

Gianfranco Zuaboni, Christoph Abderhalden
Michael Schulz, Andrea Winter (Herausgeber)

Recovery praktisch!

Schulungsunterlagen

Gianfranco Zuaboni, Christoph Abderhalden,
Michael Schulz, Andréa Winter (Herausgeber)

Recovery praktisch!

Schulungsunterlagen

Impressum

Englische Originalausgabe: Realising Recovery Learning Materials (2008)

Autorinnen: Allison Alexander, Craig Hutchison, Simon Bradstreet, Susanne Forrest, Anne Conner, Donald Macaskill, Rachel Perkins, Kim Goddard, Peter Bates. © The Scottish Recovery Network (SRN); NHS Education for Scotland (NES)

Herausgeber der deutschen Ausgabe: Gianfranco Zuaboni, Kilchberg, Christoph Abderhalden, Bern, Michael Schulz, Bielefeld, Andréa Winter, Bern

Deutsche Übersetzung: Sarah Kohli, Andréa Winter, Bern

Bearbeitung der deutschen Ausgabe: Katharina Abplanalp, Daniel Fischer,

Franziska Rabenschlag, Michael Schulz, Eva Tola Gianfranco Zuaboni

Lektorat: Patrick Zamariàn, Zürich/Camborne

Gestaltung: Simone Fennel, Shanghai/Zürich

© 2012 für die deutsche Ausgabe: Sanatorium Kilchberg, Kilchberg CH,

Universitäre Psychiatrische Dienste UPD, Bern, CH, Fachhochschule

der Diakonie, Bielefeld D

Verlag: Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Abt. Forschung/Entwicklung

Pflege und Pädagogik, Bolligenstrasse 111, 3000 Bern 60, Schweiz

Bezugsquellen: Deutschland: Fachhochschule der Diakonie, Lehrstuhl für Psychiatrische

Pflege, Grete Reich Weg 9, 33617 Bielefeld D

Schweiz: Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Abt. Forschung/Entwicklung

Pflege und Pädagogik, Bolligenstrasse 111, 3000 Bern 60, Schweiz

Downloadversion: www.pflege.in.der.psychiatrie.eu > recovery

Printed in Switzerland

Verlag Universitäre Psychiatrische Dienste UPD, Bern

ISBN 978 3 033 03316 0

Inhalt

Willkommen!	5
Dank	7
Einführung zum Gebrauch der Unterlagen	10
Modul 1 Recovery verstehen	17
Modul 2 Sich selbst einbringen, um eine recovery-orientierte Praxis zu entwickeln	43
Modul 3 Selbststeuerung ermöglichen	77
Modul 4 Personenzentrierte Unterstützung anbieten	103
Modul 5 Verantwortung und Risikobereitschaft teilen	131
Modul 6 Am gesellschaftlichen Leben teilnehmen	159

Willkommen

Willkommen zur Lektüre der Schulungsunterlagen «Recovery praktisch»!

*Ein Baum, der fällt, erregt mehr Aufsehen,
als ein Wald, der wächst.*
Tibetische Weisheit

Die psychiatrische Versorgung ist traditionellerweise darauf ausgerichtet, Probleme, Krankheiten und Defizite zu erfassen und sie dann – wenn möglich – zu behandeln. Menschen zu helfen, ist im Grundsatz eine sinnvolle und ehrbare Sache, jedoch wurden Hilfestellungen in der Geschichte der Psychiatrie (und der Medizin im Allgemeinen) oftmals über die Köpfe der betroffenen Personen hinweg geplant und durchgeführt. Im Unterschied dazu wird heute die Sichtweise Betroffener stärker beachtet, und mit Recovery hat ein Ansatz an Einfluss gewonnen, der weitgehend auf den Erfahrungen psychiatrieerfahrener Menschen beruht und von diesen selbst konzeptualisiert wurde. Darüber hinaus werden Modelle der Partizipation auf breiter Ebene diskutiert und zunehmend umgesetzt. So ist etwa das Modell der gemeinsamen Entscheidungsfindung zwischen Fachpersonen und Betroffenen (Shared Decision Making; Adhärenz) aus der medizinischen Versorgung nicht mehr wegzudenken.

Wie eine psychiatrische Versorgung unter konsequenter Einbeziehung der Betroffenen aussehen kann, lässt sich in angelsächsischen Ländern beobachten, wo sich der personenzentrierte Recovery-Ansatz etabliert hat und vielerorts die Planung und Gestaltung der psychiatrischen Versorgung bestimmt (wie zum Beispiel in Irland, Neuseeland sowie mehreren US-Bundesstaaten); eine weitgehende Partizipation Betroffener wird dabei teilweise (wie im Fall des Vereinigten Königreichs) gesetzlich eingefordert.

Auch in den deutschsprachigen Ländern existieren zahlreiche Initiativen zur Umsetzung des Recovery-Ansatzes, so konnten beispielsweise in Deutschland und der Schweiz Studiengänge für Menschen mit Erfahrungen eingerichtet werden (EX-IN, Expertinnen und Experten durch Erfahrung).

Der personenzentrierte Recovery-Ansatz erfordert von Fachpersonen ein Umdenken auf verschiedenen Ebenen. Als nützlicher Leitgedanke dieses Prozesses kann die von Phil Barker beschriebene Grundannahme einer recovery-orientierten Versorgung dienen: Nicht für die Betroffenen, sondern gemeinsam mit den Betroffenen! (Barker et al. 2005)

Die vorliegenden Schulungsunterlagen sollen Fachpersonen zu einer recovery-orientierten Haltung und zu recovery-orientiertem Handeln befähigen. Als Grundlage diente dabei das vom staatlichen britischen Gesundheitsdienst NHS (National Health Service) gemeinsam mit dem SRN (Scottish Recovery Network) erarbeitete Handbuch Realising Recovery Learning Material (2008). Eine aus einer Betroffenenvertreterin und verschiedenen Fachpersonen zusammengesetzte Expertengruppe überarbeitete diese Vorlage und passte sie dem deutschen Sprach- und Kulturraum an.

Schulungen unter Zuhilfenahme dieser Unterlagen erlauben es Psychiatriefachpersonen, ihre Kenntnisse, Fertigkeiten und Werte zu vertiefen und zu lernen, wie sie die Nutzenden der psychiatrischen Dienste möglichst umfassend in den Recovery-Prozess begleiten können.

Die Schulungsmaterialien vermitteln die grundlegende Überzeugung, dass Recovery und persönliches Wachstum möglich sind – auch dann, wenn Symptome weiterhin bestehen und Heilung im medizinischen Sinn nicht möglich ist. Getreu dem Gedanken, dass wirkliches Leben nur in der Begegnung stattfinden kann, fordert das Konzept die Schaffung hilfreicher Beziehungen zwischen den Menschen, die psychiatrische Dienste nutzen, und den Gemeinschaften, in denen sie leben.

Wir hoffen, dass die auf der Grundlage der vorliegenden Unterlagen geschulten Psychiatriefachpersonen Betroffene auf ihrer Recovery-Reise besser begleiten und unterstützen können und dabei Zeugen von deren persönlichem Wachstum werden.

Wir danken dem NHS Scotland dafür, dass wir dieses hilfreiche Werk ins Deutsche übertragen durften. Die Bewilligung war mit der Auflage verbunden, dass die Unterlagen im Internet frei zugänglich sein würden, was wir als Herausgeber sehr unterstützen. Weiterhin geht unser Dank an das Übersetzungsteam und die Arbeitsgruppe, die an der Übertragung ins Deutsche mitgewirkt hat, sowie an jene Institutionen, die mit ihrer finanziellen Unterstützung das Werk ermöglicht haben.

Die Herausgeber

G. Zuaboni - RN, MScN, Leiter Pflegeentwicklung, Sanatorium Kilchberg

C. Abderhalden - RN, PhD, Pflegedirektor, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern

M. Schulz - Prof. Dr. rer. medic, Fachhochschule der Diakonie Bielefeld

A. Winter - Übersetzerin, Betroffenenvertreterin, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern

Danksagung

Unser Dank gilt dem NHS Scotland, der es uns gestattet hat, seine Unterlagen zu nutzen. Weiterhin danken wir den folgenden Personen für ihre Beiträge zur Entwicklung und Überarbeitung dieser Schulungsunterlagen:

Die Autorinnen und Autoren der Module

Allison Alexander	NES/SRN, Edinburgh/Glasgow
Craig Hutchison	Health in Mind, Edinburgh
Simon Bradstreet	SRN, Glasgow; Susanne Forrest, NES, Edinburgh
Anne Conner	Outside the Box, Glasgow; Donald Macaskill; Equal and Diverse, Glasgow
Rachel Perkins und Kim Goddard	South West London and St George's Mental Health NHS Trust, London
Peter Bates	National Development Team, Bath

Die Gruppe von Experten und Expertinnen, welche die Entwicklung der Schulungsunterlagen begleitet hat:

Allison Alexander	NES/SRN - <i>Edinburgh/Glasgow</i>
Simon Bradstreet	SRN - <i>Glasgow</i>
Derek Barron	NHS - <i>Ayrshire & Arran</i>
Scott Dyker	NHS - <i>Grampian</i>
Susanne Forrest	NES - <i>Edinburgh</i>
Bob Goupillot	Penumbra - <i>Edinburgh</i>
Alex Mathieson	Freelance Writer/Editor
Rona McBrierty	Betroffenenvertreterin und Ausbilderin - <i>Edinburgh</i>
Dale Meller	NHS Health Scotland - <i>Edinburgh</i>
Ivor Smith	NHS - <i>Forth Valley</i>
Craig Stewart	NHS - <i>Ayrshire & Arran</i>

Graham Morgem, Tig Davies und allen weiteren Personen, die ihre Recovery-Erfahrungen für diese Schulungsunterlagen zur Verfügung stellten.

