

(Selbst-)Ermächtigung in der Psychiatrie

Überlegungen zu Grundlagen, Möglichkeiten und Grenzen

Von Elke Prestin

In den aktuellen Debatten über die Zukunft des psychiatrischen Hilfesystems in Deutschland spielt die Frage der Autonomie psychisch erkrankter Menschen eine zunehmend wichtige Rolle. Die Selbsthilfe und progressive professionell Tätige fordern, dass die (Selbst-)Ermächtigung der Betroffenen zu einem zentralen Charakteristikum der Psychiatrie werden müsse. Der folgende Beitrag befasst sich mit wesentlichen Grundlagen und Implikationen dieser Forderung und zeigt die Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung auf.



Elke Prestin

Dr. phil., Sprachwissenschaftlerin und Redakteurin. Sie ist vielfältig in der Selbsthilfe Psychiatrieerfahrener engagiert, u.a. im Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit e.V. (NetzG). Kontakt: www.elke-prestin.de

Grundlagen

Von der Psychiatrie-Enquete 1975 (Deutscher Bundestag 1975) gingen umfassende Impulse für eine Modernisierung und humanere Gestaltung der psychiatrischen Versorgung aus. Allerdings wird aus heutiger Sicht mit Recht bemängelt, dass die Reformen sich allzu schnell und allzu sehr auf die strukturelle Ebene konzentrierten. So gelang es zwar, die bis dahin üblichen psychiatrischen Großkliniken weitgehend aufzulösen oder zu verkleinern und ambulante Hilfen deutlich (wenn auch noch nicht in ausreichender Weise) zu stärken. Zudem entstanden vielfältige neue Unterstützungsangebote, funktional gegliedert in die Bereiche Behandlung und Rehabilitation, Wohnen, Arbeitsleben und soziale Teilhabe (vgl. Armbruster et al. 2015).

Die Frage der Grundhaltung gegenüber dem psychisch erkrankten Menschen geriet dem gegenüber jedoch in den Hintergrund. Erst im Zuge eines gesamtgesellschaftlichen Wertewandels und wesentlich befördert durch die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK), werden die Rolle und die Rechte von psychisch kranken Menschen neu und breiter diskutiert.

Die UN-BRK, die 2006 verabschiedet wurde und seit 2009 auch in Deutschland rechtskräftig ist, benennt in Artikel 3 als allgemeine Grundsätze u.a.:

- a) die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie seiner Unabhängigkeit;
- b) die Nichtdiskriminierung;
- c) die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft; (...)
(Bundesgesetzblatt 2008)

Konkrete Bezüge zur Psychiatrie stellt Dainius Pūras (Litauen), UN-Sonderberichterstatter für das Recht auf Gesundheit, in seinem Bericht zum Thema „Mental Health“ vom 28. März 2017 her. Er fordert u.a.:

- 43. Gesundheitssysteme müssen die Nutzer als Inhaber von Rechten dazu befähigen, Autonomie auszuüben und sinnvoll und aktiv in allen Bereichen mitzuwirken, die sie betreffen, sowie ihre eigenen Entscheidungen über ihre Gesundheit (...) und ihre Behandlung zu treffen. Wo nötig, müssen die Nutzer dafür geeignete Unterstützung erhalten.
- 44. Es ist wichtig, das Empowerment von Individuen zu ermöglichen. Dies gilt vor allem für Personen mit besonderen psychosozialen Bedürfnissen. Wege des Empowerments sind u. a. das Fördern von Selbsthilfegruppen, Peer-Unterstützungsnetzwerken, des Dialogs und weiterer nutzergeleiteter Initiativen, aber auch neuer Arbeitsmethoden wie der Ko-Produktion, die repräsentative

und sinnvolle Teilhabe an der Entwicklung der Gesundheitsversorgung sicherstellen. (...)

- 95. Um sicherzustellen, dass psychosoziale Versorgungsangebote das Recht auf psychische Gesundheit für alle garantieren, sollten Staaten (...) sicherstellen, dass Nutzer in die Gestaltung, Implementierung, Bereitstellung und Evaluation psychosozialer Versorgungsangebote, -systeme und -richtlinien eingebunden sind; (...)
(United Nations 2017, Übersetzung durch die Autorin)

Empowerment und Recovery

Nimmt man diese Forderungen ernst, so ist damit ein grundlegender Perspektivwechsel verbunden: Die psychisch erkrankten Menschen sind nicht mehr länger Objekte medizinischer Behandlungen und psychosozialer Maßnahmen, sondern selbstbestimmt agierende Subjekte. Sie entscheiden über Art und Umfang der Hilfen, die sie in Anspruch nehmen. Und sie sind an der Konzeption und Ausgestaltung des psychiatrischen Unterstützungssystems aktiv beteiligt.

