

# FACHARBEIT

**Thema:**

## “Der stimmlose Patient – Gehorsame Verrückte oder kompetente Behandlungspartner“

*Über die Möglichkeit der Mitbestimmung psychisch kranker Menschen unter  
Einbezug pflegerischer Förderung von Selbstbestimmung und  
Verantwortungsfähigkeit  
(Stichwort:Empowerment)*

**erstellt**

**im Rahmen der  
„Weiterbildung zum Krankenpfleger für Psychiatrie“**

**am**

**Centrum für Kommunikation Information Bildung**

**von**

**JOCHEN SCHLEICHER**

**Nürnberg / Erlangen, Januar-Juli 2003**

# INHALTSVERZEICHNIS

Seite

<b>1.0. Einführung .....</b>	<b>2</b>
<b>2.0. Begriffsklärung.....</b>	<b>4</b>
2.1. Empowerment (Selbstbefähigung)	
2.2. Erlernte Hilfslosigkeit	
<b>3.0. Möglichkeiten der Mitbestimmung von psychisch Kranken     während einer stationären Behandlung.....</b>	<b>5</b>
<b>4.0. Gespräch mit Psychiatrieerfahrenen zum Thema     „Selbstbestimmung während stationärer Aufenthalte“.....</b>	<b>9</b>
4.1. Verlauf und Auswertung der getroffenen Gesprächsaussagen im Kontext von Empowerment (Selbstbefähigung).....	11
4.2. Kernaussagen und daraus resultierende Empowerment-Visionen.....	17
<b>5.0. Vorschläge für eine praktische Umsetzung von Empowerment     (Selbstbefähigung) im stationären Alltag.....</b>	<b>19</b>
<b>6.0. Schlusswort.....</b>	<b>27</b>
<b>7.0. Quellenverzeichnis.....</b>	<b>29</b>

*ANMERKUNG: Zur Vereinfachung wurde im folgenden Text grundsätzlich die männliche Form verwendet. An dieser Stelle soll jedoch darauf hingewiesen sein, dass damit gleichzeitig die weibliche Form mit eingeschlossen ist.*

## **1.0. EINFÜHRUNG:**

Für Menschen die an einer psychischen Krankheit leiden wurden in den letzten Jahren immer wieder im Zuge der Psychiatrieenquête sowie diversen Expertenkommissionen neue, humanere, individuelle Möglichkeiten der Behandlung gefordert. Nichtsdestotrotz hat sich seit dem keine tatsächlich zufriedenstellende Situation für die Betroffenen eingestellt, was sich durch einen Blick auf die hiesigen Internetseiten diverser Selbsthilfeorganisationen leicht feststellen lässt .Die Autoren dieser Seiten, allesamt psychiatrieeerfahrene Menschen, sprechen auch heute noch von erfahrener Bevormundung, von fragwürdigen Zwangsmaßnahmen und Stigmatisierung durch leichtfertige Diagnosestellung, so das sogenannte Behandlungskonzepte in Verbindung mit Psychiatrie oft einen schalen Nachgeschmack hinterlassen. Viele dieser Konzepte sind ihrem Wesen nach tatsächlich sehr einseitig. Sie beschränken sich auf bestimmte Problemgruppen oder Sichtweisen. Das in dieser vorliegenden Arbeit thematisierte Empowermentkonzept will offen sein für verschiedenste Entwicklungen und Blickwinkel. Empowerment ist kein ganz neuer Ansatz. Doch es ist ein Ansatz der weder nur bei den Rechten, noch nur bei den Bedürftigkeiten der Menschen stehen bleiben will, weder für „wohlwollende Vernachlässigung“, noch für „Überbehütung“ steht. Es möchte ein Konzept sein, das das „wie“ beschreibt, in dem sich soziale Entwicklungen vollziehen. Das „was“, also der inhaltliche Aspekt mit dem es gefüllt wird, bleibt offen, und kann nur von dem Betroffenen selbst entschieden und umgesetzt werden. Wer aber in den Betroffenen nur inkompetente, hilflose und pflegebedürftige Menschen sieht, verfängt sich zwangsläufig in einem defizitorientierten Blickwinkel. Empowerment fordert ,den Menschen als vollwertig wahrzunehmen, egal in welcher marginaler Position. Es ist ein Ansatz der weg geht von einer Defizitorientierung, die den beeinträchtigten Menschen nur als ein Bündel seiner Probleme wahrnimmt, die er selbst zu verantworten hat. Es geht aus von den Stärken und Ressourcen, die ein jeder Mensch hat, egal in welcher Lage er sich befindet. Empowerment- ein Ansatz, der persönliche, auf den Lebenskontext bezogene und damit logischerweise divergente Lösungsstrategien bevorzugt. Die psychiatrische Krankenpflege, die heute einen erheblichen Anteil an der Versorgung psychisch Kranker hat, akzeptiert in vielen Fällen dieses medizinische- ursprünglich von Ärzten entwickelte, symptomfocussierte-Menschenbild, welches sich an den Defiziten der Betroffenen orientiert und unterstützt

es damit. Auf dieser Sichtweise hat sich ein psychiatrisches Hilfesystem aufgebaut. Die Professionellen kontrollieren die Art zu Leben der Nutzer dieser Dienstleistungen, indem sie ihnen indirekt vorschreiben, wie sie ihr Leben zu führen haben. Auf Grund einer Sichtweise gegenüber den Betroffenen, deren Verhalten scheinbar grundsätzlich pathologisch gedeutet wird, nehmen die Professionellen sich das Recht zu wissen, was „Gut“ für die Betroffenen ist. Die Betroffenen scheinen nicht in der Lage zu sein, selbst entscheiden zu können, was sie wollen. Sie werden an Hand ihrer Probleme und Defizite definiert, was sie zu Mängelwesen ohne Kompetenzen degradiert. Diese „Mängelwesen“ werden dann wieder gesund, wenn ihre Mängel beseitigt sind.

Die Art von Problemlösungen, die eine defizitorientierte Unterstützung leistet, geht somit auch meist an den Potentialen der Betroffenen vorbei. Das Potential, welches ausgeschöpft wird, ist nicht das der Betroffenen, sondern das der Institution. Die Marktorientierung der meisten Hilfsangebote lässt vielfältige und spezialisierte Therapieformen entstehen, was zur Folge hat, dass nicht die Klienten nach Angeboten suchen können, die sie brauchen, sondern dass Klienten auf spezielle Therapieprogramme verteilt werden, die am ehesten ihre Defizite behandeln wollen. Nicht die Institution passt sich den Bedürfnissen des Nutzers an, sondern die Patienten sollen sich den Therapieangeboten in einer speziellen Einrichtung anpassen. Das soziale Hilfesystem gleicht allem Anschein nach immer mehr einem „Reparaturbetrieb“, der damit beschäftigt ist, die immer neu entstehenden Probleme, einer sich schnell verändernden Gesellschaft zu korrigieren und dabei kaum Zeit findet sein eigenes Handeln zu reflektieren. Vor dem Hintergrund des auch noch heute tagtäglich stattfindenden defizitorientierten, bevormundenden Handelns der Tätigen in psychiatrischen Einrichtungen und der damit verbundenen Absprechung der Fähigkeit des selbstbestimmten Handelns der Betroffenen, woraus wiederum eine ungewollte Förderung der Hilflosigkeit und Abhängigkeit entsteht, ist die anfangs kurz angeschnittene Empowermentbewegung entstanden. Das daraus resultierende Empowerment-Konzept soll zum besseren Verständnis der nachfolgenden Kapitel deshalb im Folgenden näher erläutert werden.

## 2.0. BEGRIFFSKLÄRUNG:

### 2.1. EMPOWERMENT – Versuch einer psychiatrierelevanten Arbeitsdefinition

Der Begriff „Empowerment“ bedeutet Selbstbefähigung und Selbstbemächtigung, Stärkung von Eigenmacht, Autonomie und Selbstverfügung. Empowerment beschreibt mutmachende Prozesse der Selbstbemächtigung, in denen psychisch kranke Menschen in Situationen des Mangels, der Benachteiligung oder der gesellschaftlichen Ausgrenzung beginnen, ihre Angelegenheiten selbst in die Hand zu nehmen, in dem sie sich ihrer Fähigkeiten bewusst werden, eigene Kräfte entwickeln und ihre individuellen und kollektiven Ressourcen zu einer selbstbestimmten Lebensführung nutzen lernen. Empowerment – auf eine kurze Formel gebracht – zielt auf die (Wieder-) Herstellung von Selbstbestimmung über die Umstände des eigenen Alltags. Dort, wo psychisch kranke Menschen diese Erfahrung von Selbstwert und aktiver Gestaltungskraft, von Ermutigung und sozialer Anerkennung haben sammeln können, vollziehen sich mutmachende Prozesse einer „Stärkung von Eigenmacht“. Der Rückgriff auf das positive Kapital dieser Erfahrungen macht es psychisch kranken Menschen möglich, sich ihrer Umwelt weniger ausgesetzt zu fühlen und aktiv an der Gestaltung ihres alltäglichen Lebens zu arbeiten. (vgl. Norbert Herringer: Empowerment in der sozialen Arbeit, Kohlhammer Verlag, 2. Auflage)

### 2.2. ERLERNTHE HILFLOSIGKEIT in Bezug zu psychiatrischer Arbeit

„Erlernte Hilflosigkeit“ oder Demoralisierung beschreibt eine Lebenshaltung vieler psychiatrieeffahrener Menschen (Seligmann, M.E.P.: Erlernte Hilflosigkeit, 5. Auflage, Weinheim 1995). Sie haben im Laufe ihres Lebens die Erfahrung gemacht, keinen oder nur bedingt Einfluss darauf zu haben, was in ihrem Leben mit ihnen geschieht: ob sie wieder krank werden, wie sie in der Klinik behandelt werden, ob sich Freundschaften einstellen, ob sie wieder im Beruf Fuß fassen können usw. Dieses Dauerhafte Gefühl, die Geschehnisse durch das eigene Verhalten kaum beeinflussen zu können, bewirkt verschiedene Defizite die bei psychisch kranken Menschen immer wieder beobachtet werden können: Sie erfahren ein Defizit an Motivation und Antrieb. Nimmt man den Menschen die Kontrollerfahrung, so vermindert sich ihre Handlungsbereitschaft. Es vollzieht sich eine Entwertung von motivationaler Kraft, die in Passivität und resignativem Rückzug mündet. Zudem kommt es zu kognitiven Beeinträchtigungen:

Gangbare und Erfolg versprechende Problemlösungswege werden nicht mehr wahrgenommen und bleiben ungenutzt oder die Wirksamkeit eigener verfügbarer Bewältigungsressourcen wird als zu gering eingeschätzt. Letztlich münden diese Defizite in einer emotionalen Reaktion, die in vielem an depressive Krankheitsbilder erinnert. Viele Erlebnis- und Verhaltensweisen Betroffener wie Antriebs- und Interessenverlust, affektiver Verflachung bis hin zu spezifischen Denkstörungen, die heute einer endogenen Krankheitsdynamik zugeschrieben werden, dürften zumindest teilweise Folgen „erlernter Hilflosigkeit“ sein ( vgl.: Herriger, 1997).