Die Expertinnen und Experten, welche die deutsche Version der Schulungsunterlagen überarbeitet haben

Katharina Abplanalp	Genesungsbegleiterin - <i>Innertkirchen</i>
Daniel Fischer	Pflegefachmann - <i>Sanatorium Kilchberg</i>
Franziska Rabenschlag	Pflegewissenschaftlerin - <i>Psychiatrische Universitätsklinik Zürich</i>
Michael Schulz	Pflege- und Gesundheitswissenschaftler - <i>Fachhochschule der Diakonie Bielefeld</i>
Eva Tola	Pflegefachfrau - <i>Universitäre Psychiatrische Dienste Bern</i>
Gianfranco Zuaboni	Pflegewissenschaftler - <i>Sanatorium Kilchberg</i>

Deutsche Übersetzung:

Sarah Kohli - *Bern*

Andréa Winter - *Bern*

Lektorat der deutschen Version

Patrick Zamariàn - *Zürich/Camborne*

Grafische Gestaltung

Simone Fennel - *Shanghai/Zürich*

Finanzielle Unterstützung

Ein spezieller Dank gilt jenen Institutionen, die mit ihrer massgeblichen finanziellen Unterstützung die deutsche Übersetzung und Überarbeitung der Recovery-Schulungsunterlagen möglich gemacht haben:

Sanatorium Kilchberg - Universitäre Psychiatrische Dienste Bern
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel - Psychiatrische Dienste Süd St. Gallen
Psychiatrische Dienste Thurgau - LWL Klinik Herten - LWL Klinikum Gütersloh - Luzerner Psychiatrie

sanatoriumKILCHBERG

PRIVATKLINIK FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHOTHERAPIE



**Luzerner
Psychiatrie** *lups.ch*

ambulant · stationär · kinder- und jugendpsychiatrie

Weitere finanzielle Unterstützung erfolgte durch die folgenden Institutionen und Organisationen:

Adherence Dachverband
Verband der Pflegedienstleitungen Psychiatrischer Kliniken e.V. Bayern
Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e.V.
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Stiftung Pro Mente Sana Zürich

Dozierende finden den Unterricht oft anspruchsvoll. Sie sollten deshalb auf ihr Wohlbefinden achten und sich der jeweiligen Strategien bewusst sein, die für sie in der Vergangenheit hilfreich waren. Nach den Schulungen sollten Dozierende Gelegenheiten zu Nachbesprechungen einbauen, wenn möglich mit einem Co-Dozierenden oder im Rahmen von Unterstützung und Supervision.

Literatur

–
NHS Education for Scotland (NES)
**The 10 Essential Shared Capabilities for
Mental Health Practice**
Learning Materials (Scotland)
Edinburgh 2011
www.nes.scot.nhs.uk/media/351385/10_essential_shared_capabilities_2011.pdf

–
NHS Education for Scotland /
Scottish Recovery Network (NES/SRN)
Realising Recovery Learning Materials
Edinburgh 2008
www.nes.scot.nhs.uk/media/376420/13875-nes-mental_health-all_modules.pdf

–
Scottish Executive
Rights Relationships and Recovery:
the Report of the National Review of Mental Health
Nursing in Scotland
Edinburgh 2006
www.scotland.gov.uk/Publications/2006/04/18164814/0

–
Jörg Utschakowski, Gyöngyvér Sielaff, Thomas Bock (Hrsg.)
Vom Erfahrenen zum Experten
Wie Peers die Psychiatrie verändern
Bonn 2009

–
Phil Barker, Poppy Buchanan-Barker
The Tidal Model
A Guide for Mental Health Professionals
Hove 2005

Einführung zum Gebrauch der Unterlagen

Die Schulungsunterlagen «Recovery praktisch» wurden zur Unterstützung von Psychiatriefachpersonen auf dem Weg zu einer recovery-orientierten Praxis entwickelt. Sie geben ihnen das nötige Rüstzeug, um Seite an Seite mit Nutzenden der psychiatrischen Dienste zu arbeiten, während diese ihre eigenen, einzigartigen Recovery-Reisen gestalten.

Die Schulungsunterlagen werden auch für Nutzende der psychiatrischen Dienste und deren Angehörige von Interesse sein, sei es in ihrer Rolle als Auszubildende bei der Wissensvermittlung oder als Lernende, die ihr Verständnis recovery-orientierter Praxis erforschen und weiterentwickeln möchten. Zudem eignet sich das Manual als Orientierungshilfe hinsichtlich der Frage, was von Psychiatriefachpersonen und den psychiatrischen Diensten erwartet werden kann.

Die Entwicklung der Schulungsunterlagen stützte sich auf internationale Forschungsliteratur und wissenschaftliche Erkenntnisse aus zahlreichen weiteren Quellen. Am stärksten wurde sie jedoch durch die gelebte Erfahrung von Menschen in Schottland geprägt, die sich selber als auf dem Weg der Besserung («in recovery») oder genesen («recovered») bezeichnen.

Die Ergebnisse des 2007 vom SRN veröffentlichten Forschungsberichts *Recovering Mental Health in Scotland* fanden an zahlreichen Stellen der vorliegenden Schulungsunterlagen Verwendung.

Die Schulungsunterlagen sind praktisch und handlungsorientiert. Sollten Sie einzelne Themen vertiefen wollen, finden Sie im Anschluss an die jeweiligen Module Hinweise zu weiterführender Literatur und ergänzenden Materialien.

Mit den Schulungsunterlagen werden folgende Zielsetzungen verfolgt:

- ◆ Die Befähigung von Fachpersonen, ihre Praxis zu verändern:
Wir wissen, dass manchmal selbst kleine Veränderungen eine äusserst positive Auswirkung haben können. Dies gilt sowohl für die Fachpersonen selbst als auch für die Erfahrungen von Nutzenden der psychiatrischen Dienste und ihren Freundinnen, Familien und Helfenden.
- ◆ Die Unterstützung von Wandel durch die Präsentation von Schlüsselthemen, die für Recovery bedeutsam sind und Fachpersonen eine praktische Unterstützung beim Entwickeln neuer Rollen, Beziehungen und Wege der Zusammenarbeit mit Nutzenden und deren Umfeld anbieten.

«Recovery praktisch» – die Module

Die Schulungsunterlagen bestehen aus sechs Modulen.

Am Anfang jedes Moduls wird der dafür ungefähr benötigte Zeitaufwand angegeben.

«Recovery praktisch»- Module

- Modul 1** → [Recovery verstehen](#)
- Modul 2** → [Sich selbst einbringen, um eine recovery-orientierte Praxis zu entwickeln](#)
- Modul 3** → [Selbststeuerung ermöglichen](#)
- Modul 4** → [Personenzentrierte Unterstützung anbieten](#)
- Modul 5** → [Verantwortung und Risikobereitschaft teilen](#)
- Modul 6** → [Am gesellschaftlichen Leben teilnehmen](#)

Wir empfehlen, die Module 1, 2 und 3 zuerst und in der Reihenfolge durchzuarbeiten.
Die restlichen Module können in beliebiger Reihenfolge bearbeitet werden.

Wie gehe ich beim Lernen am besten vor?

Wir haben die Schulungsunterlagen so gestaltet, dass ein selbstgesteuertes Lernen und Reflektieren möglich ist. Wir möchten jedoch wärmstens empfehlen, in Gruppen zu arbeiten, um es Lernenden zu erlauben, ihre Erfahrungen in einen grösseren Zusammenhang zu stellen und den Blickwinkel zu erweitern.

Die Schulungsunterlagen können in einem geleiteten Intensivkurs innert wenigen Tagen vermittelt werden. Der Lerneffekt wird jedoch verstärkt, wenn die Unterlagen über eine Zeitspanne von sechs bis acht Wochen erarbeitet werden. Auf diese Weise können die Teilnehmenden die Unterrichtspausen zwischen den Modulen dazu nutzen, das Gelernte direkt in ihre tägliche Arbeit einzubringen.

Anmerkungen für die Lernenden

Wir hoffen, dass Sie die Module interessant und unterhaltsam finden und dass letztlich das Studium der Schulungsunterlagen lediglich der Anfang Ihrer eigenen Reise ist. In der recovery-orientierten Praxis geht es darum, Seite an Seite mit Nutzenden der psychiatrischen Dienste in einer Art arbeiten zu können, die diese befähigt, «am Steuer ihres Lebens zu sitzen.» Wir hoffen, dass die Schulungsunterlagen Ihnen neue Erkenntnisse, Fertigkeiten und Werte vermitteln und Sie dazu ermutigen werden, in Ihrer zukünftigen Praxis neue Arten der Zusammenarbeit mit Nutzenden und deren Umfeld einzuführen.

Einige Aspekte dieses Lernprozesses mögen eine Herausforderung darstellen, weil Sie von Ihnen eine gründliche Auseinandersetzung mit der eigenen Person und Ihrer beruflichen Praxis in Vergangenheit wie Gegenwart erfordern. Es ist deshalb wichtig, dass Sie sich der Unterstützung bewusst sind, die Sie für ein optimales Lernergebnis benötigen werden. Es empfiehlt sich, eine Lerngruppe zu gründen oder mit selbstorganisiertem Lernen anzufangen. Dadurch genießen Sie nicht nur die Vorteile gegenseitiger Unterstützung, sondern erhalten auch die Chance, von den Erfahrungen anderer zu profitieren und Ihr eigenes Wissen zu teilen.

Wichtig ist, dass Sie während des Lernens Ihre eigene Arbeitsweise mit der Zielsetzung hinterfragen, Ihre erfolgversprechenden Ansätze zu verstärken und nicht förderliche Methoden ausfindig zu machen. Sollte Sie die Lektüre zu Ideen inspirieren, wie Sie Ihre Arbeitsweise in Zukunft ändern könnten, so ist am Ende jedes Moduls ein Feld für entsprechende Notizen vorgesehen, damit Sie sich über ihre Gedanken zu einem späteren Zeitpunkt mit Ihrer Vorgesetzten oder einem Mitarbeiter austauschen können.

