahrtsgesellschaft. München. Minerva Publikation
 - OPPL, H. (1986). Sozialarbeit im Spannungsfeld von Ehrenamt und Selbsthilfe. In: Deutscher Caritasverband (Hrsg.). Ehrenamt und Selbsthilfe. Freiburg im Breisgau. Lambertus, 65-89
 - ORTMANN, K.-H. (2001). Behandlung als Koproduktion: Patienten mit funktionellen Beschwerden in hausärztlicher Behandlung. Lage. Jacobs
 - ORTMANN, K.-H./SCHAUB, H.-A. (o.J.). Zur Bedeutung des Zusammenwirkens von Praxis, Theorie und Forschung für eine praxeologisch begründete Klinische Sozialarbeit. Unveröffentlichtes Manuskript
 - ORTMANN, K.-H./SCHAUB, H.-A. (2002). Klinische Sozialarbeit – Eine kritische Sicht auf ein neues Fachgebiet. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, Heft Nr. 1, 66-72
 - ORTMANN, K.-H./SCHAUB, H.-A. (2003). Zu den Beziehungen zwischen Sozialarbeit und Gesundheitswissenschaft. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft. Heft 1/2003, 23-35

P

- PANKOFER, S. (2000). Empowerment – eine Einführung. In: Miller, T./Pankofer, S. (Hrsg.). Empowerment konkret: Handlungsentwürfe und Reflexionen aus der psychosozialen Praxis. Stuttgart. Lucius & Lucius, 7-22
- PARSONS, T. (1947). Introduction. In: Weber, M. (Ed.) The Theory of Social and Economic Organization. New York. Oxford University Press
- PERKINS, D.D./ZIMMERMAN, M.A. (1995). Empowerment theory, research and application. In: American Journal of Community Psychology 5/1995, 569-579
- PERRY, J.W. (1999). Formen der Selbst-Heilung in spirituellen Krisen – Der Erneuerungsprozess. In: Transpersonale Psychologie und Psychotherapie, 2/99, 4-14
- PETZELT, A. (1997). Subjekt und Subjektivität. Weinheim und München. Juventa

- PETZOLD, H. (Hrsg.) (1984) Wege zum Menschen. Ein Handbuch. Band I. Paderborn. Junfermann
- PFLAUMER, E. (2000). Der Widersprüchlichkeit Aufmerksamkeit schenken. Empowerment als Denk- und Handlungsansatz in der Gesundheitsförderung. In: Miller, T./Pankofer, S. (Hrsg.): Empowerment konkret. Handlungsentwürfe und Reflexionen aus der psychosozialen Praxis. Stuttgart. Lucius & Lucius, 63-78
- PLOG, U. (1985). Neue Selbsthilfe und Soziale Arbeit - Ein Workshop. In: Soziale Arbeit 9/1985, 429-431
- POLKINGHORNE, D.E. (1988). Narrative Knowing and the Human Services. Albany. State University of New York
- PRINS, S. (2002). Diagnosen á la carte. In: Soziale Psychiatrie, 26. Jg., Heft 1. Köln

Q

- QUINDEL, R. (2000). Alle Macht dem Wahnsinn? – Empowerment und Sozialpsychiatrie. In: Miller, T./Pankofer, S. (Hrsg.). Empowerment konkret!: Handlungsentwürfe und Reflexionen aus der psychosozialen Praxis. Stuttgart. Lucius & Lucius, 99-110
- QUINDEL, R. (2002). Psychosoziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Hilfe und Kontrolle. In: Lenz, A./Stark, W. (Hrsg.). Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung. Band 10. Tübingen. Dgvt, 129-138
- QUINDEL, R./PANKOFER, S. (2000). Chancen, Risiken und Nebenwirkungen von Empowerment – Die Frage nach der Macht. In: Miller, T./Pankofer, S. (Hrsg.). Empowerment konkret!: Handlungsentwürfe und Reflexionen aus der psychosozialen Praxis. Stuttgart. Lucius & Lucius, 33-44