Im Kontakt mit psychisch kranken Menschen zeigt sich diese erlernte Hilflosigkeit in deren Handeln und Wahrnehmung:

- Die reale Umwelt wird als nicht durch eigenes Handeln beeinflussbar erlebt. Die Folge ist ein resignatives Hinnehmen des Gegebenen.
- Ein allgemeines Misstrauen gegenüber einer Umwelt und Gesellschaft, die als ausgrenzend und feindselig erlebt wird ,herrscht vor.
- Die eigene Meinung wird als geringschätzig betrachtet.
- Ein Gefühl der Verschlussenheit gegenüber der Gestaltung der eigenen Zukunft stellt sich ein

Bei Betroffenen, die bereits diese „Lernerfahrungen“ gemacht haben, sind spezifische Methoden notwendig, um ihnen das Gefühl der Einflussnahme zurückzugeben und ihnen somit die Möglichkeiten zur Gestaltung ihres Alltags zurückzugeben.(vgl.Knuf/Seibert:Selbstbefähigung fördern, Psychiatrie Verlag Bonn 2001)

### **3.0. MÖGLICHKEITEN DER MITBESTIMMUNG VON PSYCHISCH**

#### **KRANKEN WÄHREND EINER STATIONÄREN BEHANDLUNG:**

Im nun folgenden Kapitel sollen die Möglichkeiten der Mitbestimmung psychisch kranker Menschen bei einer Behandlung im stationären Setting betrachtet werden, mit dem Ziel eine Ausgangsbasis im Form eines IST- Zustandes zu errichten. Es handelt sich dabei um die Erfahrungen aus der Sicht der professionellen Helfer und orientiert sich am Menschenbild der Pflegetheoretikerin Dorothea Orem. Selbige geht davon aus, das das menschliche Sein die Kraft, den Intellekt und die praktischen Fähigkeiten hat um seine lebensnotwendige Selbst- Pflege und damit natürlich auch seine Selbst-Bestimmung zu betreiben. Die Fähigkeiten diese Selbst- Pflegebedürfnisse zu erfüllen sind dabei abhängig von individuellen Wissen und der vermittelten bzw. erlernten

praktischen Fertigkeiten. In einigen Fällen entscheiden Individuen kein Selbst- Pflege Verhalten zu betreiben, die Gründe dafür können in Angst, Furcht, Unwissen oder anderen Prioritäten zu suchen sein. (vgl. Botschafter und Moers, 1991, Pflegemodelle in der Pflegepraxis, 8. Folge: D. E. Orem- Die Selbstfürsorge-Defizit- Konzeption der Pflege. Die Schwester der Pfleger, 30. Jhrg. Heft 8, S. 701 – 707)

Ausgerüstet mit diesen Vorinformationen möchte ich mich nun der zentralen Frage dieses Kapitels widmen: „Welche Möglichkeiten der Selbst- bzw. Mitbestimmung hat derzeit der psychisch Kranke während einer stationären Behandlung?“

Im Regelfall befindet sich ein psychisch kranker Mensch in einer Lebenskrise wenn er sich in stationäre Behandlung begibt. Er kommt entweder freiwillig, zum Beispiel per Einweisung eines Arztes, oder unter Zwang in Begleitung von Polizei beziehungsweise per gerichtlichen Beschluss. Sobald der psychisch kranke Mensch die Station betritt wird er zum Patienten und erhält eine psychiatrische Versorgung in Form von Pharmako-, Sozio- und / oder Psychotherapie. Es werden Kurvenblätter ausgefüllt, Medikamente angesetzt, Therapiepläne geschrieben und Termine zu Gesprächen und Diagnostik vereinbart. Welche Möglichkeiten der Mitbestimmung hat nun der psychisch kranke Patient bei all den für uns Professionellen zur Routine gewordenen Abläufen? Bei genauerem Hinsehen zeigt sich das sich der Handlungsspielraum des Erkrankten sich auf die nun folgenden Punkte beschränkt:

> Verweigerung:

Der Patient hat jederzeit die Möglichkeit Therapieangebote zu verweigern und somit Einfluss auf den Ablauf der Behandlung zu nehmen. Das Verweigern von Therapieangeboten die von uns Professionellen als sinnvoll erachtet werden ist nicht selten der Fall, was jedoch erfahrungsgemäß meist an mangelnder Aufklärung über Sinn und Zweck des geplanten Therapieangebotes liegt. Verweigert ein Patient trotz genügender Aufklärung geplante Maßnahmen, so ist es sinnvoll die Gründe der Verweigerung zu erfragen und den Patienten nicht als Uneinsichtig und Nicht-Therapiefähig zu titulieren. Gerade negative Vorerfahrungen beispielsweise mit Medikamenten, frühere Traumatisierungen durch Gewalterfahrungen oder schlichtweg Unsicherheit und Angst vor Blamage in Gruppensituationen sind ein häufig genannter Grund für die Verweigerung von Therapieangeboten. Leider rücken Verweigerungsverhalten und Nicht- Teilnahme an Therapien den psychisch Kranken oft in ein schlechtes Licht und ziehen Sanktionen nach sich. Es sollte jedoch auch bedacht werden, das eine begründete Verweigerung auch einen Appell an die Kreativität der

Professionellen darstellen kann und somit vielleicht andere, individuelle Wege außerhalb der Stationsroutine gegangen werden müssen. Geht es doch darum den Erkrankten in seinen gesunden Anteilen in Richtung Selbst- bzw. Mitbestimmung zu bestärken als ihn durch vorschnelles Schubladendenken und übereilt durchgeführte Zwangsmassnahmen zu brechen.

> Zustimmung:

Im stationären Alltag gibt es immer wieder Patienten die alle Maßnahmen die für sie von Professionellen als hilfreich und heilsam erachtet werden, scheinbar völlig kritiklos über sich ergehen lassen. Ohne Nachfragen nimmt diese Patientengruppe Medikamentenumstellungen hin, stellt keine unangenehmen Fragen, fällt im Stationsalltag kaum auf und gilt in der Regel als unkompliziert. Bei Dienstübergaben nehmen diese Patienten kaum Zeit in Anspruch und werden als willig und einsichtig eingestuft. Doch kommt man im Gespräch mit diesen Patienten auf Themen wie eigenmächtige Gestaltung der freien Zeit, auf „sich Gutes tun“, auf übernehmen von Verantwortung, so trifft man oft auf Ratlosigkeit und Schweigen. Es gilt also diese Patientengruppe ab einer bestimmten Krankheitsphase hinsichtlich Eigenverantwortlichkeit zu unterstützen und nicht durch ein überfürsorgliches Betreuen wichtige Ressourcen zu übersehen. Die Professionellen müssen sich dabei bewusst machen das der Alltag nicht aus zeitlich straff organisierten Therapieplänen besteht, sondern ein hohes Maß an Fähigkeiten bezüglich Eigenverantwortlichkeit und selbstbestimmter Planung erfordert. Es muss also Ziel sein die, für Professionelle unbestritten, bequeme Fügsamkeit der oben beschriebenen Patienten zu nutzen und ihnen, oftmals auch gegen ihren Willen, Unterstützung zu entziehen und sie gleichzeitig in die Verantwortung zu nehmen, worauf diese im ungünstigen Fall mit Ärger oder Regression reagieren, möglicherweise aber auch mit zunehmend eigenverantwortlichem und aktivem Handeln. (vgl. Knuf /Seibert: Selbstbefähigung fördern, Psychiatrie Verlag Bonn, 2. Auflage, S.43 – 44)

> Manipulation durch bewusste / unbewusste Erzeugung von Druck:

Eine weitere Möglichkeit der Mitbestimmung bei der stationären Behandlung ist die Ausübung von Druck seitens der Erkrankten. Viele Patienten sind, oftmals bedingt durch ihre Erkrankung, nicht in der Lage in angemessener Art und Weise auf ein

