

Empowerment- Förderung: Zentrales Anliegen psychiatrischer Arbeit

Von Andreas Knuf

Abstract

Empowerment meint Selbstbefähigung. Mit Empowerment-Förderung werden Arbeitsansätze in der psychosozialen Praxis bezeichnet, die Menschen zur Entwicklung eigener Stärken ermutigen und Hilfestellung geben bei der Entwicklung von Selbstbestimmung und Selbsthilfe. Empowerment zu fördern und sich an der Selbstbestimmung der Menschen zu orientieren ist eine Herausforderung für alle Professionellen in der Psychiatrie. Es erfordert eine partnerschaftliche Umgangskultur und die Bereitschaft, professionelle Definitionsmacht abzugeben, Unterstützungsformen auszuhandeln und auch ungewöhnliche Lebensweisen zu respektieren. Empowerment kann auch da gefördert werden, wo Menschen von sich aus nicht ihr Selbstbestimmungsrecht einfordern.

Der Begriff Empowerment („Selbstbefähigung“, „Selbstermächtigung“) entstammt ursprünglich der amerikanischen Black-Power-Bewegung und der Frauenbewegung. Beides waren Emanzipationsbewegungen: Gesellschaftlich unterlegene Gruppen waren nicht länger bereit, ihnen widerfahrene Diskriminierung zu akzeptieren. Sie erarbeiteten sich ein neues Selbstbewußtsein, schlossen sich zusammen und lehnten sich auf gegen erlebte Unterdrückung. Später nutzten Fachpersonen diesen Begriff zur Umschreibung ihres professionellen Selbstverständnisses. Heute wird der Begriff fast inflationär verwandt, zumeist ohne dass der emanzipatorische Aspekt noch enthalten wäre. Dabei ist Empowerment weit mehr als die Förderung von Eigenaktivität oder die Schulung von Patienten. Empowerment meint Emanzipation und Partizipation Betroffener auf persönlicher, institutioneller und politischer Ebene. In der Psychiatrie kann das beispielsweise bedeuten: Mitsprache bei psychiatriepolitischen Entscheidungen oder Forschungsprojekten; gestärktes Selbstbewußtsein das es einem Betroffenen ermöglicht, offen zu seiner Erkrankung zu stehen; Mitarbeit bei der Formulierung von Behandlungsstandards in Institutionen oder in der Fort- und Weiterbildung. Während Empowerment nur von den Betroffenen vollbracht werden kann, kommt den professionell Tätigen die Aufgabe zu, Empowerment-Prozesse zu fördern und durch das Beseitigen von Hindernissen zu ermöglichen. Zentrale Aufgaben auf professioneller Seite sind beispielsweise die wirkliche Bereitschaft Macht zu teilen, Behandlungsangebote nach den Anliegen der Nutzer zu gestalten oder ungewöhnliche Lebensweisen weitestgehend zu würdigen.

Aktuelle Entwicklungen

Verschiedenste Aktivitäten zur Empowerment-Förderung wurden in den letzten Jahren in der Psychiatrie angestoßen. Dabei gibt es regional sehr große Unterschiede: Es gibt Versorgungsregionen, in denen viele Institutionen bemüht sind, möglichst demokratische Strukturen aufzubauen und ihren Klienten verschiedenste Mitbestimmungsmöglichkeiten einzuräumen. In diesen Regionen bieten beispielsweise Kliniken Behandlungsvereinbarungen an, Psychoseseminare funktionieren wirklich dialogisch, oftmals existiert eine funktionierende Beschwerdestelle und die örtliche Selbsthilfebewegung ist aktiv. Psychiatrische Gremien haben sich für Betroffene und Angehörige geöffnet. Es gibt aber auch andere Versorgungsregionen, in denen in Bezug auf Partizipation in den letzten 10 Jahren keine deutliche Öffnung erfolgt ist: Behandlungsvereinbarungen existieren dann gar nicht oder nur pro forma, das lokale Psychoseseminar erinnert eher an eine

psychoedukative Gruppe oder eine Möglichkeit der Profilierung für die ortsansässige Klinik als an ein demokratisches und dialogisches Gremium und die Funktion des Patientenfürsprechers wird von einem pensionierten Oberarzt übernommen.