Sie werden feststellen, dass Sie in allen Modulen, aber insbesondere in Modul 2, aufgefordert werden, über verschiedene Aspekte Ihrer Persönlichkeit und Ihrer Identität nachzudenken. Dies mag Ihnen anfangs schwer fallen, insbesondere wenn es sich für Sie dabei um eine neue Erfahrung handelt. Wir empfehlen Ihnen deshalb, sich dafür Unterstützung zu holen.

Möglicherweise werden Sie feststellen, dass Ihnen das Lernen für diesen Studiengang beim Planen Ihrer zukünftigen persönlichen Entwicklung dienlich sein wird.

Umgang mit dem Internet

Wir haben in den vorliegenden Schulungsunterlagen eine Reihe relevanter Internetseiten aufgeführt. Die Liste ist nicht vollständig, und wir möchten darauf hinweisen, dass die Herausgeber für den Inhalt dieser Internetseiten keine Verantwortung übernehmen. Die angegebenen Links wurden zum Zeitpunkt der Veröffentlichung auf ihre Richtigkeit geprüft.

Lernaktivitäten

Lernaktivitäten sind ein fester Bestandteil aller Module. Wenn Sie diese Aktivitäten selber ergänzen wollen oder den Ideenaustausch mit anderen schätzen, finden Sie hier mögliche Vorgehensweisen:

- ◆ Schliessen Sie sich einer Lerngruppe an.
- ◆ Setzen Sie sich mit Ihrer Vorgesetzten, Ihrem Linienvorgesetzten oder Ihrer Mentorin zusammen.
- ◆ Treffen Sie eine informelle Abmachung mit einem Mitarbeitenden oder einer Betroffenenvertreterin.
- ◆ Nutzen Sie Möglichkeiten zum selbstorganisierten Lernen.

Im Ideenaustausch mit anderen werden Sie feststellen, dass zwischen Ihren Hoffnungen, Bedenken und Wertvorstellungen viele Übereinstimmungen, aber auch überraschende Unterschiede bestehen. Um die Aktivitäten richtig auszuführen, ist es für einige Lernaktivitäten unerlässlich, sich in Gruppen zusammenzuschliessen.

Wir hoffen, dass Sie diese Schulungsunterlagen lehrreich finden werden und für die Möglichkeiten der recovery-orientierten psychiatrischen Gesundheitspraxis bereit sind.

Unterstützung für Lernende

Wir empfehlen Gruppendiskussionen und Gruppenarbeiten als bevorzugte Vermittlungsmethode dieser Schulungsunterlagen. Der Lernprozess wird durch den Gedankenaustausch mit anderen wesentlich gefördert.

Dies kann folgendermassen erreicht werden:

- ◆ Gründung einer Lerngruppe
- ◆ Nutzung von bestehenden Möglichkeiten wie Supervision, Teamsitzungen, Aussentagungen.

Lernunterstützung und Gelegenheiten, Themen im Rahmen einer Supervision anzuschauen, sollten, wenn immer möglich, während des ganzen Lernprozesses gegeben werden.

Die Diskussion der in den Schulungsunterlagen behandelten Themen in interdisziplinären Gruppen von Fachleuten, Ärztinnen, Nutzenden und Angehörigen wird den Lernerfolg deutlich erhöhen; dasselbe gilt für die direkte Einbeziehung von Nutzenden und Angehörigen beim Vermitteln gewisser Teile der Schulungsunterlagen und beim Leiten von Gruppen.

Die meisten Personen werden sechs bis acht Wochen für das Studium aller sechs Module benötigen (inklusive Zeit für die Reflexion und Anwendung des Gelernten am Arbeitsplatz).

Die Dozierenden und Leitenden können den Unterstützungsunterricht relativ offen gestalten und den Lernenden die Möglichkeit geben, spezifische Themen im Bezug auf Module oder ihre Lernerfahrungen einzubringen.

Lerngruppensitzungen sollten stattfinden, nachdem die Teilnehmenden das relevante Modul (oder die relevanten Module) bearbeitet haben, um so neue Erfahrungen aus der persönlichen Auseinandersetzung mit dem Thema berücksichtigen zu können.

Zusätzliche Anmerkungen für Dozierende

Um eine «Recovery praktisch»- Schulung erfolgreich zu leiten, ist von Seiten der Dozierenden ein leidenschaftliches – und spürbares – Engagement für Recovery unerlässlich. Weiterhin wird die Fähigkeit vorausgesetzt, eine sichere Lernumgebung schaffen und aufrechterhalten zu können.

Es sollte das Möglichste unternommen werden, damit sich die Teilnehmenden aufgehoben fühlen und ihre Gedanken und Gefühle frei äussern können. Das Ziel muss es sein, eine Gesprächsatmosphäre herzustellen, die es den Teilnehmenden erlaubt, ihre eigene berufliche Praxis kritisch zu reflektieren, ohne bei ihnen das Gefühl hervorzurufen, ihre Erfahrungen würden in Frage gestellt. Dazu müssen am Anfang jeder Unterrichtsstunde Grundregeln festgelegt und fortwährend überdacht werden.

Selbstoffenbarung kann in diesem Zusammenhang auch eine Herausforderung darstellen. Da es bei den Schulungsunterlagen um Selbsterfahrung geht, wird von den Teilnehmenden erwartet, dass sie sich mit ihren persönlichen Erfahrungen auseinandersetzen und diese auch mitteilen. Diese Erfahrungen müssen gesammelt und bearbeitet werden, damit sich alle Teilnehmenden sicher fühlen und anschliessend nicht bereuen, der Gruppe etwas Persönliches mitgeteilt zu haben. Dieses Prinzip gilt auch für die Dozierenden. Obwohl es nichts Kraftvolleres gibt als die Stimme der gelebten Erfahrung, sollte sich niemand anschliessend verletzt und blossgestellt fühlen.

Glossar

In den Schulungsunterlagen wird wiederholt der englische Begriff Recovery verwendet. Er wird im Deutschen am besten mit dem Ausdruck «Genesung» übersetzt und bedeutet Erholung, Besserung, Gesundung, Rettung, Rückgewinnung, Wiederfinden, wieder in die Gänge kommen, nach einer Krise im Leben wieder einen guten Platz finden. Wir verwenden hier den englischen Begriff, wie dies in der Fachliteratur üblich ist.

Das Wort Peer bedeutet «Gleichrangige/r». Damit ist die Unterstützung von Betroffenen durch Betroffene gemeint.

«Menschen, die mit besonderen Lebenslagen konfrontiert waren, sie durchlebt, durchlitten und bewältigt haben, bieten anderen Menschen in ähnlichen Situationen hilfreiche Unterstützung. Diese Form der Unterstützung wird auch als ‚Peer-Support‘ bezeichnet, was zu Deutsch etwa ‚Unterstützung durch Gleiche‘ bedeutet.» (Utschakowski et al. 2009)

Die Bezeichnungen Betroffenvertretung und Peer werden in diesen Unterlagen gleichbedeutend eingesetzt.

Statt von Patienten und Patientinnen ist in den Unterlagen in der Regel von Nutzenden der psychiatrischen Dienste die Rede. Obwohl dieser Begriff im deutschsprachigen Raum noch nicht sehr geläufig ist, haben wir uns dazu entschlossen, ihn hier zu verwenden, da er eine aktivere, selbstbestimmtere Rolle impliziert.

Der Begriff «psychisch krank» wird wegen seiner oft stigmatisierenden Wirkung wenn möglich vermieden. An seiner Stelle werden die Bezeichnungen psychische Lebensprobleme oder psychische Beeinträchtigung verwendet.

Modul 1

Recovery verstehen

Willkommen zu Modul 1

In diesem Modul werden wir uns vertieft mit Recovery auseinandersetzen. Ein besonderes Augenmerk werden wir auf die Rolle von Psychiatriefachpersonen und die Einzigartigkeit der Recovery-Reise für jeden Nutzenden oder jede Person «in Recovery» legen. Dadurch sollten Sie ein tieferes Verständnis von Recovery und davon, was dies für Psychiatriefachpersonen bedeutet, erhalten, bevor Sie die anderen Module angehen.

Lernziele

Nach dem Bearbeiten der Module sollten Sie fähig sein:

- ◆ den Hintergrund zu verstehen, der zur Entwicklung von Recovery in der psychiatrischen Praxis geführt hat;
- ◆ die für Recovery förderlichen oder hinderlichen Faktoren einzuschätzen;
- ◆ zu erkennen, dass Recovery möglich und eine zutiefst persönliche Reise ist;
- ◆ die herausgearbeiteten Schlüsselthemen in Bezug auf die recovery-orientierte Praxis zu verstehen;
- ◆ die eigenen aktuellen Praktiken kritisch zu reflektieren und einzuschätzen, inwiefern diese Recovery fördern oder hindern können.

Geschätzter Zeitaufwand für die Erarbeitung der Lernaktivitäten → 5 Stunden

Modulautorin

Allison Alexander, NES/SRN

Verantwortliche für die deutsche Fassung

Katharina Abplanalp

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung	20
2. Recovery – eine einzigartige Reise	24
3. Die Rolle von Psychiatriefachleuten bei Recovery	29
Seite an Seite sein	29
Hoffnung vermitteln	29
Über Recovery sprechen	33
Menschen und Gemeinschaften verbinden	36
4. Schlussfolgerung	39
Vom Lernen zur Praxis	40
Weiterführendes Lernen	40
Literatur	41

1. Einführung

Obwohl erwiesen ist, dass sich Menschen von psychischen Problemen erholen können, hat das Konzept «Recovery» erst in den letzten Jahren schrittweise Eingang in die Praxis im deutschsprachigen Raum gefunden. In englischsprachigen Ländern wie beispielsweise den Vereinigten Staaten oder Neuseeland ist das Konzept bereits in die Gesundheitsversorgung integriert.