R

- RAPPAPORT, J. (1985a). The Power of Empowerment Language. In: Social Policy, 16. Jg. Nr. 2. 15-21
- RAPPAPORT, J. (1985b). Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des „empowerment“ anstelle präventiver Ansätze. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 2/1985, 257-278
- RAPPAPORT, J. (1986). Collaborating for empowerment. Creating the language of mutual help. In: Riessman, F./Boyte, H. (Ed.). The new populism. The politics of empowerment. Philadelphia. Temple University Press

- RAUSCHENBACH, TH. (1994). Inszenierte Solidarität: Soziale Arbeit in der Risikogesellschaft. In: Beck, U./Beck-Gernsheim, E. (Hrsg.). Riskante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften. Frankfurt/Main. Suhrkamp: 89-114
- RAUSCHENBACH, TH. (1999). Das sozialpädagogische Jahrhundert - Analysen zur Entwicklung Sozialer Arbeit in der Moderne. Weinheim/München. Juventa
- RAUTER, E.A. (1971). Wie eine Meinung in einem Kopf entsteht. Über das Herstellen von Untertanen. Sonderausgabe für den Deutschen Gewerkschaftsbund. München. Weismann
- REISTER, G. (1995). Schutz vor psychogener Erkrankung. Göttingen/Zürich. Vandenhoeck & Ruprecht
- REITER-THEIL, S./EICH, G./REITER, L. (1991). Informed consent in family therapy. In: Necessary discourse and practice. Changes. 9, 81-90
- RETZER, A. (1994). Compliance, Krankheitstheorien und familiäre Interaktion. In: Familiendynamik, 19. Jg. 2/1994, 101-121
- RIEMANN, G. (1987). Das Fremdwerden der eigenen Biografie. Narrative Interviews mit psychiatrischen Patienten. München. Wilhelm Fink Verlag
- RÖHRLE, B./SOMMER, G./NESTMANN, F. (Hrsg.) (1998). Netzwerkinterventionen. Tübingen
- ROESE, G. (1985). Selbsthilfegruppen und Profis – von den Schwierigkeiten einer Zusammenarbeit in Schiefelage. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit. Heft 7+8, 258 ff.
- ROGERS, C.R. (1983). Therapeut und Klient – Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/Main. Fischer
- ROGERS, C.R. (1985). Die Kraft des Guten – ein Appell zur Selbstverwirklichung. Frankfurt/Main. Fischer
- ROGERS, C.R. (1991). Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart. Klett-Cotta
- ROHRMANN, E. (1999). Was ist überhaupt Selbsthilfe? Zum Begriff und Verständnis Sozialer Selbsthilfe. In: Günther, P./Rohrmann, E. (Hrsg.). Soziale Selbsthilfe: Alternative, Ergänzung oder Methode sozialer Arbeit? Heidelberg. Universitätsverlag C. Winter, 15-36
- RUESCH, J. (1995). Kommunikation und Geisteskrankheit. Ein psychiatrischer Ansatz... In: Ruesch, J./Bateson, G. Kommunikation: die soziale Matrix der Psychiatrie. Heidelberg. Carl-Auer-Systeme, 64-110