Missfallen der Behandlung beziehungsweise ein Signalisieren ihrer eigenen Vorstellungen und Bedürfnisse hinzuweisen. Sie versuchen durch Androhung oder gar Durchführung von Selbstverletzung in Form von sich schneiden, Drogeneinnahme in Ausgängen, oder fremdaggressiven Tendenzen auf den Verlauf der Behandlung Einfluss zu nehmen. Auch dies als eine, wenn auch destruktiv orientierte, Form von versuchter Mitbestimmung zu begreifen, fällt den professionellen Helfern oft schwer, doch die Erfahrung zeigt das dies eine nicht von der Hand zu weisende Tatsache darstellt. Den Ursprung solcher Misere findet man dabei häufig in einer Diskrepanz der Vorstellungen bzgl. des Ablaufs einer stationären Behandlung. Es zeigt sich immer wieder das es für psychiatrisch Tätige nicht einfach ist den Eigen- Sinn ihrer Patienten zu akzeptieren. Sie ertragen die Lebensentwürfe beziehungsweise die Vorstellungen einer Behandlung der Erkrankten nur schwer und versuchen daher ihre Patienten von Lebens-/ Behandlungsentwürfen zu überzeugen, mit denen in erster Linie professionell Tätige besser zurechtkommen. Die Vorstellungen eines Betroffenen zu akzeptieren darf nicht mit einer Niederlage im Sinne von „sich dem Druck fügen“ verwechselt werden, auch das Einnehmen einer „Ist- mir- egal- Haltung“ ist nicht zutreffend. Hier werden die Vorstellungen gerade nicht akzeptiert, sondern der professionell Tätige zieht sich aus Enttäuschung über die mangelnde Kooperationsbereitschaft des Patienten aus der Beziehung zurück. Das dadurch häufig vorprogrammierte Scheitern bestätigt den psychiatrisch Tätigen dann wiederum in seiner Einschätzung, das nur der von ihm propagierte Weg Erfolg versprechend gewesen wäre. Respekt vor, mitunter auch unkonventionellen, Vorstellungen einer Behandlung beziehungsweise Lebensentwürfen bedeutet, diese zu akzeptieren und die Betroffenen im Sinne von eigenverantwortlich unterstütztem Handeln zu begleiten. Dies kann sich in der Praxis als ungemein schwierig gestalten, vor allem wenn der Patient sich dabei offensichtlich selbst schädigen könnte. Akzeptieren kann deshalb hier nicht heißen, allem zuzustimmen, was der Patient wünscht, wohl aber, die Vorstellungen des Betroffenen mit ihm auf ihre „Tauglichkeit“ hin zu überprüfen. Dabei haben nicht nur professionelle Helfer, sondern auch Patienten ein Recht auf Irrtum, d. h. , auch ein riskanter Weg verdient es häufig, vom Betroffenen mit professioneller Unterstützung beschritten zu werden. Wenn sich dieser Weg schließlich als Irrweg herausstellen sollte, so ist das keine Bestätigung dafür, dass nur die Vorstellungen des Profis richtig sind, sondern das auch der Betroffene Fehlentscheidungen treffen kann und darf. Versuch und Irrtum sind sehr wichtige Voraussetzungen für ein selbstbestimmtes, eigenverantwortlich autonomes

> Selektion:

Eine tagtäglich stattfindende Möglichkeit von Seiten des Betroffenen Einfluss auf die Behandlung im weitesten Sinne zu nehmen ist die subtile Art der Selektion. In der sich permanent entwickelnden Interaktion zwischen professionell Tätigen und psychisch kranken Menschen kommt es zwangsläufig zu zwischenmenschlichen Beziehungssituationen. Diese Beziehungen sind von Sympathie und Antipathie geprägt und die Erfahrung zeigt das psychisch Kranke eine Art Sensibilität für derart Gefühle in sich tragen. So kommt es zustande, dass Pflegeperson A einen eher lockeren Umgangston pflegt, während Pflegeperson B sich eher dem Restriktiven, vielleicht aus Mangel an Sympathie für den Betroffenen, hingibt. Nun es liegt im Wesen der Sache, dass sich der Betroffene bei persönlichen Belangen oder Aussichten auf Begünstigungen bevorzugt an Pflegeperson A wendet und somit, egal ob bewusst oder unbewusst, Einfluss auf seine Behandlung nimmt. Wird diese Selektion aufgedeckt, so heißt es meist der Betroffene versucht das Team zu „spalten“. Diese Tendenz zur Selektion sollte den professionell Tätigen einer Station jedoch eher als Appell dienen ihr Zusammenarbeiten zu überprüfen und die Überlegung anzustellen, warum ihr Team „spaltbar“ geworden ist. Ohne Zweifel ist die Selektion eine tagtäglich stattfindende Variante der Einflussnahme auf Behandlungsverläufe im stationären Setting und sollte daher ebenso Aufmerksamkeit bei psychiatrisch Tätigen die in Beziehung mit den Erkrankten treten wecken.

#### **4.0. GESPRÄCH MIT PSYCHIATRIEERFAHRENEN ZUM THEMA**

##### **„SELBSTBESTIMMUNG WÄHREND STATIONÄRER AUFENTHALTE“:**

Um nun erfahrene bzw. nicht erfahrene Selbstbestimmung bei der Behandlung psychisch kranker Menschen effektiv beurteilen zu können und nicht in die einseitige Sichtweise der Professionellen zu verfallen, wurde im Zuge der Vorüberlegungen zu dieser vorliegenden Arbeit klar, das neben eigenen Erfahrungen auch die eigentlich Betroffenen angehört werden müssen. Zu diesem Zwecke wurde vom Autor ein Treffen mit drei langjährig psychiatrieeerfahrenen Patienten arrangiert um mit Selbigen ein problemzentriertes Gruppengespräch zu führen.

### >Zielsetzung

Das Ziel dieses Gesprächs war von Anfang an klar formuliert. Es sollte retrospektiv betrachtet werden inwiefern den Betroffenen in den verschiedenen Stadien ihres Gesundungsprozesses Verantwortung beziehungsweise Selbstbestimmung seitens der professionell Tätigen innerhalb einer Institution übertragen wurde. Also in welcher Art und Weise den Betroffenen eine Wahrnehmung, Würdigung und Förderung ihrer Stärken zuteil wurde und sie somit, durch das „Sich einbringen“, aktiv an der Gestaltung der Behandlung teilhaben konnten.

### >Gruppenzusammensetzung

Es bestand bereits Kontakt zu den Gesprächspartnern, da alle an einem vom Autor geleiteten psychoedukativen Gruppenprogramm, das vor circa zwei Jahren in der Kopfklinik der Universität Erlangen stattfand, teilnahmen. Die Gruppe bestand aus drei psychisch Kranken die im Zuge des psychoedukativen Programms eine freundschaftliche Beziehung zueinander aufbauten und sich regelmäßig in einer Selbsthilfegruppe innerhalb Erlangens treffen und austauschen. Das Erkrankungsspektrum erstreckt sich über folgende Diagnosen:

- Bipolare affektive Störung,
- paranoid-halluzinatorische Schizophrenie,
- schizoaffektive Störung.

Die Teilnehmer setzten sich aus einer weiblichen Person und zwei männlichen Personen im Alter von 29, 32 und 34 Jahren zusammen. Den Teilnehmern wurde auf deren Wunsch hin Anonymität zugesichert Die Gesprächspartner hatten bereits Erfahrungen im Zuge von Stationären Behandlungen in den folgenden Kliniken gesammelt:

- Frankenalbklinik Engelthal (3 Gruppenmitglieder)
- Klinikum am Europakanal/Erlangen (3 Gruppenmitglieder)
- Universitätsklinik Erlangen (3 Gruppenmitglieder)
- Klinikum Nürnberg Nord (1 Gruppenmitglied)

### > Gesprächsstrategie/-methodik

Das Gespräch fand in der Wohnung eines Gruppenmitgliedes bei Kaffee und Kuchen statt. Die Situation war besonders alltagsnah, was ein ungezwungenes Verhalten fördern konnte. Der sprachliche Zugang wurde vom Autor gewählt, um die Fragestellung der Selbstbestimmung im stationären Setting vor dem Hintergrund subjektiver Bedeutungen – vom Gesprächsteilnehmer selbst – zu eruieren. Die vorherrschende Atmosphäre sollte von Empathie, Kongruenz, Transparenz und Akzeptanz geprägt sein, was durch

telefonische Vorgespräche und die oben erwähnte länger andauernde Beziehung zwischen Autor und Gesprächspartnern gewährleistet wurde. Die vom Autor festgelegten Eckpunkte des Gesprächs lauten wie folgt und sollten vor allem der groben Orientierung während der Gesprächsrunde dienen:

- Erarbeitung gemeinsamer Behandlungsziele?
- Vermittlung von Krankheitsbewusstsein/ -wissen?
- Transparenz bei verordneten Therapien?
- Berücksichtigung der Individualität bei der Behandlung?
- Förderung eigenverantwortlichen ressourcenorientiertem Handelns?

(vgl. Knuf/Seibert: "Selbstbefähigung fördern"/Psychiatrie Verlag, Bonn 2001)

(vgl. [www.power2u.org](http://www.power2u.org).)

Das Gespräch wurde unter Einverständnis der Gesprächsteilnehmer mit einem Diktiergerät aufgezeichnet und liegt beim Autor vor.

#### **4.1. Verlauf und Auswertung der getroffenen Gesprächsaussagen im Kontext von „Empowerment“ (Selbstbefähigung):**

Die Gesprächsteilnehmer wurden zu Beginn des Gesprächs nochmals über das Thema „Empowerment“ informiert und konnten dazu Verständnisfragen stellen. Ein Teilnehmer hatten sich bereits durch Information via Internet Wissen über das Thema angeeignet. Die Betrachtung wurde im Stile einer Diskussion basierend auf erlebten Erfahrungen während stationärer Behandlungen abgehandelt und es stellte sich als sinnvoll heraus die Gesprächsinhalte zu gliedern.