In den Vereinigten Staaten wurde Recovery durch die Arbeit von Aktivistinnen der Nutzerbewegung geprägt (Chamberlin 1988; Deegan 1988). Das amerikanische Gesundheitsministerium veröffentlichte 1999 einen Bericht, wonach die US-amerikanische psychiatrische Gesetzgebung und die psychiatrischen Dienste gesamthaft auf Recovery ausgerichtet werden sollten (HHS 1999). Diese Absicht wurde 2003 durch die vom US-Präsidenten eingesetzte New Freedom Commission on Mental Health untermauert.

In Neuseeland wurden beträchtliche Anstrengungen unternommen, um Fachpersonen für die Ausübung ihres Berufs innerhalb eines recovery-orientierten psychiatrischen Gesundheitssystems zu schulen. Die psychiatrische Gesundheitskommission des Landes veröffentlichte eine Reihe von Kompetenzen, die von allen in der Psychiatrie Tätigen gefordert werden, damit sie mit den Nutzenden in einer unterstützenden Art – im Sinne von Recovery – arbeiten können.

Auch in anderen Ländern bezieht man sich in der psychiatrischen Gesundheitsversorgung zunehmend auf Recovery. Aber was genau wird unter «Recovery» im Zusammenhang mit anhaltenden psychischen Problemen verstanden?

In anderen Gesundheitsbereichen bedeutet Recovery (Genesung), nach einer Krankheit oder einem Unfall wieder in die ursprüngliche Lage zurückzufinden oder eine Rückkehr zum Normalzustand zu erlangen. Wir wissen, dass Menschen mit langanhaltenden psychischen Problemen sich in diesem Sinn erholen können. Doch Recovery bedeutet eine breiter gefasste, ganzheitlichere Auslegung des Begriffes. Diese wurde in den letzten zwanzig Jahren vorwiegend von der Nutzendenbewegung gefördert. William Anthony (1993) definiert den Begriff folgendermassen:

«Recovery ist ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess der Haltung, Werte, Gefühle, Ziele, Fertigkeiten und Rollen. Es ist ein Weg, um trotz der durch die psychische Krankheit verursachten Einschränkungen ein befriedigendes, hoffnungsvolles und konstruktives Leben zu leben. Recovery beinhaltet die Entwicklung eines neuen Sinns und einer neuen Aufgabe im Leben, während man gleichzeitig über die katastrophalen Auswirkungen von psychischer Krankheit hinauswächst.»

Recovery in diesem Sinn vermittelt also eine selbstbefähigende, hoffnungsvolle Botschaft, nach der Menschen mit anhaltenden psychischen Problemen trotz ihrer Symptome alle Möglichkeiten erhalten sollten, ein erfülltes und befriedigendes Leben zu führen. Wie die neuseeländische Mental Health Commission 1998 festhielt, geht es um viel mehr als lediglich die Abwesenheit von Symptomen:

«Recovery findet statt, wenn Menschen gut mit dem Vorhandensein oder der Abwesenheit ihrer psychiatrischen Krankheit und den vielfältigen damit einhergehenden Verlufterfahrungen wie zum Beispiel Vereinsamung, Armut, Arbeitslosigkeit und Diskriminierung leben können. Recovery bedeutet nicht immer, dass die Menschen wieder vollständig gesunden oder alle ihre Verluste ungeschehen machen können. Es bedeutet hingegen durchaus, dass die Menschen trotz diesen Verlusten gut leben können.»

Recovery ist von seiner Natur aus kompliziert. Obwohl es gemeinsame Themen und Erfahrungen gibt, ist jeder Gesundungsweg einzigartig. Wir alle haben verschiedene Interessen, Bedürfnisse, Träume, Motivationen und Wünsche; ebenso beeinflussen unser Hintergrund, unsere Kultur, unser Geschlecht, unser Alter und unsere früheren Erfahrungen unsere Recovery-Erfahrung.

Obwohl Recovery oft als eine «Reise» beschrieben wird, ist es wichtig zu betonen, dass diese nicht zwangsläufig einen Endpunkt hat. Wir neigen dazu, Recovery als eine lebenslange Reise des Wachsens und Lernens zu sehen, in der wir Erfolge feiern, gleichzeitig aber auch lernen müssen, mit Niederlagen umzugehen.

Es hat zahlreiche Bestrebungen gegeben, die Schlüsselemente von Recovery zu definieren (siehe zum Beispiel: Anthony 1993; Curtis 1997; Repper/Perkins 2003). Die folgende, nicht vollständige Liste zeigt die am häufigsten genannten Schlüsselkomponenten auf:

Hoffnung → wird allgemein als Schlüssel zu Recovery gesehen. Es gibt keine Veränderung ohne den Glauben, dass ein besseres Leben sowohl möglich als auch erreichbar ist.

Sinn und Aufgabe → Menschen finden Sinn auf sehr verschiedene Weise. Zum Beispiel ist für einige Spiritualität wichtig, während für andere starke zwischenmenschliche oder gemeinschaftliche Verbindungen Sinn stiften.

Kontrolle und Wahlmöglichkeiten → sind bei Recovery zentral. Den Menschen, welche die psychiatrischen Dienste nutzen, ist manchmal ein angemessenes Mitspracherecht in ihrer eigenen Pflege und Behandlung verwehrt. Das Vorhandensein von Massnahmen gegen den Willen der Betroffenen (Zwangsmassnahmen) unterstreicht dieses Machtgefälle zusätzlich.

Selbstmanagement-Techniken → befähigen die Nutzenden, mehr Selbstverantwortung für ihre eigene psychische Gesundheit zu übernehmen und ein Verständnis zu entwickeln für Phasen, in denen es ihnen schlechter oder besser geht.

Kreativer Umgang mit Risiken → ist gefordert, wenn Nutzende sich auf eine Recovery-Reise begeben sollen. Eine recovery-orientierte Praxis fordert von den Fachpersonen, über einen eng gefassten, an den Diensten ausgerichteten Risikobegriff hinauszudenken.

Beziehungen → sind im Leben jedes einzelnen von uns zentral, deshalb spielen Freundinnen, Partnerinnen, Familienmitglieder, Peers und Fachpersonen alle eine Rolle bei der Unterstützung von Menschen in Recovery.

Soziale Inklusion → Recovery umfasst viel mehr als die psychiatrischen Dienste. Menschen «in Recovery» müssen Zugang zu denselben Möglichkeiten, Dienstleistungen und Ressourcen haben wie alle anderen Bürgerinnen.

In diesem wie in den anderen Modulen der Schulungsunterlagen werden wir die erwähnten Elemente vertiefen, um zu bestimmen, wie Sie als Psychiatriefachperson Recovery ermöglichen können. Wir werden Sie vertraut machen mit neuen Denkmodellen hinsichtlich Ihrer Beziehungen zu Nutzenden sowie mit Techniken, die Sie entwickeln können, um zu gewährleisten, dass die von Ihnen angebotene Unterstützung auf die Menschen, die Sie begleiten, abgestimmt ist. Weiterhin werden wir Ihnen aufzeigen, was Sie zur Einbeziehung von Nutzenden über den Bereich der Psychiatrie hinaus beitragen können.

Es ist jedoch wichtig zu betonen, dass es sich bei diesen Schulungsunterlagen nicht um ein «Recovery-Modell» handelt. Der Versuch, Recovery als ein Modell einzuführen, stünde im Gegensatz zum Bedürfnis der Nutzenden, sich auf ihre eigene, einzigartige Recovery-Reise zu begeben.

Das Scottish Recovery Network (SRN) hat ein umfassendes narratives Forschungsprojekt durchgeführt, das ein besseres Verständnis der gelebten Erfahrung der schottischen Nutzenden bezüglich Recovery zum Ziel hatte. An diesem Forschungsprojekt nahmen über sechzig Menschen teil, die sich selber als «recovered» oder als «in Recovery» von psychischen Problemen bezeichnen.

Die 2007 veröffentlichte Studie Recovering Mental Health in Scotland, Report on Narrative Investigation of Mental Health Recovery (Brown/Kandirikira 2007) erläutert die Ergebnisse dieses Forschungsprojekts.

Die Studie wurde als Grundlage für die vorliegenden Schulungsunterlagen verwendet. Ein Verständnis dafür, worum es bei Recovery in der Praxis geht, können wir wirklich nur entwickeln, indem wir Menschen mit gelebter Erfahrung zuhören.

Einige der Hauptthemen der Studie sind im untenstehenden Feld hervorgehoben (Brown/Kandirikira 2007).

Identität wiedererlangen

- Selbstvertrauen
- Hoffnung und Optimismus
- Selbstakzeptanz, Verantwortung, Vertrauen und Wertschätzung
- Selbstwirksamkeit
- Selbsterfahrung
- über die «Diagnose-Etikette» hinauswachsen
- Rückgewinnung von Macht und Selbstbestimmung
- Zugehörigkeit – kulturelle, soziale und gesellschaftliche Identität
- Aktivitäten
- Spiritualität

Engagement, Sinn und eine Aufgabe finden

- geschätzt werden – etwas zurückgeben
- nützliche Rollen
- Freiwilligenarbeit, Beschäftigung und Bildung
- mehr über sich selbst und seinen Gesundheitszustand erfahren
- soziales Engagement; an der Gemeinschaft teilhaben
- Gemeinschaften und Wohnen
- Bewegung und Kreativität

Beziehungen

- Freundschaften
- unterstützende Familienbeziehungen
- intime Beziehungen: Partner und Partnerinnen
- Eltern
- Peers
- Haustiere
- Profis – ein kritischer Freund
- gegenseitiges Vertrauen und Anerkennen
- Hoffnung stiftende Beziehungen

Behandlungen und Unterstützung

- sich informiert und ermächtigt fühlen
- Kontinuität und Flexibilität
- Behandlungen und Therapien
- Sicherheit
- Peer-Unterstützung
- Beziehungen, Haltungen und Macht
- Wohnen und Unterstützung durch die Gemeinde
- finanzielle Sicherheit

Tempo der Durchführung und Wendepunkte

- Bewältigung
- Erfahrungen anderer
- die Kontrolle übernehmen
- Veränderungen im Denken und Sein
- Ihre Geschichte erzählen

Aktivität 1.1

Denken Sie über Ihre eigenen Erfahrungen beim Überwinden einer schwierigen Situation nach und vergleichen Sie diese mit anderen Mitarbeitenden. Vergleichen Sie Ihre Antworten nun mit den im vorherigen Feld angeführten Punkten.