S

- SACHS-PFEIFFER, T. (1989). Partizipation: Teilhaben statt Teilnehmen. In: Stark, W. (Hrsg.). Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung: Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis. Freiburg im Breisgau. Lambertus, 191-222
- SACK, M./LAMPRECHT, F. (1997). Kohärenzgefühl und psychosomatischer Behandlungserfolg – eine empirische Untersuchung zur Salutogenese. In: Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie. 47, 149-155
- SCHARFETTER, C. (1986). Schizophrene Menschen. 2. neubearb. Auflage. Weinheim/München. Psychologie-Verlags Union
- SCHAUB, H.A./BUNGENSTOCK, A./FLESSNER-SCHAUB, L./HESS-DIEBÄCKER, D. (1997). Psychosoziale Rehabilitation in der Sozialpsychiatrie. Stuttgart/New York. Schattauer
- SCHAUB, H.-A. (2004). Chronizität als Wirklichkeitskonstruktion. Unveröffentlichtes Redemanuskript. Jahrestagung der Akademie für Integrierte Medizin 2005 im Universitätskrankenhaus Eppendorf
- SCHERNUS, R. (1997). Abschied von der Kunst des Indirekten. In: Blume, J./Bremer, F./Meier, J. (Hrsg.). Ökonomie ohne Menschen? Zur Verteidigung des Sozialen. Neumünster. Paranus, 85-109
- SCHOBER, B. (1993). Erlernte Hilflosigkeit. Die Gefahren traditioneller Sozialprogramme, herkömmlicher Sozialverwaltung und professioneller Sozialarbeit. In: Blätter der Wohlfahrtspflege. 2/1993, 45-46
- SCHÖN, D.A. (1983). The Reflective Practitioner. How Professionals think in Action. New York. Basic Books
- SCHUMACHER, E.F. (1993). Small is beautiful. Die Rückkehr zum menschlichen Maß. Karlsruhe. Müller
- SCHUMACHER, J./GUNZELMANN, TH./BRÄHLER, E. (2000). Deutsche Normierung der Sense of Coherence Scale von Antonovsky. In: Diagnostica. 46, 208-213
- SCHWARZER, R. (1990). Chronisch psychisch Kranke Begriffsbestimmung und psychosoziale Wirklichkeit einer Betroffenen in der Ära der Reformpsychiatrie. München/Wien. Profil
- SCULL, A.T. (1980). Die Monopolisierung der Irrenbehandlung: Anstalten und Ärzte. In: Wambach, M.M. (Hrsg.). Die Museen des Wahnsinns und die Zukunft der Psychiatrie. Frankfurt/Main. Suhrkamp, 43-58

- SELIGMAN, M. (1999). Erlernte Hilflosigkeit. Weinheim/Basel. Beltz
- SENNETT, R. (1983). Verfall und Ende des öffentlichen Lebens. Die Tyrannei der Intimität. Frankfurt/Main. Fischer
- SENNETT, R. (2000). Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus. 6. Aufl. Berlin. Berlin Verlag
- SIEGRIST, J. (1994). Selbstregulation, Emotion und Gesundheit – Versuch einer sozialwissenschaftlichen Grundlegung. In: Lamprecht, F./Johnen, R. (Hrsg.). Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik? Frankfurt. Verlag für Akademische Schriften, 85-94
- SIMON, B.L. (1994). The empowerment tradition in american social work. A history. New York. Columbia University Press
- SIMON, F.B. (1999). Meine Psychose, mein Fahrrad und Ich: zur Selbstorganisation der Verrücktheit. 7.Aufl. Heidelberg. Carl-Auer-Systeme
- SIMON, F.B. (2001). Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie. 2. Aufl. Heidelberg. Carl-Auer-Systeme
- SOZIALE PSYCHIATRIE. «Von Jetzt an nicht mehr ohne uns». Köln: DGSP. Heft 2, 1998
- SOZIALE PSYCHIATRIE. «Ich und die Psychiatrie - Das subjektive Erleben - Die Wahrnehmung des Subjekts». Köln. DGSP. Heft 3, 1998
- SPITZ, R.A. (1967). Vom Säugling zum Kleinkind: Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr. Stuttgart. Klett
- STARK, W. (1993). Die Menschen stärken. Empowerment als eine neue Sicht auf klassische Themen von Sozialpolitik und soziale Arbeit. In: Blätter der Wohlfahrtspflege. Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit. Heft 2, 41-44
- STARK, W. (1996). Empowerment. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis. Freiburg im Breisgau. Lambertus
- STARK, W. (2002). Gemeinsam Kräfte entdecken – Empowerment als kompetenz-orientierter Ansatz einer zukünftigen psychosozialen Arbeit. In: Lenz, A./Stark, W. (Hrsg.). Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung. Band 10. Tübingen. Dgvt, 55-76
- STEINER, G. (1999). Experten in eigener Sache. In: Günther, P./Rohrmann, E. (Hrsg.). Soziale Selbsthilfe: Alternative, Ergänzung oder Methode sozialer Arbeit? Heidelberg. Universitätsverlag C. Winter. Edition S., 181-190
- STIERLIN, H. (2000). Wohlbefinden und Selbstregulation / Überlegungen zu einer systemischen Sozio-Psycho-Somatik. In: Familiendynamik, 25. Jg. Heft 3, 293-317