Viele der in den letzten Jahren entwickelten Formen der Empowerment-Förderung wenden sich in erster Linie an Betroffene, die von sich aus ein Interesse an persönlichem Empowerment haben. Empowerment-Förderung hat zunächst bei jenen Betroffenen begonnen, die Selbsthilfe, Selbstbestimmung, gesellschaftliche Teilhabe usw. eingefordert haben. Empowerment-Förderung ist im Kontakt mit diesen Klienten eigentlich einfach: Natürlich haben Klienten, die dies wünschen, ein Recht auf weitest mögliche Selbstbestimmung, auch in Krisensituationen. Natürlich ist ihre Selbsthilfe als der vielleicht wichtigste Gesundheitsfaktor zu würdigen und zu unterstützen. Bis heute ist aber die entschiedene Förderung von Selbstbestimmung zumal in der klinischen Psychiatrie weithin unterentwickelt.

Selbstbestimmungsmöglichkeiten werden von Professionellen nicht hinreichend akzeptiert und unterstützt. Noch immer verlässt fast jeder psychoseerfahrene Mensch nach seiner Ersterkrankung die Klinik mit Medikamenten ohne dass es je eine wohlinformierte Zustimmung zu dieser Behandlung gegeben hätte. Der Prozentsatz der Betroffenen, denen geholfen wurde, ihre individuellen Selbsthilfemöglichkeiten wahrzunehmen und zu nutzen ist weiterhin sehr gering. Für diese einseitige Vorgehensweise gibt es keinerlei fachliche Begründung. Noch immer gibt es Fachleute, die Selbsthilfegruppen gegenüber sehr kritisch eingestellt sind und Klienten nicht über entsprechende Möglichkeiten informieren bzw. selbst gar nicht darüber informiert sind. Die Liste ließe sich umfangreich fortführen und hier liegt noch viel Arbeit für die Empowerment-Förderung.

Aber auch einem zweiten Bereich darf sich Empowerment-Förderung nicht verschliessen: jenen Menschen, die von sich aus zunächst nicht am Nutzen ihrer Empowerment-Möglichkeiten interessiert sind. Seit etwa 5 Jahren biete ich Fortbildungen zur Empowerment-Förderung an, inzwischen haben über 1000 professionell Tätige daran teilgenommen. Eine spannende Beobachtung in diesen Fortbildungen ist, dass vor allem Fachpersonen kommen, die eher mit langzeitkranken oder schwer kranken Menschen arbeiten. Oft stellen wir dann fest, dass die Professionellen ein stärkeres Interesse an der Förderung des Empowerments haben als ihre Klienten. Vor allem langzeitkranke Menschen und/oder Menschen, die viele Jahre in psychiatrischen Institutionen gelebt haben, fühlen sich von bestimmten Empowerment-Angeboten manchmal eher überfordert als dass sie diese freudig ergreifen und nutzen würden. Ein solches Verhalten ist nur allzu verständlich und zumeist Folge langjähriger Lernerfahrungen. Empowerment-Förderung ist bei diesen Menschen weit schwieriger: Es geht nämlich zunächst um die Frage, ob es nicht schon ein Ausdruck der Selbstbestimmung dieser Menschen ist, dass sie mit Empowerment in Ruhe gelassen werden wollen. In unserer Gesellschaft gibt es noch keine Verpflichtung, selber über sein Leben zu bestimmen, eigene Einflussmöglichkeiten auf die Erkrankung zu nutzen, gesund werden zu wollen und aktiv zu sein. Es gibt vielmehr ein Grundrecht auf etwas, das wir „minimale Aktivität“ nennen können: Wer sich um seine Ernährung sorgen, sein Geld vom Sozialamt holen und seine Wohnung halbwegs sauber halten kann, wird in unserer Gesellschaft in Ruhe gelassen. Er darf 10 Stunden am Tag vor der Glotze sitzen, darf so viele Zigaretten rauchen und Kaffee trinken wie er will. Dieses Grundrecht steht auch psychiatrieeerfahrenen Menschen zu. In psychiatrischen Institutionen ist das aber häufig nicht der Fall: Die Passivität wird als Krankheitsfolge