Notieren Sie sich die Ähnlichkeiten und die Abweichungen.

→

Wir möchten betonen, dass die Studie keineswegs eine Anleitung oder einen Leitfaden für Recovery in der Psychiatrie anbietet. Wie jedes Individuum einzigartig ist, so ist auch jede Recovery-Reise einzigartig.

Die folgenden zwei gegensätzlichen Zitate zum Thema Beschäftigung verdeutlichen dies (Brown/Kandirikirira 2007):

«Ich fand meine Jobs im Allgemeinen schwierig. Ich habe immer noch Angst davor eine bezahlte Arbeit auszuführen.»

«Das gab mir ein gutes Gefühl, dass ich nicht vom Staat lebte, fort zur Arbeit ging und einen Beitrag leistete.»

Diese zwei Personen haben offensichtlich gegensätzliche Arbeitserfahrungen gemacht und sehen dadurch die Art und Weise, wie eine bezahlte Tätigkeit ihre eigene Recovery-Reise fördern oder hindern könnte, völlig unterschiedlich. Wir werden das Thema der Einzigartigkeit von Recovery in der Psychiatrie im Folgenden vertiefen.

2. Recovery – eine einzigartige Reise

In diesem Abschnitt des Moduls werden wir eingehender betrachten, wie sich der Verlauf von Recovery-Reisen je nach Person unterscheidet, und uns mit den Auswirkungen befassen, die sich dadurch für Psychiatriefachpersonen und die psychiatrischen Dienste ergeben.

Wie wir gesehen haben, kann etwas – wie im angeführten Beispiel die Arbeit – von einer Person für die Genesung als hilfreich, von einer anderen jedoch als hinderlich empfunden werden.

Aktivität 1.2

In dieser Aktivität erhalten Sie einige Informationen über drei Personen – Maria, Jayla und Jakob. Schauen Sie sich jede der Beschreibungen an und beantworten Sie die anschliessenden Fragen. Wir empfehlen, diese Aktivität ebenfalls in einem Gruppenrahmen zu diskutieren.

Wichtig für jede Person ist natürlich, ob sie sich selbst als «in Recovery» bezeichnet und ein Leben führt, das befriedigend ist, in dem sie eine Aufgabe und einen Sinn hat und sich mit der Umwelt verbunden fühlt. Diese Art von Aktivität ist auch nützlich, wenn wir selber unsere Werte und die Anschauung, die wir von einem Menschen und dessen Situation haben, hinterfragen. Auf diese Weise ist die Wahrscheinlichkeit geringer, dass wir in unserer täglichen Arbeit unsere eigenen Annahmen realen Menschen in realen Situationen aufdrängen.

Maria Huber

Maria Huber ist 69 Jahre alt und lebt seit dem Tod ihres Ehemanns vor drei Jahren in einer betreuten Wohnform. Maria war anfänglich sehr deprimiert, als ihr Ehemann starb, schien aber auf Antidepressiva anzusprechen. Sie kann sich selber waschen und anziehen, braucht jedoch Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme und scheint zeitweise verwirrt zu sein. Sie verwendet einen Rollator, wenn sie nach draussen geht.

Sie hat sich dafür entschieden, ihre Mahlzeiten im gemeinsamen Speisesaal einzunehmen, da sie die Gesellschaft von einiger der anderen Frauen schätzt. Sie verweilen oft gemeinsam im Speisesaal und spielen abends Karten. Wenn sie in ihrem Zimmer ist, hört Maria Musik und schaut gerne Seifenopern im Fernsehen.

Sie besucht dienstags eine örtliche Geschichtsgruppe im Gemeindezentrum. Marias Familie besucht sie regelmässig, und sie geniesst diese Besuche, insbesondere wenn ihre Enkelkinder kommen.

Würden Sie Maria aufgrund der erhaltenen Hintergrundinformationen als «in Recovery» bezeichnen?

→

Welche Aspekte von Marias Leben waren für Ihre Antwort ausschlaggebend?

→

Was könnte Recovery wohl für jemanden bedeuten, der über 65 Jahre alt ist?

→

Jayla Kaya

Jayla Kaya ist eine ehemalige Lehrerin, die, nachdem sie sich von ihrem Ehemann trennte und von ihrer Familie verstossen wurde, während mehr als zwei Jahren nicht mehr arbeiten konnte. Jayla lebt in einer Sozialwohnung in einer ziemlich weit vom Stadtzentrum entfernten Siedlung. Sie kennt niemanden in der Gegend. Jayla besucht oft ihren ortsansässigen Hausarzt, der sie als depressiv verstimmt betrachtet.

Jayla empfindet ihre Depression und Ängstlichkeit als sehr behindernd und scheut sich davor, ihr Zuhause zu verlassen. Sie befürchtet als Ausländerin aufzufallen, und dass sich die Kinder aus der Gegend über sie lustig machen.

Würden Sie Jayla aufgrund der erhaltenen Hintergrundinformationen als «in Recovery» bezeichnen?
Welche Aspekte von Jaylas Leben waren für Ihre Antwort ausschlaggebend?

→

Wenn Sie Jayla unterstützten, wie könnten sich Aspekte ihres kulturellen Hintergrunds auf ihre Recovery-Reise auswirken?

→

Jakob Meinert

Jakob Meinert ist Computerprogrammierer in einem internationalen IT-Unternehmen. Er arbeitet seit drei Jahren in dieser Firma. Jakob hört manchmal Stimmen, findet aber, dass die Einnahme von Medikamenten, kombiniert mit dem Besuch einer Stimmehörenden-Gruppe, ihm in der Regel einen zufriedenstellenden Umgang mit den Stimmen ermöglicht.

Vor sechs Monaten hat Jakob in einem Club einen Mann kennengelernt. Obwohl die beiden eine sehr glückliche Beziehung führen, hat Jakob seinem Partner seine Schizophrenie-Diagnose noch nicht anvertrauen können, weil er vor dessen Reaktion Angst hat.

Würden Sie Jakob aufgrund der erhaltenen Hintergrundinformationen als «in Recovery» bezeichnen?

→

Welche Aspekte von Jakobs Leben waren für Ihre Antwort ausschlaggebend?

→

Wie wirkt sich Ihrer Meinung nach das Offenbaren oder Verheimlichen der eigenen Psychiatrieerfahrung auf die Recovery-Reise einer Person aus?

→

Wie wir eingangs erwähnten, wurde diese Aktivität entwickelt, um Ihnen zu helfen, Ihre eigenen Werte und Anschauungen über Recovery im Bereich der geistigen Gesundheit zu ergründen. Wir müssen jedoch betonen, dass es nicht die Rolle der Psychiatriefachpersonen ist zu entscheiden, wer sich «in Recovery» befindet oder was Recovery für die betroffene Person bedeutet.

Professionelle hinterfragen oft die Relevanz von Recovery für ältere Menschen. Dies geschieht aus zwei möglichen Gründen: erstens aufgrund der falschen Vorstellung, dass «Recovery» im Bereich der geistigen Gesundheit mit «Recovery» von körperlichen Gesundheitsproblemen gleichzusetzen sei, und zweitens wegen der hohen Anzahl von betagten Menschen mit einer Demenzdiagnose in den psychiatrischen Diensten.

Dachten Sie im zuvor erwähnten Beispiel, dass Maria als «in Recovery» bezeichnet werden könnte? Ausgehend von den uns vorliegenden Hintergrundinformationen und unseren früheren Definitionen von Recovery, wonach es dabei um ein befriedigendes und sinnvolles Leben gehe, scheint es, dass Maria gut und gerne als «in Recovery» beschrieben werden könnte. Sie beschäftigt sich mit einer Reihe von Aktivitäten, die ihrem Leben eine Aufgabe und einen Sinn geben sollten, und sie hat eine Reihe von Menschen, mit denen sie verbunden ist.

Selbstverständlich werden nicht alle älteren Personen die gleichen Interessen und Ziele wie Maria haben, aber entscheidend ist, dass alle (altersunabhängig) gewisse Interessen und Ziele haben – vielleicht sind sie einfach ein bisschen schwieriger auszumachen. Einige der Werkzeuge, die in Modul 4 eingeführt werden, können möglicherweise in der Arbeit mit älteren Menschen nützlich sein.

Der Respekt vor der kulturellen Vielfalt ist zentral für das Anbieten von Unterstützung. Wenn wir jemanden treffen, den wir als kulturell «verschieden» von uns wahrnehmen, besteht allerdings die Gefahr, dass wir (im Bestreben «kulturell sensibilisiert» zu erscheinen) unsere eigenen Mutmassungen unser Bild dieser Person beeinflussen lassen (SCMH 2002). Zum Beispiel stellen wir oft Vermutungen an, welcher Glaubensgemeinschaft jemand Farbigen oder jemand mit Migrationshintergrund wohl angehört, in welchem Familienmodell die Person aufgewachsen ist oder welches Verhalten innerhalb der Kultur dieser Person akzeptabel ist oder nicht.

Derartige Annahmen können sich äusserst nachteilig auf die Unterstützung und die Betreuung auswirken, die Menschen angeboten werden, und ihre Recovery-Reise stark beeinflussen. Ein Beispiel dazu ist ein von der Mental Welfare Commission¹ untersuchter Einzelfall. Die Kommission kam in ihrer Untersuchung zur Betreuung von Herrn J. (eines in Indien geborenen Mannes mit Punjabi als Muttersprache) zum Schluss, dass die Betreuung, die er erhielt, schwer beeinträchtigt war, weil seine kulturellen Bedürfnisse nicht ausreichend erkannt und ihnen folglich nicht entsprochen wurde (MW 2002).