- STÖTZNER, Karin (1986). Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen. In: Soziale Arbeit, 9/1986, 338-342
- STRAUS, F./HÖFER, R. (2000). Kohärenzgefühl, soziale Ressourcen und Gesundheit. Überlegungen zur Interdependenz von (Widerstands-)Ressourcen. In: Wydler, H./Kolip, P./Abel, T. (Hrsg.). Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts Weinheim/München. Juventa, 115-128
- STRAUSS, A./CORBIN, J. (1990). Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim. Psychologie Verlags Union

T

- THEUNISSEN, G./PLAUTE, W. (1995). Empowerment und Heilpädagogik. Ein Lehrbuch. Freiburg in Breisgau. Lambertus
- THIERSCH, H. (1986). Die Erfahrung der Wirklichkeit. Perspektiven einer alltagsorientierten Sozialpädagogik. Weinheim/Basel: Juventa
- THIERSCH, H. (1995). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. 2. Aufl. Weinheim/München. Juventa
- THROTHA, T. von (2001). Fünf Jahre Weglaufhaus Berlin. Eine Alternative feiert Geburtstag. In: Soziale Psychiatrie. 25. Jg. 3/2001, 40-42
- TROJAN, A./HALVES, E. (1984). Selbsthilfegruppen – eine Alternative zu sozialstaatlichen Leistungen ? In: Bauer, R./Dießenbacher, H. (Hrsg.). Organisierte Nächstenliebe Wohlfahrtsverbände und Selbsthilfe in der Krise des Wohlfahrtsstaats. Opladen. Westdeutscher Verlag
- TROJAN, A. (1986). Jenseits der Grenzen des Sozialstaats...Selbsthilfegruppen aus dem Blickwinkel der Sozialpolitik. In: Trojan, A. (Hrsg.): Wissen ist Macht. Frankfurt/Main. Fischer, 284-312
- TROJAN, A. (1991). Selbsthilfegruppen: Sozialpolitische Bedeutung und Forschungsperspektiven. In: Nippert, R. (Hrsg.). Kritik und Engagement: Soziologie als Anwendungswissenschaft. München. Oldenbourg, 271-276
- TÜRK, G. (1994). Leuchtender Feuervogel. Selbsttherapie einer Psychose. In: Bock, Th. (Hrsg.) Im Strom der Ideen. Stimmenreiche Mitteilungen über den Wahnsinn. Bonn. Psychiatrie-Verlag, 33-35

V

- VILMAR, F./RUNGE, B. (1986). Auf dem Weg zur Selbsthilfegesellschaft. 40.000 Selbsthilfegruppen. Gesamtüberblick, Politische Theorie und Handlungsvorschläge. Essen. Klartext

