

Postmoderne Hilfe

Hellerich, Gert; White, Daniel R.

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Hellerich, G., & White, D. R. (2010). Postmoderne Hilfe. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 34(4), 7-21. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-387143>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Gert Hellerich & Daniel R. White

Postmoderne Hilfe

Der Aufsatz setzt sich thematisch mit moderner Hilfe auseinander und stellt dieser eine postmodern ausgerichtete Hilfe gegenüber. Dabei wird aufgezeigt, wie unterwerfungsskeptische, dekonstruierende Verfahrensweisen, wie anti-dichotomes Denken und subjektives Einfühlungsvermögen den Boden für postmoderne Hilfe bereiten. Es soll dargelegt werden, dass es bei der Gewährung von Hilfe von großer Bedeutung ist, den professionellen Blick auf das Subjektive, Lebensweltliche, auf die Befindlichkeit des anderen Menschen, der als Experte seiner Erfahrungswelt gewürdigt wird, zu richten. Dabei sind die Narrative der einzelnen Menschen von besonderer Bedeutung.

Schlüsselbegriffe: Postmoderne, Hilfe, Narrative, Verdinglichung, Macht

Einleitung

In diesem Beitrag soll die postmoderne Variante der Hilfe im Vergleich zur modernen untersucht werden. Wie unterscheidet sich die eine Form der Hilfe von der anderen? Was sind die Partikularitäten postmoderner Hilfe? Kann Hilfe innerhalb der existierenden Machtssysteme und -verhältnisse realisiert werden? Wir wollen diesen Fragen am Beispiel der psychosozialen Versorgung nachgehen.

Unterwerfungsskeptische Haltung

In der Moderne ist Hilfe zumeist in die Macht- und Wahrheitssysteme der bestehenden Gesellschaften eingebunden. Macht legt von oben her fest, wie wahre Hilfe auszusehen hat. Die zu gewährende Hilfe baut auf institutionellen und professionellen Erkenntnisprozessen auf, die das vorhandene Problem klar definieren und kategorisieren sollen. In der psychiatrischen Versorgung wurde geschichtlich gesehen aus einem alltäglichen sozialen Problem eine Krankheit, aus etwas Sozialem etwas Biologisches

(vgl. Foucault, 1973). Der Medizin/Psychiatrie wurde vom Staate aus die Hoheit über den psychosozial Auffälligen und Hilfebedürftigen übertragen, was sich bis heute nicht geändert hat. Sich den von den medizinischen Machtsystemen konstruierten Wahrheiten, die besagen, dass der psychosozial Abweichende ein Kranker ist, zu unterwerfen, bedeutet, sich einbinden zu lassen in das medizinische Macht- und Wahrheitssystem und in diesem Gestell mitzumachen, d. h. das zu übernehmen, was schon bereitgestellt ist. Viele Professionelle, auch SozialarbeiterInnen, im psychosozialen Versorgungsbereich lassen sich ohne Bedenken in diesen medizinisch-psychiatrischen Rahmen integrieren, übernehmen das medizinische Gedankengut und sprechen die psychiatrische Sprache.

Die Postmoderne – kein neues Zeitalter, sondern eine Auseinandersetzung mit modernen Strukturen und Strategien – befragt und hinterfragt das vorhandene psychiatrische Gestell. Sie stellt sich die Frage, ob es sinnvoll erscheint, psychosoziale Alltagsprobleme in Krankheitskategorien zu übersetzen, weil eine derartige Übersetzung eine Transformation vom Sozialen zum Körperlichen beinhalten würde und statt der Bekämpfung des Sozialen chemotherapeutische, auf den Körper abzielende Maßnahmen das jeweilige Alltagsproblem lösen sollen. Bei vielen der Beispiele aus dem *Diagnostischen Statistischen Manual* (DSM) der *American Psychiatric Association* (APA) (1994) stellt man sich zurecht die Frage, ob stundenlanges ›Am-Feuer-Sitzen‹ als Schizophrenie oder ein sehr stark ausgeprägter Aktivitätsdrang als hyperkinetisches Syndrom oder eine bizarre Liebesgeschichte im Alter als senile Störung begriffen werden sollten. Hier greift die als rational gewürdigte Normalität um sich und stößt die als irrational und abnorm konzipierten Handlungen ab. Nietzsche (1977a) sieht – z. B. in *Die Geburt der Tragödie* – bereits in der Geschichte der griechischen Philosophie die aufkommende Dominanz des rationalen Selbst über andere Elemente der Psyche, dies ganz im Gegensatz zu prä-platonischen Auffassungen des Menschen, wie z. B. bei Homer, die von einem pluralistischen Aufbau geistiger und körperlicher Kräfte beim Menschen ausgingen (vgl. Snell, 2009). Es war diese Entwicklung der rationalen Persona, die zur Rationalisierung und Entzauberung der polyformen Lebenswelten beitrug, klassische und moderne In-