Es wäre einfach, lediglich aufgrund ihres Namens Vermutungen über Jayla Kaya anzustellen – auch Unterstellungen, die möglicherweise nicht zutreffend sind. Am besten dazu geeignet, uns zu erzählen, wie Jaylas kultureller Hintergrund ihre Recovery-Reise beeinflussen könnte, ist selbstverständlich Jayla selbst.

Eine der interessanten Aspekte der Beschreibung von Jaylas Situation war die Diskrepanz zwischen der Sichtweise ihres Hausarztes (sie sei «depressiv verstimmt») und ihrer eigenen Einschätzung ihrer Situation (ihre Depression und Ängstlichkeit seien sehr behindernd). Wenn Sie Jayla begleiteten, welche Perspektive wäre Ihnen wichtiger?

In einer personenzentrierten, auf Recovery ausgerichteten Arbeitsweise würde Jaylas Perspektive die Arbeit prägen, die sie zusammen verrichten. So wie die Dienste heute ausgelegt sind, ist es jedoch unwahrscheinlich, dass Jayla Zugang zu der Unterstützung erhalten würde, die sie für sich als nötig erachtet, wenn ihr Hausarzt sie als «depressiv verstimmt» einstuft.

Jakob hingegen könnte höchstwahrscheinlich nur schon aufgrund seiner Diagnose eines «schweren und andauernden» psychischen Problems (Schizophrenie) leichter an Unterstützung gelangen. Wenn Sie jedoch noch einmal die Beschreibungen von Jayla und Jakob lesen, wer von den beiden scheint dann das befriedigendere Leben zu führen?

¹ Die Mental Welfare Commission for Scotland wurde auf der Grundlage des Mental Health Act (Scotland) 1960 eingerichtet. Sie übt als oberste schottische Behörde einem deutschen Ministerium vergleichbar Schutzfunktionen für Personen aus, die dies aufgrund geistiger Beeinträchtigungen selbst nicht tun können; vgl.: Stair Memorial Encyclopaedia, Bd. 14, «Mental Health», Anm. 1406-1409.

Jakob verwendet eine Mischung von traditioneller psychiatrischer Behandlung (Medikation) und Selbstmanagement-Technik (die Stimmenhörenden-Gruppe), um seine geistige Gesundheit zu erhalten (Wir werden uns in Modul 3 vertieft mit Selbstmanagement-Techniken befassen).

Jakobs Dilemma, ob er seinen psychiatrischen Gesundheitszustand offenbaren soll oder nicht, ist interessant. Im Allgemeinen verbinden wir «Offenlegung von psychiatrischen Diagnosen» mit Stellenbewerbungen (vertieft in Modul 6), bei denen es rechtliche Verpflichtungen und Ansprüche zu beachten gibt. Man kann Jakobs Entscheidung, sich nicht zu offenbaren, aus verschiedenen Blickwinkeln betrachten. Zunächst könnte davon ausgegangen werden, dass Jakob eine Identität jenseits seiner Rolle als Nutzer von psychiatrischen Diensten entwickelt, und dies ist bekanntlich für Recovery wichtig. In einer Studie drückte es eine der Personen folgendermassen aus (Brown/Kandirikira 2007):

«Es hat was für sich, in meinem Leben auch andere Dinge zu haben – fern von meinen psychischen Problemen, fern von den Helfenden, davon wegzukommen und tatsächlich einen anderen Kurs einzuschlagen.»

Gemäss einer anderen Betrachtungsweise schämt sich Jakob in gewisser Hinsicht für seine Schizophrenie-Diagnose, oder er sorgt sich angesichts des Stigmas und der Diskriminierung, mit denen Menschen mit psychischen Problemen konfrontiert sind, wie sein Partner darauf reagieren könnte. In der gleichen Studie drückte es eine Person folgendermassen aus:

«Erst wenn du Stigma erlebt hast, begreifst du seine Auswirkungen und wie diskriminiert, wie schlecht und wie schuldig du dich für dein psychisches Problem fühlst. Als anders betrachtet zu werden, fühlt sich nicht gut an.»

Andere mögen Jakobs Entscheidung, sich seinem Partner gegenüber nicht zu offenbaren, als eine Verleugnung eines wichtigen Teils seiner Identität sehen. Für einige Menschen kommt das Offenbaren ihres psychischen Gesundheitszustands einer Rückbesinnung auf ihre Identität gleich. Auf dem Weg ihrer Recovery-Reise ist dies vergleichbar mit einem politischen wie persönlichen Akt:

«Wir müssen uns öffentlich zu unserem psychischen Anderssein bekennen (diejenigen von uns, die das wollen und können). Wir müssen aufstehen und sagen, ja, ich bin manisch und schäme mich dafür nicht.»

Die Diskussion über das Thema der Selbstoffenbarung ist ein eindrückliches Beispiel für die vielen verschiedenen Blickwinkel, aus denen man einen Sachverhalt betrachten kann. Wie es verschiedene Sichtweisen über diesen einzelnen Aspekt eines Lebens eines Individuums gibt, so gibt es auch vielfältige Arten, wie man «in Recovery» sein kann. Die Beschreibungen von Maria, Jayla und Jakob sollten verdeutlichen, dass Recovery dem Individuum gehört, und so wie keine zwei Individuen gleich sind, werden sich auch zwei Recovery-Reisen nie völlig entsprechen.

Im folgenden Abschnitt dieses Moduls und in den weiteren Modulen befassen wir uns mit der Rolle der Psychiatriefachleute und dem Beitrag, den Sie zu den Recovery-Reisen von Menschen leisten können.

3. Die Rolle von Psychiatriefachleuten bei Recovery

In diesem Abschnitt wird zunächst untersucht, wie die Rolle von Psychiatriefachleuten bei Recovery von traditionelleren Modellen der psychiatrischen Gesundheitspraxis abweicht. Die oft defizitorientierten Modelle streben Ergebnisse an, die auf den Erhalt der Nutzenden in einer «stabilen» Situation ihrer «psychischen Erkrankung» fokussieren. Solche traditionellen Modelle betonen weniger die Person als Ganzes und verfehlen es dadurch, sich die Ressourcen, Hoffnungen und Ziele, über welche die Person verfügen könnte, zunutze zu machen:

*«Wenn Recovery eine Reise ist, dann besteht die Rolle der Psychiatriefachleute darin, während dieser Reise eine gewisse Führung und Orientierung anzubieten, ohne den Nutzenden, die sie begleiten, die Kontrolle zu entziehen.»
(NES/SRN 2007)*

Seite an Seite sein

Durch die verstärkte Betonung darauf, wie die Nutzenden ihre eigene Recovery-Reise gestalten können, befürchten Psychiatriefachleute möglicherweise, sie könnten an Einfluss verlieren. Dies ist jedoch nicht der Fall, auch wenn die auf Recovery ausgerichtete Praxis einen Rollenwechsel erfordert.

In der Vergangenheit wurde die Tätigkeit von Psychiatriefachpersonen als ein «Tun für» Menschen, die Dienste nutzen, gesehen. Eine recovery-orientierte Versorgung legt jedoch Wert auf ein «Tun mit» den Menschen, die Dienste nutzen.

Die Herausforderung in der recovery-orientierten Praxis liegt darin, «Seite an Seite zu sein», während die Nutzenden bei der Gestaltung ihrer eigenen Recovery-Reise die Führung übernehmen. Die Rolle der Fachperson verändert sich dadurch; sie wird zu einer «Begleitperson», einer «Ressourcenperson», die den Nutzenden Informationen und Unterstützung anbieten kann und sie – im Bewusstsein, dass dies zeitweise schwieriger sein mag – befähigt, ihre eigenen Ziele zu erkennen und die zur Erreichung nötigen Schritte zu unternehmen.

Der Begriff «Seite an Seite sein» kann im Widerspruch zu unseren menschlichen und professionellen Instinkten zu «helfen» oder «Probleme zu lösen» stehen. Dies gilt besonders dann, wenn jemand seelisches Leid erfährt. Von dieser aktiveren Rolle einen Schritt zurück zu treten, setzt Fertigkeit und Geduld voraus und verlangt von uns, Vertrauen in und Respekt für die Nutzenden zu haben, mit denen wir zusammenarbeiten. Nur wenn wir diesen Glauben an die Menschen, mit denen wir zusammenarbeiten, tatsächlich haben, können diese selbst wiederum Zuversicht in ihre eigenen Fähigkeiten entwickeln, die Zuversicht also, die Situationen zu bewältigen, in denen sie sich befinden.

Beim Durcharbeiten der anderen Module sollten Sie immer besser spüren und verstehen, was es bedeutet, «Seite an Seite zu sein» und über Wissen, Fertigkeiten und Ressourcen zu verfügen, mit denen Sie neue, recovery-orientierte Beziehungen entwickeln können.

Hoffnung vermitteln

In den Berichten über Recovery wird die zentrale Bedeutung der Hoffnung betont. Die Nutzenden und ihre Freunde, Familienmitglieder, Angehörigen und Psychiatriefachleute müssen erstens an eine Zukunft glauben und zweitens an das Potential dieser Zukunft, positiver und erstrebenswerter zu sein. Paul Brand stellt in seiner Recovery-Geschichte fest:

*«Wenn du eine Aufgabe hast, dann hast du Hoffnung. Licht am Ende des Tunnels.
Es gibt immer Hoffnung, wenn du genau genug hinschaust.»*

Dies kann jedoch eine Herausforderung für alle Beteiligten sein, speziell in Zeiten von grossem seelischen Leid.