W

- WAHL, CHR. (1987). Der Selbsthilfemythos. Eine Kasseler Untersuchung zur Selbst- und Fremdhilfe bei Behinderten. In: Sozialer Fortschritt, Zeitschrift für Behindertenhilfe, 6/1987, 132-135
- WALSCHBURGER, P. (1990). Biopsychologische Aspekte der Gesundheit in: Schwarzer, R. (Hrsg.) Gesundheitspsychologie: Ein Lehrbuch. Göttingen [u.a.]: Hogrefe
- WAMBACH, M.M. (1980). Die Museen des Wahnsinns und die Zukunft der Psychiatrie. Frankfurt/Main: Suhrkamp
- WAMBACH, M.M. (1983) (Hrsg.). Der Mensch als Risiko. Zur Logik von Prävention und Früherkennung. Frankfurt/Main. Suhrkamp
- WATZLAWICK, P. (1994). Anleitung zum Unglücklichsein. München. Piper
- WEIK, A. (1992). Building a strengths perspective for social work. In: Saleeby, S. (Ed.). The strengths perspective in social work practice. White Plains N.Y., 18-26
- WEIK, A./RAPP, C./SULLIVAN, W.P./KISTHARDT, W. (1989). A strengths perspective for social work practice. In: Social Work 7/1989, 350-354
- WELSCH, W. (1988) (Hrsg.). Wege aus der Moderne. Weinheim
- WENDT, W. R. (Hrsg.) (1995). Unterstützung fallweise. Case Management in der Sozialarbeit. 2. Aufl. Freiburg im Breisgau. Lambertus
- WIESER, S. (1973). Isolation. Vom schwierigen Menschen zum hoffnungslosen Fall: die soziale Karriere des psychisch Kranken. Reinbek bei Hamburg. Rowohlt
- WINKELVOSS, H./ITZWERTH, R./TROJAN, A. (1981). Zur Definition und Verbreitung von Selbsthilfegruppen: in: Kickbusch, I./Trojan, A. Gemeinsam sind wir stärker - Selbsthilfegruppen und Gesundheit: Selbstdarstellungen, Analysen, Forschungsergebnisse. Frankfurt/Main. Fischer, 133-138
- WOHLFAHRT, N./BREITKOPF, H. (Hrsg.) (1995). Selbsthilfegruppen und Soziale Arbeit: Eine Einführung für soziale Berufe. Freiburg im Breisgau. Lambertus

- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. 1986
- WULFF, E. (1981). Psychisches Leiden und Politik. Ansichten der Psychiatrie. Frankfurt/New York. Campus
- WYDLER, H./KOLIP, P./ABEL, T. (Hrsg.) (2000). Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Weinheim/München: Juventa

Z

- ZERCHIN, S. (1999). Auf der Spur des Morgensterns - Ein Erlebnisbericht. München. Econ & List
- ZIMMERMAN, M.A. (1990). Toward a theory of learned hopefulness. A structural model analysis of participation and empowerment. In: Journal of Research in Personality, 71-86
- ZIMMERMAN, M.A. (1995). Psychological empowerment. Issues and illustrations. In: American Journal of Community Psychology 5/1995, 581-599
- ZIMMERMAN, M.A. (2000). Empowerment theory. Psychological, organizational and community levels of analysis. In: Rappaport, J./Seidman, E. (Ed.): Handbook of community psychology. New York
- ZIMMERMAN, M.A./WARSCHAUSKY, S. (1998). Empowerment theory for rehabilitation research. Conceptual and methodological issues. In: Rehabilitation Psychology 1/1998, 3-16

Interviewleitfaden

A. Soziale Situation

Alter:

Geschlecht:

ökonomische Situation:

Bildung/Ausbildung/Beruf:

Wohnsituation:

B. Subjektive Erfahrungen im eigenen Umgang mit der Krankheit

zu Krankheitsbeginn:

bei der Erstbehandlung:

heute:

Krankheitsakzeptanz:

C. Subjektive Erfahrungen mit Behandlung, Begleitung + Unterstützung

zu Krankheitsbeginn:

bei der Erstbehandlung:

heute:

Zuweisung der Diagnose:

D. Welche Hilfen sind für Deine Alltags- und Krankheitsbewältigung notwendig ?

zu Krankheitsbeginn:

bei der Erstbehandlung:

heute:

E. Welche Haltung der Umwelt ist hilfreich ?

	zu Krankheitsbeginn	bei Erstbehandlung	heute
prof. Helfer			
Angehörige/ Freunde			
Betroffene			

F. Wünsche und Utopien an eine andere Behandlung, Begleitung und Unterstützung

- Kritikphase:
- Phantasiephase:

G. Konkrete Unterstützungssituation und Bewältigungsstrategien

- Wenn Sie sich alleine fühlen, zu wem können Sie gehen, wen können Sie besuchen ?
- Sie haben Angst zu einer Behörde zu gehen ? Wer kann Ihnen helfen ?
- Sie haben Schwierigkeiten, einen Antrag auszufüllen bzw. einen Brief von einer Behörde zu beantworten ? Wer kann Ihnen helfen ?
- Sei kommen nicht mit Ihrer Wohnung klar ? Wer kann Sie dabei unterstützen ?
- Es geht Ihnen psychisch schlecht, mit wem können Sie vertrauensvoll darüber reden ?

H. Fragen zur Selbsthilfhaltung und Selbsthilfeeferfahrungen

- Wie haben Sie Ihre Rolle während der Behandlung ihrer Krankheit bzw. Betreuung und Begleitung erlebt ?
- Haben Sie sich ernst genommen gefühlt ?
- Wo und wie konnten Sie Einfluss nehmen auf Deine / Ihre Lebensumstände ?
- Welche Strategien haben Sie entwickelt, um mit ihrer speziellen Situation klar zu kommen ?
- Wie hoch schätzen Sie Ihr eigenes Bewältigungsvermögen bzgl. ihrer Lebenssituation und ihrer Krankheit ein ?
- Was verstehen Sie unter Selbsthilfe ?
- Was halten Sie von Selbsthilfegruppen ?
- Was meinen Sie findet in Selbsthilfegruppen statt, was können sie leisten?
- Haben Sie Erfahrungen mit Selbsthilfegruppen ? Wenn ja, welche ?
- Was hat Sie dazu veranlasst, eine Selbsthilfegruppe aufzusuchen ?
- Wann würden Sie eine Selbsthilfegruppe aufsuchen ?

FRAGEBOGEN ZUR LEBENSORIENTIERUNG

Die folgenden Fragen beziehen sich auf verschiedene Aspekte Ihres Lebens. Auf jede Frage gibt es 7 mögliche Antworten. Bitte kreuzen Sie jeweils eine Zahl an, die Ihre Antwort ausdrückt. Geben Sie auf jede Frage nur eine Antwort.

- 1. Wenn Sie mit anderen Leuten sprechen, haben Sie das Gefühl, dass diese Sie nicht verstehen?**

habe nie das Gefühl 1 2 3 4 5 6 7 habe immer das Gefühl

- 2. Wenn Sie in der Vergangenheit etwas machen mussten, das von der Zusammenarbeit mit anderen abhing, hatten Sie das Gefühl, dass die Sache**

keinesfalls erledigt werden würde 1 2 3 4 5 6 7 sicher erledigt werden würde

- 3. Abgesehen von denjenigen, denen Sie sich am nächsten fühlen - wie gut kennen Sie die meisten Menschen, mit denen Sie täglich zu tun haben ?**

sie sind Ihnen völlig fremd 1 2 3 4 5 6 7 sie kennen sie sehr gut

- 4. Haben Sie das Gefühl, dass es Ihnen ziemlich gleichgültig ist, was um Sie herum passiert?**

äußerst selten oder nie 1 2 3 4 5 6 7 sehr oft

- 5. Waren Sie schon überrascht vom Verhalten von Menschen, die Sie gut zu kennen glaubten ?**