interpretiert, der therapeutisch-pädagogisch zu Leibe gerückt werden muss. Wenn professionell Tätige nun unter dem Label Empowerment das Grundrecht auf „minimale Aktivität“ beschneiden möchten, dann brauchen sie schon sehr gute Gründe dafür. Ich meine, dass es Gründe für gezielte Aktivitätsförderung durchaus geben kann, dass wir aber nicht jede Aktivitätsförderung schon als Empowerment „verkaufen“ können. Empowerment-Förderung bei diesen Menschen bedeutet vor allem, sie in die Lage zu versetzen, selber zu entscheiden ob sie Empowerment wünschen oder nicht. Empowerment-Förderung beinhaltet immer auch die Möglichkeit, das eigene Empowerment abzulehnen. Im Rahmen der Empowerment-Diskussion der letzten Jahre wurden bisher kaum Methoden und Strukturen entwickelt, um mit dieser Klientengruppe „empowerment-ermöglichend“ zu arbeiten. Erfahrungswissen, beispielsweise aus der Enthospitalisierung, ist uns teilweise sogar schon wieder verloren gegangen.

Ich möchte dies an einem Beispiel verdeutlichen. Ein wichtiges Element von Empowerment ist das Recht zur Selbstbestimmung. Wenn ein betroffener Mensch klar benennt was er wünscht, dann ist es empowerment-orientiert wenn sich der professionell Tätige dafür einsetzt, dass diese Erwartungen so weit wie möglich umgesetzt werden. Aber wie sollen sich Fachpersonen verhalten, wenn der Betroffene keine Bedürfnisse formuliert oder gar nicht selber entscheiden möchte, sondern erwartet, dass andere für ihn entscheiden?

Wer bisher in seinem Leben wenig selber entscheiden durfte, der hat unter Umständen die Fähigkeit zur Selbstbestimmung noch gar nicht erworben. Auch Selbstbestimmung will gelernt sein. Wenn ich diesem Menschen nun Selbstbestimmungsmöglichkeiten anbiete, dann wird er diese nicht zwangsläufig freudig ergreifen, sondern er wird sich womöglich überfordert fühlen und von Menschen seiner Umgebung erwarten, dass sie weiter für ihn entscheiden. Es ist nicht zwangsläufig empowerment-orientiert einen Klienten auf sein Recht zur Selbstbestimmung zu verweisen. Ein Empowerment-orientiertes Vorgehen besteht hier vielmehr darin, zunächst die Selbstbestimmungsfähigkeit zu fördern (s. Kasten). Wenn wir das nicht tun, denken wir Empowerment-Förderung vom Stärksten und nicht vom Schwächsten her. Fachleute, die ihren Klienten in den letzten Jahren zunehmend mehr Mitbestimmungsmöglichkeiten eröffnet haben, sind häufig enttäuscht darüber, dass ihre Klienten diese Möglichkeiten so wenig nutzen. („Jetzt dürfen sie selber entscheiden aber sie wollen gar nicht.“). Diese Enttäuschung kann auch in Ärger oder in einen Defizitblick umschlagen („Wir haben uns doch schon gedacht, dass unsere Klienten zu krank dazu sind.“).

KASTEN:

Wie läßt sich die Selbstbestimmungsfähigkeit fördern?

- ✓ Impulse für Entscheidungen wahrnehmen und diese unterstützen
- ✓ Hinreichende Entscheidungsspielräume öffnen
- ✓ Recht auf Irrtum und Risiko zugestehen und so Lernerfahrungen ermöglichen
- ✓ Entscheidungen mittragen
- ✓ Eine Haltung von Zutrauen in den Klienten einnehmen
- ✓ Keine überfordernden Entscheidungen einfordern
- ✓ Keinen Druck auf den Klienten ausüben, damit er sich entscheidet
- ✓ Unterstützung anbieten, Rückmeldungen geben
- ✓ Ggf. Lerngeschichte des Verlusts der Entscheidungsfähigkeit aufarbeiten
- ✓ Anfänglich ggf. Empfehlungen abgeben