##### Punkt #1 > Aufnahme in der Klinik:

Alle Gesprächsteilnehmer waren sich einig, dass die Aufnahmesituation, also auch die Wahl der Klinik vom Gesundheitszustand beziehungsweise der Ausprägung der zu diesem Zeitpunkt vorherrschenden Symptome abhängig sei. Es herrschte auch Einklang dahingehend dass die Kliniken einen Ort der Sicherheit und der Hilfe darstellen. (*„Wenn wir uns mit uns selbst und dem Drumherum nicht mehr auskennen, brauchen wir besondere Aufmerksamkeit und Hilfestellung um uns in unserer Verwirrung noch selbst erkennen zu können.....dazu nutzen wir das Krankenhaus als „geschützten Raum“.....“*).

### **#1>> Gegenüberstellung zur Empowerment- Haltung:**

Empowerment sieht die Klinik einerseits als Rückzugsraum, jedoch andererseits auch als Rahmen für Entwicklung und Wachstum. Im Zentrum dieses Prozesses steht der Betroffene. Die Klinik soll Hilfestellung bieten um Probleme zu bewältigen; das kann langfristig nur über Eigenverantwortung laufen.....die Erkrankten werden nicht als Patienten gesehen sondern als Nutzer eines Dienstleistungsangebotes das sich an den Bedürfnissen des Kunden/Nutzers orientieren sollte.....(vgl.Herriger: Empowerment in der sozialen Arbeit/Kohlhammer Verlag 2002)

### **Punkt #2>Behandlung unter Einbezug des Aspektes des eigenverantwortlichem ressourcenorientierten Handelns?**

Bei der Begegnung mit professionell Tätigen im Rahmen der Aufnahmemodalitäten und im weiteren Stationsgeschehen kam es im Laufe des Gesprächs zu ersten Meinungsverschiedenheiten. Während ein Teilnehmer es als entlastend empfand sich um nichts kümmern zu müssen, empfanden es die beiden anderen als entwürdigend wie über sie verfügt wurde. Hauptsächlich wurde beklagt das bestehende Vorerfahrungen, eigene Meinungen und Krankheitswissen seitens der Betroffenen weder von Ärzten noch von Pflegenden als hilfreich oder beachtenswert betrachtet wurde. Auch mangelnde Aufklärung über medikamentöse Maßnahmen die getroffen wurden ohne sich vorher über die Bedürfnisse des Erkrankten kundig zu machen, wurden während des Gesprächs beklagt. (*„Im Laufe der Jahre habe ich gelernt das ich mir auch manchmal ganz gut selbst helfen kann, z.B. bei meinen Stimmen- durch lautes Musik hören über Walkman, aber in der Klinik wurde mir wegen angeblicher Selbstgefährdung alles eingezogen.....als Alternative wurde mir ein Medikament verordnet....., ich hatte die Wahl zwischen Medikament nehmen oder Medikament nicht nehmen.....für mich eine unbefriedigende Wahl.....ich hatte das Gefühl nach Schema F verwaltet zu werden.....“*).

### **#2>> Gegenüberstellung zur Empowerment-Haltung:**

Empowerment meint: JEDE / JEDER IST EXPERTE SEINER SELBST UND HAT EIN RECHT AUF INFORMATION UND AUFKLÄRUNG, UM SEINE EIGENE VERFÜGUNG ZU TREFFEN!!!

Andreas Knuf, Autor des Buches „Selbstbefähigung fördern – Empowerment und psychiatrische Arbeit“ schreibt dazu folgendes:“ Jeder Betroffene hat Anspruch darauf,

über Diagnose, Krankheitsgeschehen und Behandlungsmaßnahmen informiert zu werden.....

Aufgeklärt wird heute in der Regel mittels der sog. Spontanerklärung: Der Arzt informiert den Patienten darüber, was ein „verständiger Durchschnittspatient in der gleichen Situation zu erfahren wünscht“ (Klein/Weissauer 1994). Es liegt dann am Patienten, die ihn interessierenden weiterführenden Fragen zu stellen. Diese Form der Aufklärung dient in erster Linie der rechtlichen Absicherung der Behandler.“(S.46/47) Ziel selbstbefähigender Behandlung ist es, den Erkrankten dabei zu unterstützen, möglichst mündig und selbstbestimmt entscheiden zu können. Der Informierende ist dabei mitverantwortlich, dass der Betroffene diese Informationen auch versteht. Bei der Informationsvermittlung im Empowerment- Kontext, müssen kognitive Defizite genauso wie die emotionale Situation des Betroffenen Berücksichtigung finden. Während des Prozesses der Information und Aufklärung ist es Aufgabe der professionell Tätigen, den psychisch kranken Menschen gemäß seiner *individuellen Bedürfnisse* aufzuklären.

“ Aufklärung im Sinne von Empowerment bedeutet nicht zwangsläufig möglichst viele Informationen zur Verfügung zu stellen, sondern flexibel auf die Bedürfnisse des Betroffenen einzugehen.“(vgl. Andreas Knuf: Aufklärung und Informationsaustausch als Empowerment- Strategie/Psychiatrie Verlag Bonn 2001)

### Punkt #3>Therapie unter Beachtung der Individualität und Lebensgeschichte während der stationären Behandlung?

Während des Gruppengesprächs kamen neben den allgemeinen Bedingungen innerhalb einer Institution auch die erfahrenen Therapien zur Sprache. Alle Gesprächsteilnehmer nahmen an sporttherapeutischen Angeboten , an Ergotherapie, sowie, je nach Klinik, an diversen soziotherapeutischen Massnahmen, wie Backen, Kochen, Einkaufen, Außenaktivitäten, usw. teil. Die Betroffenen äußerten sich im Allgemeinen positiv über die Angebote seitens der Kliniken, bemängelten jedoch auch hier die Verallgemeinerung dieser Therapieangebote. So musste ein Teilnehmer, der gelernter Bäcker und Konditor ist zweimal pro Woche an der Backgruppe teilnehmen. (*„Ich kam mir veräppelt vor, weil ich mit Leuten backen musste die keine Ahnung davon hatten.....ich dachte man will mir zeigen, das- wenn ich so weitermache mit meiner Krankheit- ich irgendwann genauso hilflos in der Küche stehe.....es war ziemlich frustrierend.....es gehörte laut Station zum Pflichtprogramm.“*).

Alle Betroffenen hätten sich eine Absprache und ein Transparent machen bezüglich Sinn und Zweck der verordneten Therapien gewünscht. („.....alles was ich hatte war ein kopierter Wochenplan in dem „meine“ Therapien markiert waren...meine Interessen, Vorlieben, Hobbys und Prägungen fanden keine Berücksichtigung.....der Plan trug die Überschrift: ....für depressiv erkrankte Patienten.“). Rückblickend empfanden alle Gesprächsteilnehmer die Auswahl der Therapien ohne vorhergehende Absprache mit dem Betroffenen als Manko in der Behandlung und würden sich mehr Transparenz, Individualität, Flexibilität und mögliche Alternativen zum starren Therapieplan wünschen. („.....ich sollte Speckstein bearbeiten, bin aber gelernter Gärtner. Als ich fragte ob ich draußen Laub rechen könne, sagte man mir dies würde eine Fremdfirma erledigen.....“).

### **#3>>Gegenüberstellung zur Empowerment- Haltung:**

Empowerment meint: PSYCHIATRISCHE ARBEIT HEISST ZUERST DEN MENSCHEN IN SEINER INDIVIDUALITÄT ZU ACHTEN UND ZU BESTÄRKEN! Hierzu schreibt der psychiatrieerfahrene Stephanus Binder, Obmann des Selbsthilfeverbandes „Netzwerk Spinnen“ in seinem Exposé zu einem Vortrag über die Empowermentbewegung in der Landesnervenklinik Wagner-Jauregg: „Sobald ein Mensch zu einem gegebenen Zeitpunkt der Hilfe bedarf und ein Krankenhaus betritt, wird er „wieder fällig“, also zum Fall. Aus einer Lebensgeschichte wird eine Fallgeschichte, aus dem Erleben wird etwas Beobachtbares, aus gezeigten Gefühlen werden Symptomelemente. Vergangenheit und Zukunft sind nicht Teil des Behandlungsvertrages.....selbst für kleine Verrichtungen des täglichen Geschehens werden die psychisch Kranken einer gegebenen und starren Ordnung unterworfen.“ (vgl. www.nesp.cc)

Empowerment- Arbeit erfordert eine veränderte professionelle Haltung, aus der sich auch veränderte Methoden ergeben. Die Basis einer veränderten Haltung kann die Theorie der Menschenstärken nach Weik sein, die in vielen Bereichen der psychosozialen Arbeit Einzug gehalten hat. „Diese Perspektive nimmt an, dass jede Person eine innere Kraft besitzt die man auch als heilende Kraft bezeichnen mag(...). Der Prozess des Empowerment erweckt oder stimuliert diese eigene, natürliche Kraft des Einzelnen.(.....)Diese Theorie geht davon aus, dass Menschen in ihrem Handeln immer dann, wenn ihre positiven Kapazitäten unterstützt werden, auf ihre Stärken zurückgreifen. Ein Überzeugungsmodell, das auf den Glauben an die inneren

Fähigkeiten für Wachstum und Wohlbefinden aufbaut, bedarf daher eines sensiblen Gespürs für die Ressourcen der Menschen, ihre Talente, Erfahrungen und Ansprüche. Durch diese sensible Aufmerksamkeit wird die Wahrscheinlichkeit für positives Wachstum um ein Vielfaches erhöht“ (vgl. A. Weik: Building a strengths perspective for psychiatric work/ Health News No.56/New York 1992).

Psychiatrisch Tätige, egal welcher Sparte, sollten sich meiner Meinung nach im Klaren sein, dass professionelle Fertigerprodukte immer die Gefahr beinhalten, dass sie den Betroffenen einerseits überfordern und ihn andererseits daran hindern, seine eigenen Ressourcen zu mobilisieren.