stitutionen schuf und megatechnische Eingriffe bei psychosozial Abweichenden ermöglichte (vgl. Foucault, 1973, 1988). Therapeutische Technologien beherrschen nunmehr in der Moderne die ›Gestörten‹ oder ›Kranken‹ (vgl. ebd.).

Die Postmoderne setzt sich mit solchen modernen Machenschaften auseinander, denn ihre zentrale Waffe ist Kritik statt Unterwerfung, wie Foucault (1992) dies bezeichnen würde. Nietzsche spricht vom freien Geiste, der wie ein Hammer wirkt. Die Postmoderne, die als eine reflexive Epoche gesehen wird (vgl. Giddens, 1991), leistet also Widerstand gegen medizinische Kolonisierungen des Alltags, und dieser Widerstand kommt von Teilen der Professionellen wie auch von Teilen der Klienten. Sie stellen die Macht und Wahrheit der Medizin und damit auch ihre in der psychosozialen Versorgung inkorporierten Deutungs- und Hilfestrategien in Frage. Ihrer kritischen Haltung entsprechend sind Störungen oder Krankheiten Konstrukte der Psychiatrie, nicht *a priori* Kategorien und nicht objektiv gültige Fakten (vgl. Gergen, 1994). Das kategoriale Wissen der Psychiatrie will die menschliche Natur unterwerfen, ordnen und kontrollieren. Der Postmoderne zufolge ist es immer eine Frage der Macht, inwiefern sich bestimmte Konstrukte anderen gegenüber durchzusetzen vermögen – und nicht eine Frage der Evidenz. In der Postmoderne werden kritische, skeptische Haltungen entwickelt, welche die Psychiatisierung alltäglicher Denk- und Handlungsweisen hinterfragen. Die Professionellen und die Betroffenen versuchen andere Wege zu finden, Hilfeformen zu verwirklichen.

Dekonstruktive Geistesverfassung

Die Postmoderne hat in ihrer Auseinandersetzung mit der Moderne eine Strategie entwickelt, die sich als dekonstruktiv bezeichnen lässt. Heidegger (1986) und Derrida (2000) folgend versteht man darunter ein gewisses Abbauen veralteter und unangemessener sowie ein Aufbauen anderer und sinnvollerer Strukturen. Es stellt sich in diesem dekonstruktiven Denkprozess die Frage: Was soll in den modernen Hilfestrukturen abgebaut, was soll in den postmodernen Hilfestrukturen aufgebaut werden?

Die den Hilfestrukturen zugrunde liegende Macht und Wahrheit soll abgebaut werden. Warum? Macht ist in der Moderne immer Macht der einen über die anderen, im Versorgungskontext ist sie die der Professionellen über die Klienten. Dabei lassen sich die Helfenden in das vorhandene psychiatrische Gestell einbinden und übernehmen seine Aufgaben und Rollen, ohne Widerstand dagegen aufzubringen. Das psychiatrische Gestell bestimmt, was, wo und wann gemacht werden muss. Selbst in der gemeindenahen Reformpsychiatrie hat sich das Bild gegenüber der klassischen Psychiatrie nicht drastisch verändert. Die Helfenden in der psychosozialen Versorgung sind immer noch den psychiatrischen Wahrheiten verpflichtet, und sie versuchen psychiatrisch wahre Diagnosen gegenüber ihren Klienten durchzusetzen. Statt klassischer Monologe kommt es zwar zu Gesprächen und die Klienten werden zum Mitmachen ermutigt, doch ein Wendepunkt zu macht- und wahrheitskritischen Positionen ist unter diesen Bedingungen nicht zu erwarten.