Hoffnung als Konzept ist nur schwer definierbar. Wir formulieren unsere Hoffnungen für die Zukunft selten genauer als anhand oberflächlicher Aussagen wie: «Ich hoffe, dass ich im Zahlenlotto gewinne.» Und doch ist Hoffnung zentral für uns alle, nicht nur in Bezug auf die wichtigen Entscheidungen wie beispielsweise der Wahl eines Lebenspartners (von dem wir hoffen, dass er uns immer – oder jedenfalls meistens – glücklich macht), sondern auch hinsichtlich der kleineren Entscheidungen, die wir tagtäglich treffen, wie jeden Tag aufstehen in der Hoffnung, dass wir einen produktiven, angenehmen Tag haben werden. Aber für viele Menschen, welche die psychiatrischen Dienste nutzen, ist dies nicht der Fall.

Erstellen Sie eine Liste mit Gründen, weshalb Psychiatrieerfahrene die Hoffnung verloren haben können.

→

Welche Möglichkeiten und Hindernisse bestehen in Ihrer eigenen Praxis, um diese Gründe mit den Betroffenen zu erforschen?

→

Welchen Einfluss hat die Arbeit mit Betroffenen, die die Hoffnung verloren haben, auf Sie?

→

Aktivität 1.3

Für Repper und Perkins (2003) zeichnen sich Hoffnung fördernde Beziehungen durch folgende Punkte aus:

- ◆ die Person um ihrer selbst willen wertschätzen
- ◆ an den Wert der Person glauben
- ◆ Fertigkeiten, Fähigkeiten und Möglichkeiten der Person erkennen und bezüglich deren Entfaltung zuversichtlich sein
- ◆ zuhören und das Gesagte berücksichtigen
- ◆ an die Authentizität der Erlebnisse der Person glauben
- ◆ persönliche Erfahrungen akzeptieren und sich aktiv mit ihnen auseinandersetzen
- ◆ Unsicherheit hinsichtlich der Zukunft tolerieren
- ◆ Probleme und Rückschläge als Teil des Recovery Prozesses betrachten und die Betroffenen dabei unterstützen, von diesen Erfahrungen zu lernen und darauf aufzubauen

Es kann unglaublich kräftezehrend und mit Stress verbunden sein, in einer Umgebung zu arbeiten, in denen die Menschen (sei es die Fachpersonen oder die Nutzenden) ohne Hoffnung sind. Manchmal werden Sie sich daran erinnern müssen, warum Sie sich ursprünglich für diese Arbeit entschieden haben. Die Unterstützung von Ihren Mitarbeitenden und Ihren Vorgesetzten ist ebenfalls sehr wichtig.

In Modul 2 werden Sie die Gelegenheit haben, genauer darüber nachzudenken, wie Sie mit den Menschen auf eine Art zusammenarbeiten können, die Hoffnung weckt und fördert. Ausserdem werden Sie Gelegenheit haben, die möglichen Auswirkungen zu überdenken, die eine Zusammenarbeit mit hoffnungslosen Menschen hervorrufen könnte.

Aktivität 1.4

Daniel ist ein 36-jähriger Mann, der vor sechs Wochen gegen seinen Willen auf eine Akutabteilung eingewiesen wurde. Daniel war zuvor erwerbslos und verbrachte die meiste Zeit damit, mit seinen Freunden im örtlichen Pub Poolbillard zu spielen. Seit seiner Einweisung hat er keinen Kontakt mehr zu seinen Freunden aufgenommen. Er will damit verhindern, dass diese von seinen psychischen Gesundheitsproblemen erfahren.

Daniel verbringt die meiste Zeit auf der Abteilung vor dem Fernseher. Obwohl er die Abteilung jeweils für kurze Zeit verlassen darf, tut er dies nur selten. Falls er es dennoch tut, besucht er nur eben den Klinikladen. Der Ergotherapeut hat ihn kontaktiert und ihm Informationen über die Angebote gegeben, bei denen er mitmachen könnte. Daniel hat ihm aber gesagt, dass er daran kein Interesse habe. Alles was er wolle, sei nach Hause zu gehen und nichts mehr mit den psychiatrischen Diensten zu tun zu haben. Daniel ist nur von seiner älteren Schwester besucht worden, und auch sie hat nur zweimal kommen können, weil sie in einer anderen Stadt lebt.

Wenn Sie in einer Gruppe von Fachpersonen wären, die Daniel unterstützen, wie könnten Sie mit ihm in einer Hoffnung stiftenden Art in Beziehung treten?

→

Wie würde sich Daniels Zwangsunterbringung auf Ihre Vorgehensweise auswirken?

→

Obwohl Daniel sich in einer ziemlich hoffnungslosen Verfassung zu befinden scheint, hat er einen Wunsch, auf dem man aufbauen und mit dem man arbeiten könnte, nämlich sein Wunsch, die Klinik zu verlassen. Dies legt nahe, dass Daniel eine Vorstellung der Zukunft hat. Möglicherweise könnte man dieses Thema aufgreifen und Daniel auffordern zu benennen, was er seiner Meinung nach tun muss, um aus der Klinik entlassen zu werden. Dadurch könnte Hoffnung geweckt werden.

Im Allgemeinen ist eine recovery-orientierte Arbeit mit von Zwangsmassnahmen betroffenen Menschen schwierig und komplex, insbesondere im geschlossenen Rahmen. Die meisten Recovery-Berichte betonen, wie wichtig es sei, dass die Nutzenden die Kontrolle haben und dabei auch selbst die Verantwortung für ihre psychische Gesundheit und ihr Wohlbefinden übernehmen. Es mag deshalb widersprüchlich klingen zu sagen, dass Recovery in allen psychiatrischen Umgebungen möglich sei. Dies trifft aber in der Tat zu!

Von Zwangsmassnahmen betroffene Personen sollten dennoch:

- ◆ in Entscheidungen über ihre Pflege und Behandlung einbezogen werden;
- ◆ in ihren Hoffnungen und Zielen angehört und respektiert werden;
- ◆ in einigen Aspekten ihres Lebens die Kontrolle behalten können, wenn auch innerhalb der Begrenzungen der Umgebungen, in denen sie sich befinden.

Ein wichtiger Ausgangspunkt nach einer Zwangseinweisung in die Psychiatrie könnte ein Gespräch mit der betroffenen Person darüber sein, wie sich der auf sie ausgeübte Zwang für sie selbst anfühlt. Betonen Sie dabei auch stets die Bereiche, in denen es immer noch Wahlmöglichkeiten gibt. Hinweise auf andere Menschen, die in vergleichbaren Situationen steckten und denen es gelang, sich davon zu erholen, können auch Hoffnung stiftend wirken. Diese Art von Hoffnung kann durch die Anwesenheit von Betroffenenvertretenden, respektive Peers, gefördert werden (Wir befassen uns in Modul 3 näher mit der Betroffenenvertretungsrolle).

Sie werden in den folgenden Modulen noch mehrfach die Gelegenheit haben, über das Konzept «Hoffnung», seine zentrale Bedeutung für Recovery und wie Sie mit ihrer Arbeitsweise Hoffnung stiftende Beziehungen entwickeln können, nachzudenken.

Über Recovery sprechen

Die Sprache, die wir zur gemeinsamen Kommunikation verwenden, ist unglaublich wichtig. Selten nehmen wir uns aber die Zeit, um zu hinterfragen, welche Wirkung die von uns verwendeten Worte auf unsere Umgebung haben können. Unsere Ausdrucksweise und Wortwahl vermitteln der Welt und den Menschen, mit denen wir uns umgeben, unsere Überzeugungen und Werte.

Im Folgenden wollen wir vertieft anschauen, welche Wirkung die von uns verwendete Sprache haben kann. Konkret wollen wir ermitteln, inwiefern unsere Sprache Menschen in Recovery fördern oder behindern kann.

Stellen Sie sich vor, das jährliche Mitarbeitenden-Gespräch mit Ihrem direkten Vorgesetzten hat soeben stattgefunden. Im Lauf der Besprechung hat er Ihnen unter anderem folgende Rückmeldungen gegeben:

1. Sie haben eine hervorragende Begabung im Verfassen von Berichten.
2. Sie sind sehr aufmerksam.
3. Sie könnten sich noch intensiver um gute Beziehungen zu ihren Mitarbeitenden bemühen.
4. Sie setzen Ihre Entschlusskraft gut ein.

Wenn Sie diese Rückmeldungen erhalten hätten, an welche der Aussagen würden Sie sich später wohl am besten erinnern?

Höchstwahrscheinlich würden Sie sich an die dritte Aussage erinnern. Wir neigen alle dazu, uns besser an negative als an positive Rückmeldungen zu erinnern. Dies gilt insbesondere, wenn die Person, die uns die Rückmeldung gibt, eine Autoritätsperson ist oder wir sie bewundern und ihr gefallen wollen.

Die Nutzenden der psychiatrischen Dienste sind keineswegs anders. Wenn überhaupt, dann erinnern sie sich sogar noch eher an Kritik oder negative Botschaften, weil sie höchstwahrscheinlich bereits ein negatives Selbstbild und ein geringes Selbstwertgefühl haben. Den Informationen, Auskünften und Rückmeldungen von Psychiatriefachpersonen wird deshalb seitens der Nutzenden und ihren Freunden und Familien meist viel Beachtung geschenkt.

In psychiatrischen Umgebungen können negative Botschaften manchmal unabsichtlich vermittelt werden. Nehmen wir beispielsweise den folgenden Satz: «Wir haben hier immer ein Bett für Sie.» Zwar kann es sich dabei um eine positive und ermunternde Aussage handeln, der zufolge für die betreffende Person auch bei künftigen Schwierigkeiten jederzeit Unterstützung vorhanden sei. Andererseits kann der Satz dieser Person aber auch signalisieren, dass es unwahrscheinlich sei, dass sie sich von ihren Problemen erhole und dass sie früher oder später wieder zurück in die Klinik kommen werde.