Für diesen Rollenwechsel vom Objekt zum Subjekt hat sich der Begriff des „Empowerment“ etabliert, der näherungsweise mit Stärkung, Ermächtigung übersetzt werden kann – eine genauere Begriffsdiskussion erfolgt an späterer Stelle in diesem Text. Eingebunden ist dieses Empowerment in

das Recovery-Konzept der Selbsthilfe (vgl. Prestin 2019). Während „Recovery“ (deutsch: Gesundheit, Genesung) im klinischen Sinne als Reduktion und möglichst Remission von Krankheitssymptomen betrachtet wird, setzt die Selbsthilfe Psychiatrieerfahrener einen anderen Schwerpunkt. Sie geht davon aus, dass psychisch erkrankte Menschen trotz möglicherweise verbleibender gesundheitlicher Beeinträchtigungen ein selbstbestimmtes, sinnerfülltes Leben in sozialen Bezügen führen können. Genesung bezeichnet in diesem Zusammenhang einen persönlichen Wachstumsprozess, zu dem die Verarbeitung des Krankheitserlebens ebenso gehört wie die Entwicklung von neuen Lebensperspektiven. Das Ziel der Symptomkontrolle ist hier kein absolutes mehr, sondern wird eingebettet in einen ganzheitlichen Blick, der beispielsweise auch die persönliche-existenzielle Dimension (Hoffnung, Spiritualität etc.), die soziale Dimension (Beziehungen z.B. in Familie und Freundeskreis) und die gesellschaftliche Dimension (Bildung, Arbeit, Wohnen, bürgerschaftliches Engagement etc.) beinhaltet (vgl. Whitley & Drake 2010).

Entsprechend schreibt Patricia Deegan (1993): *„Für mich bedeutet Recovery, im Führersitz meines Lebens zu sitzen. Ich lasse mich nicht von meiner Krankheit dominieren. Über die Jahre bin ich eine Expertin in meiner Selbstpflege geworden. Über die Jahre habe ich verschiedene Arten kennen gelernt, mir selbst zu helfen. Manchmal benutze ich Medikamente, Psychotherapie, Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen, Freunde, meine Beziehung zu Gott, Arbeit, sportliche Betätigung, Aufenthalt in der Natur – all diese Maßnahmen helfen mir, ganz und gesund zu bleiben, obwohl ich psychische Probleme habe.“*

Das Recovery-Konzept geht also konsequent vom einzelnen Menschen und seiner individuellen Situation aus. In gewisser Weise entspricht dies der seit langem geforderten, aber nach wie vor höchst unzureichend umgesetzten „Personenzentrierung“ psychiatrischer Hilfen: Nicht mehr die verordneten Zielvorgaben der Behandler und die institutionellen Logiken der Leistungserbringer, sondern die persönlichen

Bedürfnisse und Bedarfe des psychisch erkrankten Menschen sollen den Ausgangspunkt für die Ausgestaltung der Unterstützungsangebote darstellen. Konsequenter Weise widmet denn auch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) in der zweiten Auflage ihrer S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ gleich die ersten beiden ihrer Empfehlungen den Themen Empowerment und Recovery:

- **Empfehlung 1**

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben ein Recht darauf, in ihren besonderen Bedürfnissen und ihrem individuell unterschiedlichen Hilfebedarf wahrgenommen zu werden, und sollten befähigt und in die Lage versetzt werden, ihre Interessen selbst durchzusetzen, sich zu organisieren sowie ihre Lebensverhältnisse individuell bestimmen zu können (Selbstbefähigung/Empowerment).