Die Macht und der universelle Anspruch der Wahrheit müssen der Postmoderne entsprechend aufgebrochen werden. Ein freier Geist macht sich aus allem, was fest ist, nichts (vgl. Nietzsche, 1977b, S. 204), denn Nietzsche zufolge tötet das Feste, nämlich das durch Macht und Wahrheit Festgelegte, da dieses Festgefügte jegliche Weiterentwicklung verhindert, indem es den Sprung zu den vielfältigen menschlichen Möglichkeiten unterbindet. Bei einigen, sich der Postmoderne verpflichtenden und sie gut analysierenden Autoren fehlt nicht selten der macht- und wahrheitskritische Blick (vgl. z. B. Wirth, 2005). Dem destruierenden, abbauenden folgt der konstruktive, aufbauende Teil der Dekonstruktion. Andere Hilfevorstellungen ohne Macht der einen über die anderen, der Professionellen über die Klienten, und differente, konkrete, alltagskontextuelle Hilfevorstellungen ohne universelle Wahrheitsansprüche werden entwickelt. Der postmoderne Blick richtet sich auf die Singularität der Alltagsprobleme und die konkreten sozialen Situationen bzw. Lebensgeschichten. An diesen Kontexten wird angesetzt und da der Klient aufgrund seiner gemachten Erfahrungen am besten weiß, was ihn stört und beunruhigt, muss der Professionelle ganz Ohr sein, um seine Bot-

schaften zu vernehmen und möglicherweise mit ihm zusammen Wege finden, die sozialen, ihn psychisch belastenden Probleme zu klären.

Statt Therapie wie Religion als ernste Angelegenheit zu betrachten, denn es soll ja um das Seelenheil gehen, argumentiert Bateson (1985) für das Spielerische in den therapeutischen Prozessen. Die postmodernen TherapeutInnen, BeraterInnen oder SozialarbeiterInnen stellen einen kreativen *Spielraum* zur Verfügung, in welchem den in der Moderne entfremdeten und unglücklichen Charakteren die Möglichkeit gegeben wird, ihre *personae* neu zu gestalten oder eine neue Lebenskunst in ihrer Alltagswelt zu entwickeln (vgl. White & Hellerich, 1993).

Der Blick auf Befindlichkeit

In der Medizin ist das Ziel ärztlicher Hilfe die Verhinderung von Krankheit (Prävention) und die Wiederherstellung von Gesundheit. Dabei richtet sich der medizinische Blick zumeist auf die zu verobjektivierende Kategorie des Gesundheitsbegriffes, nämlich auf die Funktionsfähigkeit des Menschen. Es geht bei der Festlegung, ob jemand gesund ist, nicht darum, wie er sich fühlt, sondern ob er in der Gesellschaft wieder funktionieren kann. Es geht der herrschenden Medizin darum, ob die geistigen, körperlichen und sozialen Fähigkeiten bei den Mitgliedern der Gesellschaft vorhanden sind. Nicht adäquat zu funktionieren impliziert eine Störung oder Krankheit. Diese soll vermieden werden oder falls sie bereits aufgetreten ist, geht es nunmehr darum, wie dieselbige zügig zu behandeln ist, damit Gesundheit wiederhergestellt werden bzw. der Betreffende wieder funktionieren kann. Hier geht es um eine Art ›Normal-Gesundheit‹, was einer Form der Gesundheit entspricht, die objektiv gemessen werden kann und statistisch gesehen für die Mehrheit der Bevölkerung zutreffend ist. In der psychosozialen Versorgung ist der medizinisch-psychiatrische Blick hauptsächlich auf die Normen der Gesellschaft gerichtet, die nicht eingehalten werden, und individuelle Abweichung ist ebenfalls wie in der Medizin Abweichung von der ›Normal-Gesundheit‹. Anders als im Falle der Kriminalisierung, geht die Psychiatrisierung davon aus, dass die abweichende Person gestört, abnorm und krank ist. In

diesem normativen Gefüge werden die psychosozial Helfenden oft zu Normalitätsrichtern (vgl. Foucault, 1976), die Macht über diejenigen ausüben, die gegen die Normen verstoßen. So verstoßen in der DSM-Logik längeres ›Am-Feuer-Sitzen‹ gegen produktive Arbeit, ›fehlende Selbstkontrolle‹ gegen die gesellschaftliche Integrationsfähigkeit und ›sexuelle Dysfunktion‹ – auf eine mangelhafte Stressbewältigung zurückzuführen – gegen die normalen partnerschaftlichen Beziehungsmuster (vgl. White & Hellerich, 1992).