Entwicklung vollzieht sich oftmals dialektisch. Das trifft auch auf die psychiatrische Arbeit und den Übergang von einer paternalistischen Beziehungsstruktur zu einer empowerment-orientierten Beziehung zu. Wenn wir empowerment-orientiert arbeiten wollen, stehen wir daher in der Gefahr zunächst etwas über unser Ziel hinauszuschiessen und vom einen Extrem ins andere zu geraten. Aus der Haltung der custodialen Psychiatrie "Ich weiß, was gut für Dich ist" kann schnell die Position werden: „Mach was du willst.“ Das Pendel ist also in die andere Richtung umgeschlagen. Eine Haltung von „Mach was du willst“ hat mit Empowerment gar nichts zu tun, hier wird der Betroffene eher im Stich gelassen. Studien zeigen: Betroffene wünschen sich Fachpersonen, die ihr Selbstbestimmungsrecht weitestmöglich akzeptieren, auf der Basis einer vertrauensvollen Beziehung in Krisensituationen aber durchaus auch stellvertretende Entscheidungen treffen, jedoch nur so lange es unbedingt nötig ist (Terzioglu, 2005). Gerade diese Balance ist die Herausforderung, nicht nur in Bezug auf Selbstbestimmung versus Fremdbestimmung, sondern auch bezüglich Aktivität versus Passivität, Ressourcen versus Defizit oder Selbsthilfe versus Fremdhilfe. Wir dürfen beispielsweise bei aller ressourcenorientierten Arbeit nicht vergessen, dass unsere Klienten nicht aufgrund ihrer Ressourcen zu uns kommen, sondern aufgrund bestimmter Defizite.

Wie therapeutisch darf Empowerment sein?

Empowerment-Förderung ist immer eine Gratwanderung: Wie kann es gelingen, die Möglichkeiten zur Selbstbestimmung, Selbsthilfe und Emanzipation zu fördern, ohne sie gleichzeitig zu verordnen? „Sei autonom!“ ist eine paradoxe Aufforderung. Wenn aus einem „Nimm deine Pillen!“ ein „Nutze endlich deine Selbsthilfemöglichkeiten!“ wird, dann haben wir die Empowerment-Förderung ad absurdum geführt. Vielfach geschieht das gegenwärtig. Beispiel für ein solches Vorgehen sind einige psychoedukative Ansätze, die den Teilnehmenden wichtige Informationen und Selbsthilfekompetenzen vermitteln, sie aber in der Rolle der Lernenden und Gehorchenden belassen, während die professionell Tätigen die Lehrenden bleiben. Jede Diabetikerschulung wird heute als Empowerment bezeichnet. In diesen Ansätzen gibt es zumeist Verhaltensziele, die von Fachleuten definiert werden, ohne dass Betroffene wirklich einbezogen würden. Diese Form der Edukation kann für viele Klienten hilfreich sein, weil sie ihnen wichtige Informationen vermittelt. Eine Partnerschaft wird allerdings dadurch nicht erreicht.

Empowerment-Förderung im Rahmen partnerschaftlicher Beziehungsgestaltung bedeutet in mehrfacher Hinsicht eine Abkehr von der klassischen Klienten-Therapeuten-Beziehung. Nicht die Therapeuten sind aktiv und kompetent, sondern in erster Linie die Klienten. Gefordert ist von professioneller Seite eine „passive Aktivität“ (Knuf, 2000). Empowerment-Prozesse lassen sich auch nicht planen oder in zeitlich strukturierte Entwicklungspläne einfügen. Empowerment-Förderung ist ein Sich-Ausliefern an die Eigenzeitlichkeit des Klienten. Sie erfordert mehr Vertrauen in die Fähigkeiten des Gegenüber und Offenheit auch für „ungerade“ Entwicklungen oder unvorhergesehene Lösungen.

In den USA und einigen anderen englischsprachigen Ländern ist die Empowerment-Bewegung eng verzahnt mit einem Forschungsansatz, der „Recovery“ genannt wird. Recovery könnte mit Genesung oder Wiedererlangung von Gesundheit übersetzt werden und meint die Perspektive, dass auch langjährig kranke Menschen wieder gesunden können. Als Gesundung wird hier nicht die vollkommene Abwesenheit von