#### Punkt #4 >Erarbeiten gemeinsamer Therapieziele?

Die Gesprächsgruppe befasste sich auch mit dem Thema der gemeinsamen, miteinander abgeprochenen Behandlungsziele. Alle Beteiligten brachten zum Ausdruck dass ihre persönlichen Ziele nicht weiter zur Debatte standen, beziehungsweise nicht differenziert hinterfragt wurden. (*„Die Schwestern, Pfleger, Ärzte, Psychologen usw. warteten darauf dass die Medikamente wirkten. Ich dagegen wollte wieder in der Lage sein mit meinen Freunden in die Stadt zu gehen und meinen Alltag einigermaßen auf die Reihe kriegen...“*). Ein Gesprächsteilnehmer gab an dass er nie über seine persönlichen Ziele befragt wurde. (*„...ich hatte das Gefühl dass man abwartete und hoffte dass es die Zeit schon richten wird....als ich bei der Visite fragte wie lange ich noch bleiben müsste, sagte mir der Arzt, dass ich jederzeit gehen könne, er mir aber rate zu bleiben bis ich gesund sei....ich hatte damals aber keine Ahnung was >Gesund sein< bedeutet.....ich wusste nicht mal was das für eine Krankheit ist die ich habe.... das war der Zeitpunkt an dem ich beschlossen habe mich selbst zu informieren und mein eigenes Ding zu versuchen.....bis jetzt klappt es ganz gut“* .).

#### **#4>>Gegenüberstellung zur Empowerment-Haltung:**

Empowerment meint: JEDER MENSCH HAT DAS RECHT AUF SEINEN JEWEILS EIGENEN LEBENSWEG!

In fast allen vorgefundenen Publikationen zum Thema Empowerment findet sich der oben aufgeführte Grundsatz als Basis der Empowerment- Haltung wieder. Stephan Binder schreibt dazu sinngemäß: Genesung wird eng an Anpassung geknüpft und in Verbindung zu ihr gedacht. Sich gegen die fremdbestimmten Ziele einer Institution zu stellen, wird oft mit Dekompensation beschrieben. Viele der psychisch Erkrankten sind

im sozialen Management wiederholt gescheitert. Sie erleben sich als Versager und Verlierer; zu besonderen Leistungen unfähig. Sie haben sich gegen erwartete Lebensentwürfe gestellt oder die Lebensentwürfe anderer erfüllt. Den eigenen Weg gehen muß aber erst gelernt werden. Empowerment hat es sich zur Aufgabe gemacht die Lebensentwürfe psychisch Kranker zu respektieren und sie mit dem Betroffenen auf ihre Durchführbarkeit hin zu überprüfen und sie dabei unter Berücksichtigung der Fähigkeiten des Individuums Schritt für Schritt zu begleiten. So kommt es nicht dazu, dass Betroffene durch permanente Anbindung an kranke Strukturen, wie sie ohne Zweifel in einem Kranken-Haus vorherrschen, klar gemacht wird wie defizitär und krank sie sind. Vielmehr ist es Ziel Normalität zu fördern, Verantwortung zu übertragen und damit Stigmatisierungen vorzubeugen. Empowerment soll den Erkrankten befähigen, sich selbst auf seinem Lebensweg besser einschätzen zu können und ihm Mut machen seine Vorstellungen zu verwirklichen um schlussendlich Zufriedenheit trotz Krankheit entstehen zu lassen. In diesem Zusammenhang heißt Empowerment vor allem, zum Handel ermutigen, sich neuen Anforderungen stellen, seine eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen einzusetzen. (vgl. [www.psychiatrie-erfahrene.de](http://www.psychiatrie-erfahrene.de))

#### Punkt #5>Vermittlung von Krankheitsbewusstsein/-wissen als präventive Massnahme?

Zum Ende des Gesprächs wurde die Vermittlung von Handwerkszeug als präventive Massnahme im Hinblick auf die Erkrankung thematisiert. Alle Beteiligten nahmen, wie schon erwähnt, an psychoeduktiven Gruppenseminaren teil, doch alle drei Gruppenteilnehmer hatten zu diesem Zeitpunkt schon mehrere Erkrankungsphasen wie auch Klinikaufenthalte hinter sich. (*„.....man sagte mir damals immer ich solle einfach die Medikamente regelmäßig einnehmen, dass wäre der Beste und Einzige Schutz vor der Krankheit.....“*). Alle Gesprächsteilnehmer hatten bis vor zwei Jahren noch nichts von Krisenplänen, persönlichen Krankheitsmodellen, individuellen Frühwarnzeichen gehört. Ebenso wurde bemängelt, dass die Möglichkeit der Selbsthilfe in den Kliniken keinerlei Erwähnung fand. (*„...ich hatte keine Ahnung das es so etwas wie eine Selbsthilfegruppe für Psychose-Leute gab,.....ich fühlte mich damals mit meiner Diagnose ganz schön alleine gelassen.....alles was man mir gab war eine Risperdal-Broschüre.....“*).

## **#5>>Gegenüberstellung zur Empowerment-Haltung:**

Empowerment heißt: DEN TERMINUS VON *ALLEIN* UND *KRANK* DURCH *GEMEINSAM* UND *STARK* ZU ERSETZTEN!

Hierzu schreibt Rosa Geislinger in ihrer Publikation „Eine komplizierte Beziehung: Psychiatrie- Selbsthilfe und professionelle Unterstützung“ folgendes: Die Selbsthilfeunterstützung die jemand in einer Selbsthilfegruppe oder einer Gruppe „Gleichgesinnter“ erfährt ist etwas ganz Spezifisches. Es ist eine Form von Unterstützung, die nicht nur das professionelle System ergänzt, sondern sie hat einen eigenständigen Charakter. Grundsätzlich gilt, dass die Tatsache, dass sich die Betroffenen nicht allein ihren Problemen ausgesetzt sehen, gar nicht hoch genug einzuschätzen ist. Das Erleben, dass andere Ähnliches durchgemacht haben, normalisiert etwas die oft außerordentlichen und bedrängenden Erfahrungen. Wer nun akzeptieren muss, psychiatrieerfahren zu sein, für den ist es (über)lebenswichtig, die richtigen Informationen zu bekommen, falls sich eine krisenhafte Entwicklung abzeichnet. Wie wo welche Hilfe zu bekommen ist- und ob das für die jeweilige Person wirklich eine Hilfe ist-, ist oft entscheidend für den Verlauf einer (Wieder-) Erkrankung. Und niemand weiß besser über die Versorgung Bescheid als all jene, die sie selbst in Anspruch nehmen müssen. (vgl. Rosa Geislinger:Selbstbefähigung fördern/Psych.Verlag Bonn 2001, S.243 ff.). Der Empowerment-Ansatz sieht Selbsthilfe nicht als antipsychiatrische Bewegung, wie oft fälschlich vermutet wird. Vielmehr ist Selbsthilfe von Betroffenen, mit ihren eigenen, ganz speziellen Qualitäten, eine sinnvolle Ergänzung zu den professionellen Angeboten. Deshalb ist es notwendig, über eine engere Verzahnung des Selbsthilfesystems mit dem professionellen System nachzudenken. Kooperation kann eine entscheidende Erweiterung der Möglichkeiten bedeuten; allerdings ist darauf zu achten, dass die professionellen Expertinnen und Experten nicht jene in eigener Sache dominieren, sondern dass sich die Fachleute hin und wieder auf die Stufe von Lernenden begeben um ihren Standpunkt ein wenig zu revidieren und die Leistungen der „anderen Seite“ als wertvoll und nützlich anzuerkennen. Empowerment sieht die Selbsthilfebewegung nicht als Konkurrenz zur Arbeit der professionell Tätigen, sondern als ergänzende selbstbefähigende Einrichtung in der die Betroffenen ein Forum finden das Selbstmanagement und Verantwortungsfähigkeit fördert. „Den Betroffenen das Gefühl geben sich als Teil einer (Selbsthilfe-)Gruppe zu fühlen, stärkt den Einzelnen.“

(Stephanus Binder/Vortrag in der LNK Wagner-Jauregg/www.nesp.cc)

## **4.2. Kernaussagen und daraus resultierende Empowerment-Visionen:**

Nach den nun erhobenen Gesprächsinhalten im Zusammenhang mit der Sichtweise der Empowerment-Haltung, bzw. dem Blickwinkel der Selbstbefähigung und der Verantwortungsfähigkeit, lässt sich folgende grundsätzliche Feststellung treffen:

Es besteht offensichtlich ein nur unzureichend wahrgenommenes Bedürfnis seitens der psychisch kranken Menschen nach einer eigenverantwortlichen, selbständigen Lebensplanung. Es ist nicht zu leugnen, dass sich diese Menschen mit all ihren Störungen ungleich schwerer tun, diesem Bedürfnis gerecht zu werden. Es ist ebenfalls unbestritten, dass sich die Hilfssysteme im psychiatrischen Bereich bisher nur vage mit diesem Bedürfnis nach Autonomie und Selbstermächtigung der Randgruppe der „Psychiatriepatienten“ befasst hat. Doch scheint es im Rahmen der Nutzerorientierung, der Qualitätssicherung sowie dem Anspruch der ganzheitlichen Behandlung unabdingbar, sich mit diesem Bedürfnis zu beschäftigen. Im Folgenden wird nun versucht, diese Bedürfnisse auf 3 Kernaussagen anhand des Gruppengesprächs herunterzubrechen. Es besteht dabei kein Anspruch auf Vollständigkeit, sondern vielmehr auf die Durchführbarkeit im pflegerischen Umgang während eines stationären Behandlungsaufenthalts. Was also wünschen sich die psychisch kranken Menschen von uns professionellen hinsichtlich Selbstbefähigung und Stärkung des Einzelnen? Der Antwort auf diese Frage soll nun in Bezugnahme auf die erhobenen Daten unter Punkt 4.1. nachgegangen werden.