- **Empfehlung 2**

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollten in ihrem individuellen Recovery-Prozess unterstützt werden. Neben gezielten evidenzbasierten Interventionen, die die Betroffenen im Rahmen ihrer individuellen Ziele und Wünsche unterstützen, sie in ihrer Autonomie und Individualität stärken und die eine Inklusion in alle Lebensbereiche und Lebensqualität fördern, sollte in allen Bereichen der Versorgung eine Recovery-Orientierung entwickelt und gelebt werden. Die Grundlage hierfür liegt in einem gemeinsamen Verständnis von Recovery, das Gegenstand von Aushandlungsprozessen ist. (DGPPN 2018)

Facetten von (Selbst-)Ermächtigung

Interessant und für die Diskussion von „Empowerment“ im Kontext der Psychiatrie durchaus richtungweisend ist die Frage, wie dieser Begriff übersetzt und verstanden wird. Die oben zitierte Empfehlung 1 der S3-Leitlinie verwendet die deutsche Übersetzung „Selbstbefähigung“. Die Selbsthilfe da-

gegen spricht in der Regel von „Selbstermächtigung“, während der englische Ursprungsbegriff wörtlich am ehesten mit „Ermächtigung, Übertragung von Verantwortung“ zu übersetzen ist. Bei näherer Betrachtung erweisen sich alle Facetten dieser Formulierungen als inhaltlich relevant.

Ermächtigung: Die wörtliche Übersetzung ist am engsten mit dem ursprünglichen Verwendungskontext des Wortes „Empowerment“ verbunden, denn der Begriff entstand historisch in den Emanzipationsbewegungen benachteiligter Bevölkerungsgruppen (vgl. Knuf 2013). Hier ging (und geht) es primär um

gleichberechtigte Teilhabe an gesellschaftlicher und politischer Macht. In den Bereich der Psychiatrie ist dies insofern übertragbar, als auch hier nach wie vor Formen von Bevormundung existieren, die mit dem prinzipiellen, u.a. in der UN-BRK formulierten Recht aller – auch psychisch erkrankter – Menschen auf Selbstbestimmtheit unvereinbar sind.

Befähigung: Dass die DGPPN als Fachgesellschaft der psychiatrisch Tätigen nicht von „Ermächtigung“, sondern von „Befähigung“ spricht, lässt sich unterschiedlich interpretieren. Psychiatriekritiker werden vermutlich die Defizitorientierung bemängeln, die bei dieser Begriffswahl durchscheint. Denn im Fokus steht zunächst nicht das Ziel der Ermächtigung im Sinne von Teilhabe, sondern die (unterstellte) derzeit noch fehlende Fähigkeit der Patientinnen und Patienten zur Selbstbestimmtheit. Die Professionellen sind dann nicht primär diejenigen, die Macht abgeben müssen, sondern diejenigen, die „Interventionen“ zur Stärkung von „Autonomie und Individualität“ entwickeln und verantwortlich durchführen (vgl. die obige Empfehlung 2 der S3-Leitlinie). Grundsätzlich besteht zweifellos die Gefahr, dass das etablierte psychiatrische Versorgungssystem die aus der Selbsthilfe (!) stammenden Konzepte von Recovery und Empowerment vereinnahmt und so transformiert, dass sie in die bestehenden Abläufe und Hierarchien eingepasst werden können, ohne wirkliche Veränderungen herbeizuführen (vgl. Prestin 2019, 2020). Andererseits ist aber zu konstatieren,

Es besteht die Gefahr, dass das etablierte psychiatrische Versorgungssystem die aus der Selbsthilfe stammenden Konzepte vereinnahmt und transformiert.

dass gerade schwer und chronisch psychisch erkrankte Menschen tatsächlich nicht immer unmittelbar (und teils auch nicht mittel- oder längerfristig) in der Lage sind, vollumfänglich eigenständig und eigenverantwortlich zu agieren. Eine sofortige „Ermächtigung“ ohne vorbereitende und begleitende „Befähigung“ wäre dann eine Überforderung und könnte auch als unterlassene Hilfeleistung interpretiert werden. Zudem ist den Autorinnen und Autoren der S3-Leitlinie zugute zu halten, dass sie eben nicht von „Befähigung“ sprechen, sondern von „Selbstbefähigung“. Auch diese Formulierung ist nun bei näherem Hinsehen aber wieder komplex und bedarf einer genaueren Analyse.