Symptomen und Krisen verstanden - in diesem Sinne wäre wohl niemand von uns gesund. Vielmehr geht es darum, auch bei langjährig kranken Menschen eine Perspektive der Gesundung als Prozess zu entwickeln und Schritte zu einem erfüllteren, zufriedeneren und hoffnungsvolleren Leben zu ermöglichen (Knuf, 2004). Viele Vertreter der Recovery-Idee sind ehemals selbst als „unheilbar Kranke“ bezeichnete psychiatrieerfahrene Menschen, denen trotz negativer Prognose eine Gesundung in diesem Sinne oder auch eine Heilung gelungen ist. Die Studien und Erfahrungsberichte der Betroffenen zeigen eindrücklich den deutlichen Zusammenhang zwischen Empowerment-Prozessen und Gesundungswegen: Wer wieder mehr Einfluss auf sein Leben gewinnt, wer selber entscheidet und sich weniger ausgeliefert fühlt, der wird eher wieder genesen. Diese Forschungsergebnisse decken sich mit anderen Forschungsrichtungen, etwa dem Konzept der Salutogenese. Antonovsky (1997) konnte zeigen, dass Menschen dann eher gesunden, wenn sie Situationen durchschauen, Einflussmöglichkeiten auf ihre Lebenssituation sehen und ihr Handeln als sinnhaft erleben. Diese drei Elemente werden als Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit bezeichnet und erweisen sich als generelle Einflussfaktoren auf Gesundung und Krisenbewältigung – nicht nur bei psychiatrischen Erkrankungen.

Künftige Herausforderungen für die Empowerment-Förderung

In Zukunft werden immer mehr psychiatrieerfahrene Menschen einen partnerschaftlichen Beziehungsstil von professionell Tätigen einfordern. Sie werden zunehmend mehr informiert werden wollen und selber entscheiden, statt sich den Anordnungen der Fachpersonen zu fügen („Compliance“). Dabei handelt es sich um einen gesellschaftlichen Trend, der in verschiedensten Medizindisziplinen zu beobachten ist. Bei weiterhin freier Arztwahl werden sich Betroffene zunehmend mehr für nutzerorientierte Ärzte und Fachinstitutionen entscheiden. Viele Patienten der Zukunft werden selbstbewusster und informierter sein als heutige Patienten. Die Pharmaindustrie hat diesen Trend längst erkannt und setzt neuerdings verstärkt darauf, die Patienten selber über neue Medikamente zu informieren anstatt teure Pharmavertreter zu bezahlen. Betroffene brauchen Hilfen, um die Objektivität von Informationen, beispielsweise im Internet, beurteilen zu können. Beispielsweise müssten von Pharmafirmen gesponsorte Internetseiten als solche kenntlich gemacht werden. Unter dem Blickwinkel des Empowerment wird es verschiedenste Herausforderungen geben: Viele Fachleute werden ihren Beziehungsstil zu Klienten ändern müssen, sonst entsprechen sie in Zukunft noch weniger den Anliegen der Betroffenen als das heute schon der Fall ist. Doch der „mündige Patient“ darf keine Ideologie werden, es wird auch betroffene Menschen geben, die keine selbstbestimmten und selbstbewußten Klienten sein wollen und sein können.

Unklar scheint mir zu sein, welche Veränderungen sich aus der Möglichkeit des Persönlichen Budgets ab 2008 ergeben. Erstmals erhalten auch schwerer kranke Menschen die Möglichkeit, vom Versorgungsempfänger zum Auftraggeber zu werden. So wird mehr Selbstbestimmung möglich, ebenso eine personenzentriertere und wohl eher ambulante Hilfe. Unter Fachpersonen beobachte ich aber auch viele Vorbehalte und Ängste. Angesichts der schwieriger werdenden wirtschaftlichen Situation bangen mehr Fachpersonen um ihre Arbeitsplätze und ihre wirtschaftliche Absicherung. Die Gefahr ist groß, dass wir in einer solchen Situation unseren Klienten die vermehrte Eigenständigkeit nicht zutrauen und betonen, wie wichtig unsere Hilfe ist. Solche Impulse wären menschlich verständlich, damit würden wir aber Empowerment-Prozesse erschweren oder gar nicht erst entstehen lassen.