**1. KERNAUSSAGE:** Basierend auf Erfahrungswerten sowie auf die Aussagen, die während des Gesprächs getroffen wurden, lässt sich ein deutlicher Wunsch nach Mitsprache und Information über Diagnose, Medikation und verordneten therapeutischen Massnahmen ablesen. Die Tatsache, dass das durch eigenes Erfahren ansammelte Wissen der Betroffenen weitgehend ungenutzt bleibt, lässt folgenden Appell an das Handeln der Pflegenden in psychiatrischen Einrichtungen wach werden:

**EMPOWERMENT- VISION 1: <<<EINE GEMEINSAME SPRACHE BEI INFORMATION UND AUFKLÄRUNG SOWIE EINBEZIEHUNG VON VORERFAHRUNGEN ALS COMPLIANCE FÖRDERNDE MASSNAHME>>>**

---

**2. KERNAUSSAGE:** Die Erfahrungen der Betroffenen während des Gruppengesprächs haben gezeigt, wie wenig flexibel und defizitär fokussiert die vorherrschenden

Behandlungspläne psychiatrischer Institutionen sind. Es erscheint oftmals paradox an welchen Behandlungsmaßnahmen psychisch Kranke teilnehmen müssen. Deshalb gilt es der Forderung von Betroffenen nachzukommen und das Individuum in den Mittelpunkt der Behandlung zu stellen. Es sollte bedacht werden, das es einfacher ist Stärken zu fördern als Defizite aufzudecken und an der Bekämpfung dieser in langwierig, frustrierender Art und Weise zu arbeiten. Die Betroffenen fordern hier eine neuartige Sichtweise und fordern daher:

**EMPOWERMENT- VISION 2: <<<INDIVIDUALISIERUNG DER BEHANDLUNG-FOCUSIERT AUF FÖRDERUNG VON STÄRKEN, WEG VON STANDARTISIERTEN PROFESSIONELLEN FERTIGPRODUKTEN>>>**

---

**3. KERNAUSSAGE:** Der Terminus des „Drehtürpatienten“ ist allen professionell Tätigen hinreichend bekannt und führt häufig zu der Einstellung das der psychisch kranke Mensch durch fehlende Krankheitseinsicht immer wieder zu Handlungen neigt, die den erneuten Ausbruch einer psychischen Krankheit geradezu provoziert. Im Gruppengespräch wurde deutlich das bei den Betroffenen ein klares Interesse bezüglich ihres Gesundheitszustandes besteht. Dieses Interesse geht jedoch weit über die regelmäßige Medikamenteneinnahme hinweg, was auch die stetig wachsende Zahl an Selbsthilfverbänden zeigt. Es herrscht ein Bedürfnis nach Austausch, nach Zugehörigkeit, nach möglichen Strategien der Krankheit zu begegnen. Es ist Aufgabe der Professionellen die Betroffenen mit diesem Bedürfnis nicht allein zu lassen, mit ihnen ins Gespräch zu kommen, Kontakte zu fördern und letztlich auch von ihren Erfahrungen zu profitieren. Hilfe zur Selbsthilfe, eine Maßnahme die für beide Seiten von enormen Nutzen sein kann. Deshalb:

**EMPOWERMENT- VISION 3: <<<PARTNERSCHAFTLICHE VERMITTLUNG VON KRANKHEITSBEWUSSTSEIN (IM GRUPPENSETTING) UND STRATEGIEN ZUR SELBSTHILFE ALS PRÄVENTIVE MASSNAHME>>>**

---

**5.0.VORSCHLÄGE FÜR EINE PRAKTISCHE UMSETZUNG VON EMPOWERMENT IM STATIONÄREN ALLTAG:**

Basierend auf den erarbeiteten Kernaussagen und den daraus resultierenden Empowerment-Visionen die unter Punkt 4.2 beschrieben wurden, möchte ich mich nun der Umsetzbarkeit dieser Visionen unter stationären Bedingungen widmen. Ich möchte vorweg nochmals daran erinnern das es sich bei der Empowerment-Haltung nicht um ein starres Manual handelt, sondern eben um eine Einstellung die einzig und allein die Stärkung der Eigenmacht des Betroffenen zum Ziel hat. Daraus folgt: Professionelle Arbeit kann diese Prozesse nur fördern und unterstützen, sie jedoch nicht primär bewirken. Um diese Prozesse anzustoßen und ein Klima von Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung entstehen zu lassen können professionell Tätige tatsächlich einen großen Teil beitragen. Im folgenden Abschnitt soll nun versucht werden zu den zuerst genannten Empowerment-Visionen Lösungsvorschläge zu formulieren.

**EMPOWERMENT- VISION 1:** EINE GEMEINSAME SPRACHE BEI INFORMATION UND AUFKLÄRUNG, SOWIE EINBEZIEHUNG VON VORERFAHRUNGEN ALS COMPLIANCE FÖRDERNDE UND WERTSCHÄTZENDE EMPOWERMENT MASSNAHME.

**LÖSUNGSVORSCHLÄGE DAZU:**

„Wer nichts weiß, muss alles glauben“ (Zitat: Anita Joachim Daniels). Wissen darüber, was in und um uns herum geschieht, ist für jeden Menschen außerordentlich wichtig. Besonders bedeutend sind Informationen dann, wenn uns etwas Unerwartetes oder nicht Verstehbares geschieht. Dann nämlich entscheidet unser Wissen darüber, ob wir das Unverstehbare in unsere bisherigen Erfahrungen integrieren können, wie wir uns in diesen Situationen verhalten ob wir uns dem Ereignis gewachsen fühlen oder passiv und resignativ werden. Informationen zu vermitteln ist daher eines der wichtigsten Elemente einer selbstbefähigenden Behandlung. Erhält jemand zu wenig Informationen, kann das zu einer unnötigen Verunsicherung führen, zum Beispiel wenn über Nebenwirkungen von Medikamenten nicht hinreichend informiert wurde und bei ihrem Auftreten nicht angemessen reagiert werden kann. Aber auch zu viele Informationen können verunsichern, da Wichtiges und Unwichtiges schwimmt wodurch ein Verstehen von Zusammenhängen und ein angemessenes Handeln wiederum behindert werden. Dasselbe gilt für unverständlich vermittelte Informationen, die ein zunehmendes Gefühl von Hilflosigkeit bewirken können, etwa wenn dem Betroffenen, was nicht selten der Fall ist, verschiedene Begriffe für seine Diagnose mitgeteilt werden. Falsche Informationen können das Vertrauensverhältnis zwischen professionell Tätigen und

Betroffenen erschüttern und Informationen zur falschen Zeit können einen Rückzug oder gar einen Abbruch der Beziehung bewirken. (vgl. Andreas Knuf: Selbstbefähigung fördern, Psychiatrie Verlag, Bonn 2001, S. 45 ff.). Das Pflegepersonal in seiner Position als Berater in Fragen zum gesamten Behandlungsverfahren, Bezugsperson und Stütze bei krisenhaften Zuständen ist hier besonders gefordert. Es fordert Kreativität, Phantasie und Einfühlungsvermögen den Bedürfnissen hinsichtlich Selbstbefähigung seitens der Betroffenen gerecht zu werden. Hier nun einige Lösungsvorschläge, die selbstbefähigende Prozesse durch sensiblen Informationsaustausch anstoßen können:

### **1. Lückenlose Information unter Gebrauch einer gemeinsamen Sprache:**

Verständlich informieren bedeutet Wissen und damit Sicherheit zu vermitteln. Deshalb ist es von immenser Wichtigkeit sich einer *gemeinsamen Sprache* zu bedienen. Es nützt dem Betroffenen nichts, ja es schadet ihm u.U. sogar, wenn Gespräche über Medikamente, Therapien und Ähnlichem von Wörtern wie EPS, Kognition und anderen Fachtermini gespickt sind. *Vielmehr gilt es, unter Berücksichtigung der Sozialisation des Betroffenen, sich dem Sprachgebrauch des Alltäglichen zu bedienen.* Auch bei Fragen zur Diagnose, welche durchaus auch an Pflegende gestellt werden, *muß sich das Behandlungsteam einer gemeinsamen Sprache bedienen.* Es stiftet Verwirrung wenn dem Betroffenen von verschiedenen Seiten Begriffe wie Stoffwechselstörung, Psychose, Schizophrenie oder Transmitterstörung für ein und die selbe Erkrankung genannt werden. *Klarheit im Umgang mit Menschen die in Krisenzeiten mit sich und ihrer Umwelt im Unklaren sind* ist bei der Vermittlung von Informationen unabdingbar und scheint auf den ersten Blick banal. Doch die alltägliche Praxis zeigt, das es durch Missachtung dieser Selbstverständlichkeit immer wieder zu, teilweise folgenschweren, Missverständnissen kommt. Wird dem Betroffenen jedoch in seiner Sprache *Wissen* durch *sensible Information* übermittelt, so ist dies ein erster wichtiger Schritt zu selbstermächtigtem Handeln und Entscheiden. Auch hier ist der *Brückenschlag zum Normalen* die Lösung, oder treffen wir als Nicht-Kranke wichtige und folgenreiche Entscheidungen ohne uns vorher gründlich informiert zu haben?

### **2. Vorerfahrungen nutzen:**

Die meisten Betroffenen in den psychiatrischen Institutionen haben bereits Vorerfahrungen bezüglich medikamentöser Therapien und Behandlungsformen. Durch diese Vorerfahrungen haben die Betroffenen einen entscheidenden, doch leider oftmals unzureichend beachteten, Vorteil gegenüber professionell Tätigen. Sie haben die

Wirkung und Nebenwirkung von Behandlungen, egal welcher Art, am eigenen Leib erfahren und sind deshalb durchaus in der Lage darüber zu urteilen. Es gilt nun diese Vorerfahrungen anzuerkennen und zu nutzen. So ist es auch ein Zeichen von Respekt und Akzeptanz den Betroffenen das Recht über die begründete Nicht- Teilnahme an Therapien (auch pharmakologischer Art) einzuräumen. Auch hier ist wieder die Kreativität der professionell Tätigen gefordert. Es gilt in Absprache mit den Betroffenen Handlungsalternativen zu erarbeiten und diese zum gegebenen Zeitpunkt auf ihre Tauglichkeit hin zu überprüfen.