Selbstbefähigung: Im Zusammenhang der zitierten Empfehlungen der DGPPN dürfte „Selbstbefähigung“ als schrittweise Befähigung des (Patienten-)„Selbst“, also zum Selbst-Handeln interpretierbar sein. Sofern die Zielsetzung der weitgehenden, möglichst vollständigen Verantwortungsabgabe an den psychisch erkrankten Menschen dabei erhalten bleibt, stimmt dies durchaus mit den oben genannten Forderungen von Dainius Pūras überein. Denn dort heißt es in Punkt 43 bezüglich der Ausübung von Autonomie: „Wo nötig, müssen die Nutzer dafür geeignete Unterstützung erhalten“ (United Nations 2017, Übersetzung durch die Autorin). Damit ist ein Bezug zum Konzept der unterstützten Entscheidungsfindung („supported decision making“) hergestellt, das die Subjektrolle der Patienten ernst nimmt (vgl. Zinkler et al. 2019). Selbstbefähigung in diesem Sinne zielt also nicht mehr auf die Förderung von „Compliance“ ab (die etwas zynisch auch als eine Art von „Befähigung“ gelten könnte, nur eben als Befähigung zum geräuschlosen Funktionieren innerhalb eines paternalistischen Systems). Vielmehr geht es explizit um die Förderung von Selbstbestimmtheit.

Nun gibt es aber auch noch eine andere Lesart des Begriffes: Selbstbefähigung kann auch als von den Betroffenen *selbst* vorgenommene oder erreichte Befähigung interpretiert

werden. Hier kommt nun nicht den professionell psychiatrisch Tätigen, sondern den Akteurinnen und Akteuren der Selbsthilfe die Rolle der Lehrer, Ermutiger und Begleiter zu. Es liegt auf der Hand, dass eine solche Form der Peer-Unterstützung besonders effektiv und nachhaltig ist, weil sie zum einen auf einem geteilten Erfahrungshintergrund aufbauen kann und zum

Selbstbefähigung kann auch als von den Betroffenen selbst erreichte Befähigung interpretiert werden. Dann kommt den Akteuren der Selbsthilfe die Rolle der Lehrer zu.

anderen in konkreter Weise Hoffnung und das Gefühl von Selbstwirksamkeit vermittelt. Eine zukunftsweisende Form dieser Art von Selbsthilfe sind von Psychiatrie-erfahrenen konzipierte und geleitete Recovery Colleges, vorbildlich gestaltet beispielsweise in Utrecht (vgl. Punkertje 2016). Differenzierter zu betrachten sind Recovery Colleges, die von Professionellen verantwortet und von Peers lediglich mitgestaltet werden, in der Regel über Minijobs oder kleinere Honoraraufträge. Auch wenn „Ko-Produktion“, also das gemeinsame Agieren von Angehörigen psychiatrischer Fachberufe und Psychiatrieerfahrenen, hier im Einzelfall durchaus gelingen mag, wird immer die Gefahr der professionellen Okkupation von Selbsthilfe-Konzepten zu beachten sein.

Selbstermächtigung: Der letztgenannte Aspekt macht auch begreiflich, warum Empowerment aus Sicht der Selbsthilfe eben nicht nur Selbstbefähigung ist, sondern auch Selbstermächtigung. Wenn die psychiatrisch Tätigen das Ziel, die Eigenverantwortung und Selbstbestimmtheit psychisch kranker Menschen zu fördern, wirklich ernst nehmen, dann müssen sie ihnen auch Verantwortung und gleichberechtigte Mitwirkungsmöglichkeiten zugestehen, und zwar auf individueller und überindividueller Ebene gleichermaßen. Echte Betroffenen-Partizipation in der Ausgestaltung des psychiatrischen Hilfesystems ist aber bislang leider immer noch die Ausnahme, nicht die Regel. Umso wichtiger ist auch hier die zweite Lesart des „Selbst“: Menschen mit der Erfahrung psychischer Erkrankung können nicht nur darauf warten, dass sie einbezogen

werden. Vielmehr ist es eine wesentliche Aufgabe der organisierten Selbsthilfe, sich selbst psychiatriepolitisch konstruktiv-kritisch zu engagieren und die Erfahrungsexpertise psychisch erkrankter Menschen nachdrücklich einzubringen.


Autonomie und soziale Einbettung

Nachdem in den vergangenen Abschnitten viel vom „Selbst“ die Rede war, ist eine abschließende Ergänzung und Einbettung in eine erweiterte Perspektive unbedingt erforderlich. Denn der hohe Stellenwert, den liberale westliche Gesellschaften gegenwärtig der individuellen Autonomie zuschreiben, ist mit Ambivalenzen behaftet. Einerseits erwächst daraus ein Emanzipationspotenzial, das im Sinne der allgemeinen Menschenrechte nicht nur wünschenswert, sondern dringend notwendig ist – gerade auch in Bezug auf den Umgang mit psychisch erkrankten Menschen. Andererseits sind Menschen aber stets in soziale Systeme eingebunden und interagieren mit Mitmenschen, deren Bedürfnisse und Freiheitsrechte ebenso zu beachten sind. Aktuelle gesamtgesellschaftliche Entwicklungen können durchaus Anlass zu der Sorge geben, dass diese Perspektive gegenüber einem verabsolutierten Verständnis von Selbstbestimmtheit allzu sehr in den Hintergrund gerät.