Die Postmoderne will den einseitigen Blick auf das Normale, das im psychiatrischen Sinne als das Störende in den Vordergrund gestellt wird, transzendieren, indem sie sich auf das Subjektive, das Individuelle, das Einmalige ausrichtet. Beim postmodernen Denken ist, wie bei der WHO-Definition, die Befindlichkeit des Menschen zentral. Die Hilfevorstellungen und -praktiken kreisen um die zentrale Frage des Wohlbefindens, nicht eine objektive, sondern vielmehr eine subjektive Kategorie. Es kann nicht durch die Wahrnehmung und Beobachtung des Verhaltens erfasst werden, sondern nur dadurch in Erfahrung gebracht werden, dass der Professionelle die subjektive Erfahrungswelt des Klienten erschließt, denn der Klient mag wieder normal wirken und funktionsfähig sein und sich trotzdem nicht wohl fühlen. Daher ist es postmodern gesehen eine zentrale Aufgabe des Professionellen, auf das Wohlbefinden der Klienten hinzuwirken. Dieser Schritt kann nur vollzogen werden, wenn er sein Ohr freimacht für die Worte seines Klienten. Zweifelsohne kann dieser Schritt nur in einer Ich-Du-Beziehung zwischen dem Professionellen und dem Klienten und nicht in einem Ich-Es-Verhältnis erfolgen, wie Buber (1995) zurecht deutlich macht. Die Erzählungen bzw. die Mikro-Narrative des Lebensalltags des Klienten (vgl. Lyotard, 1986) sind entscheidende Informationsquellen dafür, seine lebensweltlichen und lebensgeschichtlichen Problemkonstellationen zu erschließen. Was sind seine Sorgen? Was bekümmert ihn? Was macht ihm zu schaffen? Was bedrückt ihn? Was möchte er verändert sehen?

In den letzten Jahren ist infolge der postmodernen Kritik eine Menge an alternativen Hilfekonzeptionen entwickelt worden, die die Narrative der Menschen in den Mittelpunkt rücken, wie zum Beispiel die narrative

Therapie, Beratung und Soziale Arbeit. Die beispielsweise von White und Epston (2007) entwickelte narrative Therapie ist darauf ausgerichtet, mit dem Klienten zusammen, eine ›alternative‹ – statt der bislang ›dominanten‹ – Lebensgeschichte zu entwickeln. In dieser alternativen Lebensgeschichte kommen die der Lebenswelt des Betroffenen zugrunde liegenden Gefühle und Befindlichkeiten voll zum Tragen. Jahrzehnte zuvor hat bereits Laing den dominanten psychiatrischen Diskurs der ›Verkrankung‹ durch alternative ›entkrankende‹, lebensweltliche Perspektiven ersetzt, wie das am Beispiel von Peter deutlich wurde (vgl. Laing, 1972). Statt Schizophrenie, statt Wahrnehmungs- und Realitätsverzerrung, wird zusammen mit Laing die Erfahrungs- und Problemwelt Peters erschlossen, denn Peter selbst ist Experte seiner Lebensgeschichte und er weiß am besten, was ihn in seiner Umwelt stört. Bei den narrativen Vorgehensweisen schafft der Professionelle eine offene und den Klienten ermutigende Atmosphäre, seine Lebensgeschichte von einer anderen Perspektive zu sehen und neue Möglichkeiten und Sinnhorizonte im Leben zu finden. Der Klient soll dazu gebracht werden, sich selbst und seine Umgebung in neuem Lichte zu sehen und alternative Lebensstile zu entwerfen. Eine alleinige Wahrnehmungsänderung reicht jedoch nicht aus, um Lebensprobleme zu lösen, was eine berechtigte Kritik an narrativen Hilfevorstellungen ist, sondern es muss ein alternatives Handeln erfolgen, was im Kontext der Auseinandersetzung mit Macht- und Wahrheitsstrukturen nicht selten Brüche mit dem bislang Akzeptierten mit sich bringt (siehe zum Beispiel die im DSM als senil-gestört konstruierte Frau, die einen neuen Lebensweg einschlägt und dabei die durch das Normengefüge getragenen Wahrheitssysteme transzendiert. Sie handelt ganz anders als ›normale‹ Frauen in ihrer Situation handeln würden).