Auch durch die heikle wirtschaftliche Situation werden an verschiedenen Stellen Empowerment-Prozesse erschwert. So ist eine Zunahme von Zwangsmassnahmen teilweise auch auf eine mangelnde Personalbesetzung zurückzuführen und bewirkt mehr Traumatisierungen durch psychiatrische Behandlung. Traumatisierungen aber vernichten Empowerment-Möglichkeiten (Knuf 2000). Gerade bei langzeitkranken Menschen ist viel Geduld und Zeit erforderlich um Eigenständigkeit zu fördern. Wer diese als Fachperson aufgrund von Zeitmangel nicht hat, der macht es eben selber weil es schneller geht, und schon ist beim Klienten wieder eine Möglichkeit vertan, selbst zu handeln und Neues zu erlernen. Die zahlreichen und wohl noch weiter zunehmenden Kürzungen im Sozialbereich können in diesem Sinne negative Konsequenzen für die Empowerment-Förderung haben. Es ist eine Pflicht für professionell Tätige, sich gegen weitere Kürzungen zu wehren und die darin sichtbar werdende Diskriminierung psychisch kranker Menschen anzusprechen. Darin sind wir jedoch nur dann glaubwürdig, wenn wir Empowerment und nicht Abhängigkeit fördern. Zugleich ist es empowerment-orientiert, sich von den wirtschaftlichen Gegebenheiten nicht in Resignation und Passivität treiben zu lassen, wie dies gegenwärtig vielerorts geschieht und ganze Teams lähmt. Aus dem empowermentorientierten Blickwinkel können Kürzungen Empowerment aber auch erst möglich machen. Das hören wir Fachleute natürlich nicht gerne. Eigenengagement wird notwendig, wo fachliche Begleitung nicht mehr gewährleistet werden kann, einzelne Angebote psychiatrischer Anbieter werden bei Wegfall infolge Personalkürzung durch Betroffene übernommen. Wir erfahren dann: Wir sind nicht überall notwendig, wo wir heute aktiv werden. Das nicht als Kränkung zu erleben und in eine Haltung von „Ihr werdet schon sehen, dass das ohne uns nicht geht“ zu geraten, ist hier die empowerment-fördernde Aufgabe.

Zukünftig werden mehr psychiatrieerfahrene Menschen (vielleicht auch Laien und Angehörige) im psychiatrischen System mitarbeiten. Was im deutschsprachigen Raum bisher erst ansatzweise existiert (Selbsthilfeberater bei den grösseren Betroffenenorganisationen oder beim BPE, Weglaufhaus Berlin und einige mehr) ist in anderen Ländern selbstverständlicher. Erste Untersuchungen zeigen, dass die gegenseitige Unterstützung von Betroffenen durch andere Betroffene (sog. Peer specialists oder Peer support) eine Hilfestellung darstellt, die Fachleute durch ihre Aktivität nicht erbringen können und die sich sehr positiv unter anderem auf das Gefühl der Lebensqualität auswirkt (Felton et al., 1995). Auch in der Fortbildung werden zukünftig mehr Betroffene mitarbeiten. Schon gibt es Modelle wie den Verein „Für alle Fälle“ in Berlin, die Expertenpartnerschaft in Bremen, bundesweit angebotene dialogische Borderline-Fortbildungen und einiges mehr. All das wird uns Fachleuten helfen, eine partnerschaftlichere Haltung gegenüber betroffenen Menschen einzunehmen. Berufseinsteiger werden in diese Haltung ganz selbstverständlich hineinwachsen ohne je etwas anderes kennen gelernt zu haben.

Literatur

Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erweiterte Herausgabe von A. Franke. dgvt-Verlag, Tübingen.

Felton, C. J., Stastny, P., Shern, D. L., et al. (1995). Consumers as Peer Specialists on Intensive Case Management Teams: Impact on Client Outcomes. *Psychiatric Services*, 46 (10): 1037 – 1044.

Knuf, A. (2000). Steine aus dem Weg räumen. In: Knuf, A. & Seibert, U. (Hrsg.) *Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit*. Psychiatrie-Verlag, Bonn.

Knuf, A. (2004). Vom demoralisierenden Pessimismus zum vernünftigen Optimismus. Eine Annäherung an das Recovery-Konzept. *Soziale Psychiatrie* 1/2004

Terzioglu, P. (2005). Die gelungene Arzt-Patient-Kooperation in der psychiatrischen Praxis. Psychiatrie-Verlag, Bonn.

*Andreas Knuf, Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, ist Mitarbeiter der Schweizer Stiftung Pro Mente Sana in Zürich. Verschiedene Veröffentlichungen zu Empowerment und Selbsthilfeförderung, unter anderem „Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit“. Zuletzt ist erschienen: *Borderline: Das Selbsthilfebuch* (gemeinsam mit Christiane Tilly).
Internet: www.psychiatriefortbildung.de*