>< Klassischer Ansatz: - Professionell Tätige treffen die richtigen Entscheidungen, weil sie mehr wissen. Deshalb müssen die Patienten von den Entscheidungen der Profis „überzeugt“ werden.

- Informationen sind schädlich, da sie die Compliance behindern und die Arbeit mit den Patienten unnötig erschweren.

>>>Umsetzung: - Ausreichend Information über Erkrankung, Behandlungsmethoden usw., mittels Gesprächen, Patientenbibliothek, Info-Veranstaltungen, Info- Mappen, Weitergabe wichtiger Adressen.

- Info- Vermittlung am Prinzip des Informationsaustausches anstatt der einseitigen Informationsvermittlung orientiert.
- Beziehung- und Gesprächsstil möglichst partnerschaftlich mit klarer, verständlicher und ehrlicher Sprache.
- Weitest mögliche Transparenz über alle Abläufe der Klinik
- Verhandeln unter Einbezug von Vorerfahrungen des Betroffenen bei allen wichtigen Fragen wie (Bedarfs-)Medikamente, Behandlungszielen, Behandlungselementen, Behandlungsdauer usw.
- „Überreden“ nur im Notfall

<<<Wirkung: - Patienten erfahren Eigenverantwortung für alle wichtigen Entscheidungen.

- Patienten fühlen sich ernst genommen
- Patienten werden zu mündigen Partnern die durch Wissen Entscheidungen unabhängiger selbst treffen können.

**EMPOWERMENT- VISION 2:** INDIVIDUALISIERUNG DER BEHANDLUNG-  
FOCUSIERT AUF FÖRDERUNG VON STÄRKEN, WEG VON  
STANDARTISIERTEN PROFESSIONELLEN FERTIGPRODUKTEN

**LÖSUNGSVORSCHLÄGE DAZU:**

Der Empowerment-Ansatz geht davon aus, dass zahlreiche Fähigkeiten der Betroffenen von ihnen selbst und von professionell Tätigen nur unzureichend wahrgenommen und gewürdigt werden. Diese Fähigkeiten liegen nicht selten brach oder zeigen sich nur in Ausnahmesituationen. Das klassische psychiatrische System sieht auch heute noch die Defizite des Erkrankten im Vordergrund. Bei Übergaben und Teamsitzungen wird in erster Linie davon gesprochen was der Patient nicht kann. Die Lösung liegt dann oftmals in einer eher hilflos anmutenden Strategie: Der Betroffenen wird in starre Gruppentherapien gesetzt und dort mit konstruierten Situationen im Sinne von Rollenspielen konfrontiert (siehe z.B.,„Gruppentraining soz. Kompetenzen“). Dabei werden weder Sozialisation noch vorhandene Fähigkeiten berücksichtigt. Alle vorgesehenen Patienten durchlaufen das gleiche Programm- das Individuum findet dabei wenig Beachtung. Empowerment fordert daher ein Umdenken, weg von der defizitorientierten, standartisierten Sichtweise, hin zu der Frage: „Welche Fähigkeiten hat der Betroffene trotz seiner Erkrankung?“

**1. Fähigkeiten entdecken:**

Um Fähigkeiten gezielt fördern zu können müssen diese zuerst entdeckt werden. Das Pflegepersonal als die Personengruppe die im engsten Kontakt zum Betroffenen steht hat somit die optimale Plattform um diese „Entdeckungsreise“ anzutreten. Zugegebenermaßen fällt es oft schwer bei ausgeprägten Symptomen oder chronifizierten Krankheitsbildern den Blick auf die, auch dann vorhandenen, Stärken des Betroffenen zu wenden. Hierzu einige Fragen die den lohnenswerten Blick in diese Richtung vereinfachen sollen (vgl. Knuf/Seibert: Selbstbefähigung fördern/Psychiatrie Verlag, Bonn 2001):

- Welche Fähigkeiten hat sich der Betroffene durch seine Erkrankung angeeignet?
- Welche Fähigkeiten muß der Betroffene haben, ohne die ihm seine bisherigen Lebenserfolge und die Bewältigung seiner Erkrankung nicht gelungen wären?
- Welche Fähigkeiten sind nötig um das bestehende Problem zu lösen?
- Über welche Fähigkeiten des Betroffenen war das Team / das Pflegepersonal schon einmal verblüfft, was hatte man ihm nicht zugetraut?

- Was kann der Betroffene, wofür ihn Anderen (Mitpatienten, Pflege...) bewundern?
- Welche Phantasien hat das Team über die unerwarteten Fähigkeiten des Betroffenen?

## **2. Alternativen anbieten:**

In Sinne von Empowerment gilt es den Patienten als *Individuum mit all seinen Eigenheiten wahrzunehmen und zu respektieren*. Vorgefertigte Therapiepläne widerstreben dieser Sichtweise, da sie versuchen möglichst viele Betroffene mit ein und der selben Methode zu erreichen. Die Wahlmöglichkeiten sind begrenzt, oder nicht vorhanden. Es kann jedoch keine Selbstbestimmung ohne Wahlmöglichkeiten geben. Damit ist nicht die Wahlmöglichkeit zwischen 3 Mittagsmenüs gemeint. Es gibt- wie wir alle wissen- verschieden Wege die zum Ziel führen. In psychiatrischen Institutionen scheint es häufig nur einen Weg zu geben, der entweder freiwillig oder unfreiwillig gegangen werden muss. *Selbstbefähigung heißt jedoch den Betroffenen die Wahl zu lassen und ihm Entscheidungsalternativen anzubieten.*

Hierzu einige Vorschläge, für die Möglichkeit der Darbietung von Alternativen, die ohne großen Aufwand durchzuführen sind:

**>>** Teamsitzungen mit dem Thema „Handlungsalternativen im Rahmen der Station XY“. Hier kann das Team aus seinem Erfahrungsschatz schöpfen und diese Erfahrungen sammeln. Als Ergebnis sollten sich auf verschiedene Krisen-Situationen bezogen, eine Sammlung konkreter Handlungsalternativen ergeben.

*Beispiel: Situation \_\_\_\_\_ - Patient kommt zu Personal, klagt über Unruhe*  
Wahlmöglichkeiten - Waldspaziergang, Entspannungsbad, Turnhalle,  
Fernsehen, Bedarfsmedikation.....

Diese Listen, bezogen auf häufig vorkommende Situationen, könnten dem Betroffenen angeboten werden, wobei die Wahl der Möglichkeit und die schlussendliche Entscheidung beim Betroffenen liegt. Es gilt auch hier der Grundsatz: „So viel Selbsthilfe wie möglich, so viel Fremdhilfe wie nötig.

**>>** Um sinnvolle Alternativen unter Beachtung des Individuums im Sinne von Selbstermächtigung anbieten zu können, lohnen sich auch hier wieder einige Fragen die sich das Pflegepersonal/Behandlungsteam im Vorfeld einer Problemlösung stellen sollte: (vgl. Herringer: Empowerment i.d. sozialen Arbeit, Kohlhammer 2002)

- Hatte der Betroffene dieses Problem schon einmal und wie hat er es damals gelöst?
- Was tut der Betroffene, damit das Problem nicht schlimmer wird?

- Was wäre „entmündigende“ Selbsthilfe bei diesem Problem?
- Was wäre „selbstbefähigende“ Fremdhilfe bei diesem Problem?
- Welche Selbstbeteiligung des Betroffenen ist möglich?

**EMPOWERMENT- VISION 3:** PARTNERSCHAFTLICHE VERMITTLUNG VON KRANKHEITSBEWUSSTSEIN UND STRATEGIEN ZUR SELBSTHILFE ALS PRÄVENTIVE MASSNAHME.

**LÖSUNGSVORSCHLÄGE DAZU:**

Bei vielen nicht- psychotischen Krankheiten, wie z. B. Diabetes, ist es seit langem selbstverständlich, die eigenen Selbsthilfefähigkeiten der Betroffenen zu betonen und dem Gefühl des Ausgeliefertseins der Erkrankung gegenüberzutreten. Vor allem im Psychatriebereich sind die Begriffe „Selbsthilfe“ oder gar „Selbstheilung“ so neu, dass viele Fachkräfte in Kliniken nicht wissen was sie darunter zu verstehen haben. Ähnlich ist es beim Begriff „Vorsorge“, mit dem weiterhin fast ausschließlich Psychopharmaka verbunden werden. Doch Vorsorge im Sinne von Empowerment meint mehr. Der Betroffene soll zum Experten für seine Erkrankung gefördert werden, mit dem Ziel Krisen erkennen zu können und daraufhin angemessen zu reagieren. In den meisten Kliniken sind bereits Instrumente installiert, die dem Gedanken der Prävention Sorge tragen. Hier ein kurzer Auszug der bereits angebotenen präventiven innerklinischen Gruppenangebote, denen allen der Gedanke der Stärkung der Selbsthilfefähigkeiten von Betroffenen zu Grunde liegt:

**-Psychoedukative Gruppen:** Gruppensettings mit dem Ziel der Vermittlung von Krankheitswissen ( Symptome, Frühwarnzeichen, Medikamente, Krankheitsmodell)

**-Diagnosespezifische Gesprächsgruppen:** Gruppensetting mit dem Ziel des gegenseitigen Austauschs über krankheitsspezifische Themen (Umgang mit Krisen, Alltagsprobleme, Zwischenmenschliche Probleme....)