Der Wille zum Helfen

In kapitalistischen Gesellschaften ist nach Marx – siehe seine *Pariser Manuskripte* (1968) – neben der Selbstentfremdung die zwischenmenschliche Entfremdung ein wesentliches Element der sich in Institutionen (seien es Betriebe, Behörden, Kliniken oder Dienstleistungszentren) befin-

denden Menschen. Diese institutionellen Gestelle sind Manifestationen organisatorischer Rationalität und hierarchischer Macht. In diesen Institutionen kann nach der klassischen sozialwissenschaftlichen Analyse Webers (1969) eine bestimmte Sache auch gegen den Willen anderer durchgesetzt werden, sei es die Entlassung von Arbeitern, sei es die Einweisung ›psychisch Kranker‹. Diese repressive Form der Macht hat immer noch Bestand. In diesen repressiven Machtstrategien wird der Mensch in der Versorgung verdinglicht, wie er dies auch nach Marx in den gesellschaftlichen Produktionsbedingungen wird (vgl. Marx, 1983, S. 887). Lukács (1967) zufolge grenzt diese Kommodifizierung der Menschen sie von einander ab, wodurch zwischenmenschliche Beziehungen verunmöglicht werden. Gesellschaftliche Verdinglichung führt außerdem nicht selten zur »Ausbildung selbstverdinglichter Einstellungen« (Honneth, 1985, S. 104f.), d. h. der Mensch sieht sich selbst als Ding.

In den letzten Jahrzehnten sind die repressiven Machtstrategien, wie Foucault (1977) zeigt, durch eine produktive Form der Macht ergänzt worden. Diese neue Art der Macht will zwar das Gleiche wie die repressive Macht erreichen, will es jedoch mit Hilfe anderer Mittel durchsetzen. Zweifelsohne ist hierarchisch repressive Macht abstoßig, die produktive Macht dagegen wird von vielen Professionellen gar nicht mehr als Macht über andere empfunden und oft auch von den Klienten nicht so wahrgenommen, geschweige denn als verdinglichte konstruiert. In diesem produktiven Machtumfeld scheint man angenehmer arbeiten und wirksamer helfen zu können, da die Widerstandskraft bei den Klienten nachlässt. Allerdings haben die Professionellen ihre institutionell vorgegebenen Ziele, Wahrheiten und normativen Ausrichtungen immer noch beibehalten, und sie versuchen, sie stimulierend im Interesse der Klienten an die Frau oder an den Mann zu bringen, was zumeist sehr schwierig und zermürend ist und viel Geduld und Ausdauer bedarf. Oft verschleifen sich die Professionellen in ihrer produktiven Arbeit und werden ausgebrannt. Ein *Burn-out-Syndrom* ist oft die Folge. Man will im Rahmen der produktiven Machtverhältnisse helfen, aber es gibt zu viele institutionelle Rahmenbedingungen, die den vom Professionellen intendierten

Hilfeprozess bestimmen und problematisieren. Produktive Macht und Hilfe stoßen immer wieder an ihre Grenzen.

Indem der fortschrittliche Professionelle ein anderes, sich vom modernen Experten unterscheidendes Denken praktizieren will, kann er nur dann wirksame Hilfe verwirklichen, wenn die institutionell und professionell vorgegebenen und zu Verdinglichung neigenden Begrifflichkeiten kritisch hinterfragt werden. Der postmoderne Professionelle setzt sich, genauso wie der Klient, ständig mit den Begrifflichkeiten und den gegebenen Machtstrukturen auseinander. Er versucht in seiner Selbstreflexion, einen Großteil der Macht, die ihm per institutionellem Auftrag zugeschrieben wird, an den Klienten abzugeben und ihn dadurch zu befähigen, sich über Ziele und Vorgehensweisen einbringen zu können. Dem Abgeben von Macht liegt der Gedanke zugrunde, dass es sinnvoll ist, sich aus dem vorhandenen Wahrheitssystem und dem normativen Druck herauszugeben und postnormale vielfältige Möglichkeiten zu unterstützen (vgl. Kleve, 2007). Diese vielfältigen Optionen erhöhen sowohl die Freiheit des Professionellen wie auch die des Klienten. Bei dieser Art des Helfens kann der Wille zum Helfen des Professionellen wie auch der Wille des Klienten, wirksame Hilfe gewährt zu bekommen, eher realisiert werden, als dies in den modernen, gesellschaftlich institutionalisierten, organisierten und standardisierten Gestellen der Fall ist.