Insofern sei daran erinnert, dass die ersten Liberalisierungsbewegungen in der Zeit der Psychiatrie-Enquete einen stark sozialen, auch bürgerschaftlich geprägten Charakter hatten. Insbesondere der Dialog als Austausch von psychisch erkrankten Menschen, ihren Angehörigen und Fachpersonen hat seitdem viele wichtige Anstöße gegeben, um die Psychiatrie menschlicher zu gestalten – sowohl auf persönlicher als auch

Insbesondere der Dialog als Austausch von psychisch erkrankten Menschen, ihren Angehörigen und Fachpersonen hat seitdem viele wichtige Anstöße gegeben, um die Psychiatrie menschlicher zu gestalten.

(wenigstens in Ansätzen) auf institutioneller Ebene. Selbstermächtigung sollte also nicht bedeuten, dass jede Gruppe ihre je eigenen Interessen gegen die anderen Gruppen durchzusetzen versucht. Vielmehr muss das Ziel darin bestehen, die jeweils Schwächeren soweit zu stärken, dass sie auf Augenhöhe mit den Menschen ihres Umfelds

diskutieren und mit ihnen gemeinsam um den für alle besten Weg ringen können. Soweit das gelingt, kann die Psychiatrie zum Vorbild für ein rücksichtsvolles und achtsames Miteinander der unterschiedlichsten Akteure auch auf gesamtgesellschaftlicher Ebene werden. 

Literatur

- Armbruster, J., Dieterich, A., Hahn, D., Ratzke, K. (1975).** Wo stehen wir heute? Resümee und Ausblick. In: Armbruster, J., Dieterich, A., Hahn, D., Ratzke, K. (Hrsg.), 40 Jahre Psychiatrie-Enquete. Blick zurück nach vorn. Köln: 16–38.
- Bundesgesetzblatt Jahrgang 2008 Teil II Nr. 35,** ausgegeben zu Bonn am 31. Dezember 2008. <http://www.un.org/depts/german/uebereinkommen/ar61106-dbgbl.pdf>; abgerufen am 1.6.2020.
- Deegan, P. (1993).** Recovering our sense of value after being labelled. *Journal of Psychosocial Nursing*, 31 (4): 7–11.
- Deutscher Bundestag (1975).** Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. 7. Wahlperiode. Drucksache 7/4200. Bonn.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,** Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) (Hrsg.) (2018). S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“. 2. Aufl. Berlin.
- Knuf, A. (2013).** Empowerment in der psychiatrischen Arbeit. 9. Aufl. Köln.
- Prestin, E. (2019).** Recoveryorientierung als Prüfstein für die psychiatrische Versorgung. In: Zuaboni, G., Burr, C., Winter, A., Schulz, M. (Hrsg.), Recovery und psychische Gesundheit. Grundlagen und Praxisprojekte. Köln: 10–12.
- Prestin, E. (2020).** Handlungsbedarfe für eine bessere Psychiatrie. In: Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.), Qualität als Maßstab – Brennpunkte in der psychiatrischen Versorgung. APK-Tagungsband 2019. Bonn (im Druck).
- Punkertje (2016).** Visit to Lister and ENIK Recovery College Utrecht. <http://punkertje.waarbenjij.nu/reisverslag/4935187/visit-to-lister-and-enik-recovery-college-utrecht>; abgerufen am 9.8.2020.
- United Nations, General Assembly.** Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (28 March 2017). <https://reliefweb.int/report/world/report-special-rapporteur-right-everyone-enjoyment-highest-attainable-standard-0>; abgerufen am 1.6.2020
- Whitley, R., Drake, R.E. (2010).** Recovery: a dimensional approach. *Psychiatr Serv*, 61 (12): 1248–1250.
- Zinkler, M., Mahlke, C., Marschner, R. (Hrsg.) (2019).** Selbstbestimmung und Solidarität. Unterstützte Entscheidungsfindung in der psychiatrischen Praxis. Köln.