- v >>Es gäbe sicher noch mehr bereits vorhandene Angebote, die sich mit dem Gedanken der Prävention im Sinne von Empowerment beschäftigen. Doch möchte ich hier den Blick auf eine Begegnungsform richten, die sich zunehmend zu etablieren scheint, dem sogenannten **Psychose- Seminar:**

Hier können sich Menschen begegnen, um gleichberechtigt ihre gemachten Erfahrungen auszutauschen. Teilnehmer sind Psychatrieerfahrene- als Experten ihrer Erkrankung, Angehörige- als Experten im außerklinischen Umgang mit Betroffenen und (Fach-)Pflegepersonal als Experten für alltags- und krankheitsspezifische Fragen. Psychose- Seminare sollen für alle Beteiligten eine Chance bieten, das Phänomen „Psychose“ besser zu verstehen und nach Bewältigungsmöglichkeiten suchen. Die bietet für Betroffene die Möglichkeit eines veränderten Umgangs mit ihrer Erkrankung, einmal dadurch bedingt, dass sie das Gefühl entwickeln, ernst genommen zu werden und zum Anderen, weil sie ihre eigenen Erfahrungen mit denen anderer vergleichen können und erkennen, in einem gemeinsamen Boot zu sitzen. Dies ersetzt die Begriffe „krank“ und „allein“ durch „stark“ und „gemeinsam“, wirkt Isolations- und Rückzugstendenzen entgegen und ist somit eine Begegnungsform im Sinne von Selbstermächtigung, also von Empowerment. Doch auch der Gedanke der Prävention und Gesunderhaltung wird bei den Psychose- Seminaren aufgegriffen: Durch den sozial- kommunikativen Aspekt, durch Wissensvermittlung im gleichberechtigten Dialog, durch die Stärkung des Selbstwertes, durch die Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft, durch die Entwicklung von Perspektiven und nicht zuletzt durch positive Gefühle bei allen Beteiligten mit dem Ziel einer stetigen Verbesserung des innerklinischen Behandlungsalltags in Richtung Nutzerorientierung.

- v >>>Eine weitere Möglichkeit der selbstbefähigenden Behandlung wäre es, die Betroffenen in den letzten Wochen der Behandlung verstärkt auf Angebote von **Selbsthilfeorganisationen** aufmerksam zu machen. Die Anbindung an Selbsthilfeorganisationen hat vielfältigen unter anderem ökonomischen Nutzen.

-Es ist bekannt, dass die Mitgliedschaft in einer Selbsthilfegruppe die Zahl der (Wieder-)Einweisungen in eine Klinik und die Aufenthaltsdauer dort verringern kann.

-Die Behandlungskosten verringern sich durch die Unterstützung der Gruppe im Falle von Krisen. Die Nutzung notärztlicher Dienste vermindert sich, wenn Betroffene in eine Selbsthilfegruppe eingebunden sind.

-In Folge adäquater Krisenintervention, die zum Teil innerhalb der Gruppe geleistet wird, vermindert sich die Zahl der Klinikaufenthalte.

-Durch die Information und den Austausch in der Gruppe werden Medikamente seltener bzw. sinnvoller eingesetzt. Hier werden Nebenwirkungen reduziert und vor allem wird

die Suchtgefahr, die mit einem Teil der verabreichten Medikamente einhergeht (Tranqualizer, Barbiturate...), eher thematisiert.

-Betroffene, die mit ihrer Krankheit besser umgehen können, behalten eher ihren Arbeitsplatz bzw. finden schneller in den Arbeitsmarkt zurück.

(vgl. Knuf/Gertelmann: Bevor die Stimmen wiederkommen, Psychiatrieverlag 2003/

Geislinger: Psychiatrie Selbsthilfe und Professionelle....., Psychiatrieverlag 2001)

Die Selbsthilfe versteht es aber auch sinnvolle Inhalte basierend auf Austausch zu vermitteln. Darunter fallen:

-Gewinnung von Gesprächs- und Reflexionspartnern

-Wissensvermittlung

-Aneignung von Sinn, Krankheitserklärung und Identitätsmustern

-Entwicklung von Bewertungskriterien

-Zugang zu Ressourcen

-Aktivierung von Coping- Strategien etc.

Darüber hinaus lernen die Teilnehmenden Techniken und Strategien kennen und ausüben wie:

-bekennende Beratung

-Erfahrungsaustausch

-Entwicklung von Vergleichsmodellen

-Bildung eines Ratgeberpools

Es wäre ohne großen Aufwand möglich eine Art Informationsveranstaltung in der Klinik zu organisieren, in der sich Selbsthilfeorganisationen vorstellen. Eine Integration der Selbsthilfe in bereits bestehende Behandlungsformen würde die Lücke zwischen Klinik und „Außenwelt“ optimal schließen ohne dem Betroffenen seiner Selbstbestimmung zu entmächtigen. Beide Bereiche ergänzen sich wunderbar, ergeben ein größeres, gemeinsames Ganzes und tragen vielen Bedürfnissen Rechnung. Der Austausch der Systeme kann im besten Sinne eine entscheidende Bereicherung bedeuten. Um aber keine Missverständnisse aufkommen zu lassen: Es soll nicht behauptet werden, Selbsthilfe sei die bessere Lösung bei seelischen Problemen, sondern dies sollte als Aufruf an die professionelle Seite verstanden werden, ihren Klientinnen und Klienten auch diese Zugänge zu öffnen bzw. sie als solche anzuerkennen und entsprechende Kooperationsbereitschaft zu zeigen. Warum soll es nicht die (Fach-)Pflege sein, die es sich auf die Fahnen schreibt derlei Prozesse anzustoßen?

## **6.0. SCHLUSSWORT:**

Die im Zuge der Entstehung der zur vorliegenden Arbeit geführten Gespräche mit Betroffenen und Kollegen, den E-Mail- Kontakten mit Selbsthilfeorganisationen sowie das Studium der vorhandenen Literatur haben gezeigt das seitens der psychisch kranken Menschen, also den potentiellen Nutzern unserer angebotenen Dienstleistungen, ein Bedürfnis nach mehr Mitarbeit, nach mehr Verantwortung, nach gelebter und erlaubter Individualität besteht. Diesen Forderungen gerecht zu werden stellt wohl eine der größten Herausforderungen an die psychiatrischen Institutionen und hier gerade den Pflegenden dar. Doch eines ist klar: Psychiatrische Pflege in Sinne von „Empowerment“ bedeutet ein Umdenken und muß deshalb als visionärer Prozess der zu aller erst in den Köpfen der Krankenschwestern und –pflegern angestoßen werden muß betrachtet werden. „Empowerment“ beschreibt generell eine *Haltung* die in erster Linie etwas mit dem *Interesse am Menschen ans sich* zu tun hat. Es ist vor allem notwendig sich zu erinnern, das psychiatrische Pflege über die klaren Verpflichtungen hinaus vor allem durch menschliche Qualitäten wie Empathie, Echtheit und Partnerschaftlichkeit geprägt seine sollte! Meiner Meinung nach stellt das streben nach Patienten, die als kompetenter Behandlungspartner auftreten, eine neue und wünschenswerte Zukunftsvision für die Arbeit mit psychisch kranken Menschen dar. Das es bis dorthin noch eine langer und mühsamer, jedoch auch lohnenswerter Weg ist, scheint hinsichtlich der oft festgefahrenen Strukturen in Institutionen und den Köpfen professionell Tätiger klar. Doch nur aus Visionen können Veränderungen entstehen. Als angehende Fachpflegekraft für Psychiatrie sehe ich meine Aufgabe auch darin, Visionen zu entwickeln und Kollegen daran teilhaben zu lassen, mit dem Ziel die Behandlung von psychisch kranken Menschen voranzutreiben und effizienter zu gestalten.. Sollte beim Leser der vorliegenden Facharbeit das Interesse an der Vision „Empowerment“ geweckt worden sein , so kann dies als ein erster kleiner Schritt in diese Richtung gesehen werden.

## 7.0. QUELLENVERZEICHNIS

- Norbert Herringer: „Empowerment in der sozialen Arbeit“  
Verlag W. Kohlhammer Stuttgart/Berlin/Köln 2002
- Dietz/Pörksen/Voelzke(Hrsg.): „Behandlungsvereinbarungen“  
Psychiatrie Verlag Bonn 1998
- Knuf/Gartelmann: „Bevor die Stimmen wieder kommen“  
Psychiatrie Verlag Bonn 2001
- Psychosoziale Umschau 3/2001: „Experten in eigener Sache“  
Psychiatrie Verlag Bonn 2001
- Psychoasoziale Umschau 1/2000: „Rechte von Patienten“  
Psychiatrie Verlag Bonn 2000
- Asmus Finzen: „Psychose und Stigma“  
Psychiatrie Verlag Bonn 2001
- Sauter/Richter: „Experten für den Alltag“  
Psychiatrie Verlag Bonn 2001
- A. Knuf: „Selbstbefähigung fördern- Empowerment und psychiatrische Arbeit“  
Psychiatrie Verlag Bonn 2000
- Kemper/Lehmann(Hrsg.): „Statt Psychiatrie“  
Antipsychiatrieverlag Berlin 1993
- Psychosoziale Umschau 3/99: „Vorsorge Treffen“  
Psychiatrie Verlag Bonn 1999
- M. Zimmermann: „Toward a theorie of learned hopefullness- A structural  
model analysis of participation and empowerment“  
Journal of research in Personality 24, S. 71-86
- [www.power2u.org](http://www.power2u.org)
- [www.madnation.org](http://www.madnation.org)
- [www.mhselfhelp.org](http://www.mhselfhelp.org)
- [www.contac.org](http://www.contac.org)
- [www.nesp.cc](http://www.nesp.cc)