Die Psychiater, die Therapeuten, die Berater, die Sozialarbeiter und andere postmodern ausgerichtete Dienstleistende sehen den Hilfeprozess als einen aktiven Prozess sowohl auf Seiten des Professionellen als auch des Klienten und nie als einen unilateralen Prozess. Während die Klienten Experten ihrer Erfahrung sind, sind es die Professionellen, die Experten der ›kollaborativen Beziehung‹ und ›dialogischer Konversationen‹ sind (vgl. Anderson & Gehart, 2007). Honneth (2005) betrachtet diese kollaborative und dialogische Beziehung der Personen als »Anerkennung.« Und wenn alle Verdinglichung ein »Vergessen« ist, nämlich ein Vergessen des Menschlichen in der Beziehung (Adorno, 2004, S. 222f.), dann ist es an der Zeit, sich wieder daran zu erinnern. In dieser dialogischen Beziehung kontrolliert der Professionelle nicht die Richtung der Konversation, das wäre ja wieder hierarchische Macht, sondern Professionelle

und Klienten versuchen zusammen, die komplexe Lebensgeschichte aufzuarbeiten und nach Möglichkeiten – alternative Narrative – zu suchen, welche die den Klienten überwältigenden Probleme zu lösen vermögen. Bei einem offenen Dialog ist der Professionelle nicht in der Lage, den Ausgang des Hilfeprozesses vorauszusagen. Eins ist jedoch klar, nämlich dass das lebensgeschichtliche Problem nicht länger pathologisiert wird und dass die Klienten nicht länger nur als Defizitpersonen gesehen werden; vielmehr werden sie als kompetent und konstruktiv betrachtet, indem sie auf ihre Lebensgeschichte einwirken können. Um Entfremdung und Verdinglichung in der Hilfe-Beziehung zu vermeiden, können Therapien, Beratungen und Soziale Arbeiten mit Hilfe der Narrative einen Weg der Anerkennung ermöglichen.

Das anti-dichotome Denken

Das moderne Denken ist durch Gegensätze geprägt, wie *Subjekt : Objekt, das Ich : der Andere, Geist : Körper, Individuum : Gesellschaft, herrschende Klasse : unterdrückte Klasse, Überordnung : Unterordnung, Macht : Ohnmacht* und viele andere. Dieses dichotome Denken ist ebenso Teil der psychosozialen Versorgung und auch dort kommen Gegensätze voll zum Tragen. Insbesondere die Gegensätze *krank : gesund und normal : abweichend, vernünftig : unvernünftig, wissend : unwissend* sind unabdingbar für das psychiatrische Denken. Das postmoderne Denken versucht, diese das psychiatrische System durchdringenden Gegensätze zu überwinden. Hier kann es sich bereits auf das salutogenetische Denken stützen, denn Antonowsky (1997) hat in diesem Bereich bahnbrechende Untersuchungen vorgelegt. Seine These von »*health – ease – disease*« relativiert sowohl Krankheit auf der einen wie auch Gesundheit auf der anderen Seite. Diese Aufweichung der Gegensätze würde implizieren, dass der Professionelle gesunde und kranke Teile in seiner Person verkörpert hat. Das Gleiche würde für den Klienten gelten. Der eine könnte möglicherweise mehr vom einen als vom anderen haben. Dies wären aber graduelle Unterschiede und keine Gegensätze. In der Dekonstruktion des Wissens sollte man deshalb davon ausgehen, dass beide

Wissende und Unwissende sind. Der Professionelle hat akademisches Wissen, jedoch kein Erfahrungswissen, der Psychiatrisierte hat Erfahrungswissen und zumeist kein akademisches Wissen. So sind beide Wissende, aber unterschiedlicher Art: Die einen werden als Experten hochstilisiert, weil sie ein akademisches Diplom erworben haben, die anderen sind Experten ihrer Erfahrung, was oft verkannt wird. Vielleicht kann ja akademisches Wissen bei der Analyse der gemachten Erfahrungen hilfreich sein, und vielleicht können Erfahrene und Professionelle zusammen Wege finden, auf Probleme einzuwirken und Wege finden, sie zu lösen. Von der narrativen Therapie kommt zwar Kritik auf, im Hilfeprozess von Problemen statt von Lebenswelten zu sprechen, da sie oft Externalisierungen, Objektivierungen und Distanzierungen auf Seiten des Professionellen beinhalten. Wir teilen diese Sichtweise, u. E. ist es jedoch wichtig, wie der Betroffene seine Lebensgeschichte selbst wahrnimmt, denn konstruiert er sie als Problemgeschichte, so kann sie eine internalisierte und subjektive Sichtweise und nicht eine von Professionellen vorgegebene sein. Dann sind es seine Interessen und Sorgen, diese Probleme auf der Basis seiner Narrationen mit dem Professionellen zusammen einer Lösung zuzuführen.