das ist nie passiert 1 2 3 4 5 6 7 das kommt immer wieder vor

- 6. Haben Menschen, auf die Sie gezählt haben, Sie enttäuscht ?**

das ist nie passiert 1 2 3 4 5 6 7 das kommt immer wieder vor

FRAGEBOGEN ZUR LEBENSORIENTIERUNG

7. Das Leben ist

ausgesprochen
interessant

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

reine Routine

8. Bis jetzt hatte Ihr Leben

überhaupt keine klaren
Ziele oder einen Zweck

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

sehr klare Ziele
und einen Zweck

9. Haben Sie das Gefühl, ungerecht behandelt zu werden ?

sehr oft

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

sehr selten oder nie

10. In den letzten zehn Jahren war Ihr Leben

voller Veränderung,
ohne dass Sie
wussten, was als nächstes passiert

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

ganz beständig und klar

11. Das meiste, was Sie in Zukunft tun werden, wird wahrscheinlich

völlig faszinierend
sein

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

totlangweilig sein

12. Haben Sie das Gefühl, in einer ungewohnten Situation zu sein und nicht zu wissen, was Sie tun sollten ?

sehr oft

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

sehr selten oder nie

13. Was beschreibt am besten, wie Sie das Leben sehen ?

man kann für
schmerzliche Dinge
im Leben immer eine
Lösung finden

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

es gibt keine Lösung
für schmerzliche
Dinge im Leben

FRAGEBOGEN ZUR LEBENSORIENTIERUNG

14. Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, passiert es sehr häufig, dass Sie

fühlen, wie schön
es ist zu leben

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

sich fragen, warum Sie
überhaupt da sind

15. Wenn Sie vor einem schwierigen Problem stehen, ist die Wahl einer Lösung

immer verwirrend
und schwierig

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

immer völlig klar

16. Das, was Sie täglich tun, ist für Sie eine Quelle

tiefer Freude
und Zufriedenheit

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

von Schmerz und
Langeweile

17. Ihr Leben wird in Zukunft wahrscheinlich

voller Veränderungen
sein, ohne dass Sie
wissen, was als
nächstes passiert

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

ganz beständig und
klar sein

18. Wenn in der Vergangenheit etwas Unangenehmes geschah, neigten Sie dazu,

sich daran zu
verzehren

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

zu sagen: „Nun gut, sei's
drum, ich muss damit
leben“ u. weiterzumachen

19. Wie oft sind Ihre Gefühle und Ideen ganz durcheinander ?

sehr oft

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

selten oder nie

20. Wenn Sie etwas machen, dass Ihnen ein gutes Gefühl gibt,

werden Sie
sich sicher auch
weiterhin gut fühlen

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

wird sicher etwas
geschehen, das das
Gefühl verdirbt

FRAGEBOGEN ZUR LEBENSORIENTIERUNG

21. Komm es vor, dass sie Gefühle haben, die Sie lieber nicht hätten ?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

22. Sie nehmen an, dass ihr zukünftiges Leben

ohne jeden Sinn und Zweck sein wird 1 2 3 4 5 6 7 voller Sinn und Zweck sein wird

23. Glauben Sie, dass es in Zukunft *immer* Personen geben wird, auf die Sie zählen können ?

Sie sind sich dessen ganz sicher 1 2 3 4 5 6 7 Sie zweifeln daran

24. Kommt es vor, dass Sie das Gefühl haben, nicht genau zu wissen, was gerade passiert ?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

25. Viele Menschen - auch solche mit einem starken Charakter - fühlen sich in bestimmten Situationen wie ein Pechvogel oder Unglücksrabe. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt ?

nie 1 2 3 4 5 6 7 sehr oft

26. Wenn etwas passiert, fanden Sie im allgemeinen, dass Sie dessen Bedeutung

über - oder unterschätzten 1 2 3 4 5 6 7 richtig einschätzten

FRAGEBOGEN ZUR LEBENSORIENTIERUNG

27. Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, mit denen Sie in wichtigen Lebensbereichen wahrscheinlich konfrontiert werden, haben Sie das Gefühl, dass

es Ihnen immer
gelingen wird,
Schwierigkeiten
zu meistern

d 1 2 3 4 5 6 7

Sie die Schwierigkeiten
nicht werden meistern
können

28. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie täglich tun, wenig Sinn haben ?

sehr oft

1 2 3 4 5 6 7

sehr selten oder nie

29. Wie oft haben Sie Gefühle, bei denen Sie nicht sicher sind, ob Sie sie kontrollieren können ?

sehr oft

1 2 3 4 5 6 7

sehr selten oder nie

(Quelle: Antonovsky, 1997)