Im anti-dichotomen Denken und Helfen geht es also darum, die Logik des zu instrumentalisiertem Handeln führenden zweckbestimmten Bewusstseins (vgl. Bateson, 1985, S. 549f.) oder die instrumentale Rationalität (vgl. Habermas, 1981, S. 332-366) zu überwinden. Das Korrektiv des einseitig zweckmäßigen Denkens könnte die metaphorische – statt der dichotomen, logischen und instrumentalisierten – Sprache sein, was nach Nietzsche, wie er in der *Geburt der Tragödie* ausführt, ein Abrücken vom begrifflichen Denken impliziert, »ein stellvertretendes Bild, das ihm wirklich, an Stelle eines Begriffes, vorschwebt« (1977a, S. 60) oder in Batesons Sichtweise »Träume und die Kreativität der Kunst, oder die Wahrnehmung von Kunst, und Dichtung« (1985, S. 564). So könnte die metaphorische und poetische Sprache ein Weg zu einem alternativen, pluralistischen postmodernen Denken jenseits der Dichotomien der Moderne sein und zu alternativen Therapievorstellungen beitragen, in welchen das Künstlerische und das Anerkennende voll zur Entfaltung kommen.

Selbst-Hilfe – Selbstempowerment

Mit der Überwindung des dichotomen Denkens und auf dem Boden des Denkens eines Kontinuums haben alle in der psychosozialen Versorgung Tätigen Stärken und Schwächen. Mit Hilfe der Stärken kann der Klient sich selbst entwerfen und ist selbst gestaltungsfähig. Er sucht seinen Weg, wie er sich selbst am besten helfen kann, und er geht seinen eigenen Weg. Doch dabei muss er immer wieder erkennen, dass er neben seinen eigenen Ressourcen und Stärken auch Schwächen und Defizite hat. Nicht selten braucht der eine oder andere Klient Unterstützung auf seinem Weg. Professionelle Unterstützung ohne Bevormundung wäre hier von Nutzen oder, wie es in Selbsthilfegruppen Gang und Gebe ist, gegenseitige Hilfe (vgl. Hellerich, 2003).

In der Selbsthilfe, sei es die individuelle oder die soziale Selbsthilfe, ist nichts vorgegeben. Der *gestell-lose* Freiraum bietet eine Vielzahl von Möglichkeiten, die gegangen werden können. Es hängt von den Gestaltungsfähigkeiten der Beteiligten und von den Unterstützungspraktiken der sie umgebenden Menschen ab, ob die diversen Selbsthilfversuche Erfolg zeigen. Diese postmodernen Selbsthilfvorstellungen unterscheiden sich klar und deutlich von existierenden Selbsthilfgruppen wie *Emotions Anonymous* oder *Grow*, bei welchen ein vorgegebener Rahmen (ein Zwölf-Stufen-Plan) der *recovery* und des *personal growth* vorgegeben sind.

Selbsthilfe geht Hand in Hand mit Selbst-Empowerment. Der sich selbst Helfende spürt in sich die Macht, die es ihm ermöglicht, einen von ihm selbst projizierten Weg gehen zu können und zu wollen. Er kann seinen eigenen Weg gehen, weil er in sich Fähigkeiten, Ressourcen, Stärken entdeckt, und er will ihn gehen, weil er in sich einen Willen zur Macht erkennt, der ihm einen Impuls zum Handeln gibt. Ohne Zweifel ist der Weg nicht gradlinig und problemlos, sondern immer wieder kommen Hindernisse auf, die ihm zu schaffen machen. Er sieht ein, dass er auf dem dornigen Weg Partner braucht, die ihn unterstützen. Partner können entweder Professionelle sein, die sich auf den sich selbst Helfenden einlassen, ihn verstehen und ihn auf seinem Weg unterstützen wollen oder Menschen mit ähnlicher Erfahrung, die mit Hilfe ihres Erfahrungs-

wissens und ihrer Erfahrungsgeschichte unterstützende Ratschläge geben können.

Auf dem Boden des Künstlerischen und des Anerkennenden kann Empowerment grenzenlose Schöpferkraft freisetzen. Es ist einerseits eine befreiende Kraft von den Fesseln der einschränkenden Institutionen und andererseits die Wiederentdeckung der menschlichen Möglichkeiten. So ist therapeutische Selbsthilfe gleichzeitig Befreiung und Umgestaltung im offenen Spielraum der Postmoderne.

Selbsthilfe entwickelt eine eigene Hilfe-Kultur, die sich von der herrschenden psychiatrischen Kultur in mehrfacher Weise unterscheidet. Zum einen ist sie von der Subjektivität und Individualität der betroffenen Menschen getragen, statt ihr Objektives und Allgemeines zugrunde zu legen. Entscheidend sind die je eigene Lebensgeschichte und der lebensweltliche Kontext, in welchem sich der Psychiatrierte befindet. Er muss konkret und spezifisch angegangen werden. Zweitens fällt das hierarchische Verhältnis zwischen dem Helfenden und dem Hilfesuchenden weg, denn der sich auf der Suche nach Lösungsmöglichkeiten befindende Mensch übt Macht und Kontrolle über sich selbst aus und lässt sich nicht durch andere bestimmen. Er will »die volle Souveränität über sich herstellen« (Foucault, 1986, S. 305). Da drittens die vielfachen Deutungen des Problemkontextes bestimmend sind, werden die eindimensionalen psychiatrischen Strategien, welche Probleme auf Krankheiten reduzieren und chemische Behandlungen als zentral vertreten, durch ein Denken des Vielfältigen ersetzt. Viertens lernen die in der Selbsthilfegruppe Teilnehmenden, dass andere es geschafft haben und dass sie es auch schaffen können. Ein gewisser Optimismus macht sich breit.

► Literatur

- Adorno, Theodor (2004). *Gesammelte Schriften, Bd. III*. Berlin: Direkt Media.
- Anderson, Harlene & Gehart, Diane (2007). *Collaborative Therapy: Relationships and conversations that make a difference*. New York: Routledge.
- Antonovsky, Anton (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT Verlag.

- Bateson, Gregor (1985). *Ökologie des Geistes*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Buber, Martin (1995). *Ich und Du*. Frankfurt am Main: Taschenbuch Verlag.
- Derrida, Jacques (2000). *Politik der Freundschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- American Psychiatric Association (Hrsg.). (1994). *DSM IV Casebook*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Foucault, Michel (1973). *Wahnsinn und Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (1976). *Überwachen und Strafen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (1977). *Der Wille zum Wissen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (1986). *Die Sorge um sich*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (1988). *Die Geburt der Klinik*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (1992). *Was ist Kritik?* Berlin: Merve.
- Gergen, Kenneth (1994). *Realities and Relationships: Soundings in social construction*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Giddens, Anthony (1991). *Die Moderne und ihre Folgen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Habermas, Jürgen (1981). *Theorie des kommunikativen Handelns, Bd. I*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Heidegger, Martin (1986). *Sein und Zeit*. Tübingen: Niemeyer.
- Hellerich, Gert (2003). *Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener. Potenziale und Ressourcen*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Honneth, Axel (1985). *Kritik der Macht*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Honneth, Axel (2005). *Verdinglichung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Kleve, Heiko (2007). *Postmoderne Sozialarbeit*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Laing, Ronald D. (1972). *Das geteilte Selbst*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Lukács, Georg (1967). *Geschichte und Klassenbewusstsein*. Amsterdam: Munter.
- Liotard, Francois (1986). *Das postmoderne Wissen*. Wien: Passagen.
- Marx, Karl (1968). *Pariser Manuskripte*. Reinbek: Rowohlt.
- Marx, Karl (1983). *Das Kapital, Bd. III*. Online-Publikation: http://www.mlwerke.de/me/me25/me25_884.htm (Stand: 16.01.2010).
- Nietzsche, Friedrich (1977a). *Werke: Kritische Studienausgabe, Bd. 1*. Berlin: de Gruyter.
- Nietzsche, Friedrich (1977b). *Werke: Kritische Studienausgabe, Bd. 6*. Berlin: de Gruyter.

- Snell, Bruno (2009). *Die Entdeckung des Geistes: Studien zur Entstehung des europäischen Denkens bei den Griechen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Weber, Max (1969). *Wirtschaft und Gesellschaft*. Tübingen: Mohr.
- White, Daniel R. & Hellerich, Gert (1992). A Postmodern View of Modern Psychiatry: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III-R). *The Humanistic Psychologist*, 20 (1), 75-91.
- White, Daniel R. & Hellerich, Gert (1993). Psychiatry in the Labyrinth: Deconstructing Deviancy. *The Humanistic Psychologist*, 21 (1), 65-80.
- White, Michael & Epston, David (2007). *Maps of narrative Practice*. New York: Norton.
- Wirth, Jan W. (2005). *Helfen in der Moderne und Postmoderne*. Heidelberg: Auer.