Aktivität 1.5

Denken Sie über das erwähnte Beispiel nach und darüber, wie Botschaften allgemein interpretiert werden könnten. Überlegen Sie sich nun, inwiefern Sie in ihrem Kontakt mit den Nutzenden hoffnungsvolle Botschaften vermitteln (oder vermitteln könnten). Dazu gehört nicht nur, was Sie sagen, sondern auch das Umfeld, in dem Sie etwas sagen. Legen Sie nun das Augenmerk auf die Botschaften, die Sie und die Dienste, in denen Sie arbeiten, beim ersten Kontakt aussenden (Wir wissen alle, wie wichtig der erste Eindruck ist!).

→

In Aktivität 1.4 wurden Sie aufgefordert, einerseits Ihre Art der Kommunikation als Einzelperson und andererseits die Art der Kommunikation Ihrer psychiatrischen Dienste zu überdenken. Denn nicht alle Botschaften, die wir erhalten, sind verbaler Natur. Viele Aspekte des Umfelds, in dem wir uns bewegen, können auch Botschaften vermitteln:

- ◆ Wenn sich der Empfang hinter einer Glasscheibe befindet, könnte dies suggerieren, dass das Empfangspersonal vor der Öffentlichkeit geschützt werden muss.
- ◆ Wenn Toiletten mit «Personal» und «Patientinnen» angeschrieben sind, betont dies eine bestehende Trennung zwischen «ihnen» und «uns».
- ◆ Schilder, auf denen steht, dass Gewalt gegen das Personal nicht toleriert werde, deuten zum einen an, dass bei den Nutzenden generell ein höheres Gewaltpotential vorhanden sei, zum anderen aber auch, dass sie weniger wichtige Gewaltopfer seien als das Personal.

Es muss deshalb nicht nur darauf geachtet werden, dass auf verbaler Ebene positive Botschaften vermittelt werden, sondern unser gesamtes Arbeitsumfeld muss im Auge behalten werden. Psychiatrische Dienste sollten einladend wirken und eine Hoffnung stiftende Atmosphäre vermitteln; sie sollten eine Umgebung schaffen, in der sich die Menschen wertgeschätzt fühlen.

Aktivität 1.6

Bei der Arbeit auf der Akutstation hören Sie einen Kollegen zu Judith sagen, sie solle sich nun, da sie psychische Probleme habe, realistische Ziele stecken. An die Uni zurück zu gehen, sei nicht wirklich ein realistisches Ziel.

Wie könnte sich diese Interaktion auf Judiths Recovery-Reise auswirken?

→

Wie könnten Sie eine solche pessimistische Haltung eines Kollegen an Ihrem Arbeitsplatz ansprechen?

→

Das Wort «realistisch» wird oft dann benutzt, wenn wir der Meinung sind, dass Erwartungen etwas heruntergeschraubt werden sollten. Wenn wir aber nur «realistische» Dinge täten, würde diese Welt ganz anders aussehen. Als Mahatma Gandhi die Befreiung Indiens von den Kolonialherren mit explizit friedlichen Mitteln vorantreiben wollte, dachten viele, er sei verrückt. Die Überzeugung, dass sich diese ohne Gewaltanwendung nicht vertreiben liessen, war weit verbreitet. Im gleichen Sinne erzählen uns Menschen mit langjähriger Psychiatrieerfahrung oftmals, dass sie Dinge erreicht haben, von denen weder sie selber noch die sie umgebenden Menschen jemals geglaubt hatten, dass sie möglich seien.

Konnten Sie beim Bearbeiten der vorangegangenen Aktivität direkt mit Ihrem Kollegen über die Botschaft sprechen, die er Judith vermittelt hat? Es kann uns schwerfallen, unsere Kollegen direkt zu konfrontieren, vor allem dann, wenn wir auf einer schwierigen, von Pessimismus geprägten Abteilung arbeiten. In der Regel ist daher eine etwas diplomatischere Herangehensweise ratsam. Dies könnte zum Beispiel folgendermassen geschehen:

- ◆ Sie könnten sich an Ihren Supervisor wenden.
- ◆ Sie könnten sich einige Fachartikel zum Thema verschaffen und diese an die Kollegen verteilen.
- ◆ Sie könnten in einer Gruppe über den Zusammenhang zwischen Hoffnung stiftenden Botschaften und Recovery sprechen.
- ◆ Sie könnten Menschen in Recovery einladen, Ihren Arbeitsplatz zu besuchen und mit dem Personal über ihr Recovery zu sprechen.
- ◆ Sie könnten Kontakte zu Gemeindezentren knüpfen, die Menschen in den Bereichen Bildung und Arbeit unterstützen.

Aktivität 1.7

Später am selben Tag kommt Judith zu Ihnen und möchte mit Ihnen sprechen. Sie ist sehr aufgebracht und erzählt, dass sie einen schrecklichen Tag gehabt habe. Ihr sei gesagt worden, sie könne nicht zurück an die Uni gehen. Dann habe ihr eine andere Nutzende auch noch gesagt, sie könnte vielleicht zurück an die Uni, wenn sie sich in Recovery befände. Judith ärgert sich nun über die Frau, die offensichtlich annahm, Judith sei Alkoholikerin – wieso sonst hätte sie etwas von «Recovery» gesagt?

Wie würden Sie unter diesen Umständen beginnen, mit Judith über Recovery im Zusammenhang mit psychischen Problemen zu sprechen? Welche Schlüsselbotschaften würden Sie vermitteln wollen?

→

In diesem Beispiel basiert Judiths Ärger auf einem Missverständnis. Man muss jedoch beachten und respektieren, dass nicht alle Nutzenden sich mit dem Begriff «Recovery» anfreunden können und Bedenken haben mögen, was dies für sie und die Unterstützung, die sie erhalten, bedeuten könnte.

Zu den generellen Bedenken bezüglich Recovery gehören die Angst vor dem Entzug von Unterstützungs- oder Hilfeleistungen, eventuelle Auswirkungen auf den Anspruch auf Sozialhilfeleistungen sowie die Furcht davor, grundsätzlich zu scheitern.

Es ist daher von enormer Bedeutung, dass Psychiatriedienste und Profis den Menschen das Konzept «Recovery» nicht aufdrängen. Sie sollten vielmehr so arbeiten, dass die Nutzenden ihre eigenen Fähigkeiten und Interessen entwickeln, wieder Hoffnung schöpfen und ihr eigenes Leben in die Hand nehmen können. Dies soll in einer der jeweiligen Person angepassten Form geschehen.

Menschen und Gemeinschaften verbinden

In einer Aktivität wurde darauf aufmerksam gemacht, wie wichtig es ist, dass das Personal auf Akutabteilungen Kontakte zu gemeindenahen Angeboten knüpft, um einen Überblick zu erhalten, welche Art von Unterstützung angeboten wird. Recovery-orientierte Profis sollten für die Nutzenden eine Quelle von Informationen vorhandener Ressourcen sein.

Aktivität 1.8

Mara ist fünfundfünfzig und erst kürzlich in die Gegend gezogen. Zuvor lebte sie mit ihrem Partner in einer anderen Stadt. Als die Beziehung auseinander ging, zog sie um. Sie hat keine Freunde oder Familie hier. Sie hatte schon früher manchmal Depressionen und beanspruchte vor einigen Jahren auch die psychiatrischen Dienste.

Seit ihrem Umzug ist sie schon einige Male beim Arzt gewesen und verzweifelt zusehends. Ihr Arzt befürchtet, dass sich Mara etwas antun könnte und hat sie daher an eine lokale Anlaufstelle für Menschen mit psychischen Problemen überwiesen.

Zu diesem Betreuungsteam gehören auch Sie. Sie haben Mara soeben besucht. Sie hat einige Dinge benennen können, die sie früher gerne getan hat und die sie wieder tun möchte. Sie weiss jedoch nicht, wie oder wo sie in der jetzigen Gegend den Zugang dazu findet. Zu den Dingen, die sie gerne tun möchte, gehören:

- ◆ eine Bibliothek besuchen;
- ◆ Spielnachmittage besuchen (sie geht abends nicht gerne aus, da sie sich nicht gerne allein in der Dunkelheit aufhält);
- ◆ Tanzunterricht nehmen.

Einige der von ihr genannten Aktivitäten mögen einfach zu finden sein (etwa indem Sie im Telefonbuch nach Bibliotheken oder eventuell einer Tanzschule suchen). Da Sie schon länger in der Gegend tätig sind, wissen Sie vielleicht, an welchen Orten Spielnachmittage oder Tanzstunden durchgeführt werden, auch wenn letztere jeweils am Abend stattfinden und dies für Mara schwierig sein könnte.

Wie würden Sie gemeinsam mit Mara nach Orten suchen, wo diese Aktivitäten stattfinden?

→

Welche Informationen und Hilfe benötigt Mara Ihrer Ansicht nach, um an diesen Aktivitäten teilzunehmen?

→

Nehmen wir an, Sie haben die nötigen Angaben gefunden (Name, Adresse, Telefonnummer, Tage und Öffnungszeiten). Glauben Sie, dass Mara mit diesen Informationen nun den Zugang findet? Wenn Sie diese Informationen hätten, würden Sie sich in der Lage fühlen, hinzugehen und an den Aktivitäten teilzunehmen?

Es kann für jedermann schwierig sein, neue Orte aufzusuchen und an Aktivitäten teilzunehmen, wo man niemanden kennt. Noch schwieriger ist es, wenn man sich niedergeschlagen fühlt, ängstlich ist oder denkt, die Leute dort könnten vielleicht merken, dass man psychische Probleme hat. Sie sollten sich daher mit Mara zusammen setzen, die Informationen zusammen durchgehen und ihr Zeit geben, die Unterstützung zu benennen, die sie ihrer Ansicht nach benötigt, um die verschiedenen Orte aufzusuchen. Vielleicht könnten Sie auch zusätzliche Angaben über lokale Anlaufstellen finden, an denen soziale Kontakte geknüpft werden können, wenn sie denkt, dass ihr das helfen könnte.

In Modul 6 können Sie sich noch eingehender mit der Rolle befassen, die Ihnen zukommt, wenn es darum geht, Menschen zu befähigen, sich mit Gemeinschaften zu verbinden.

4. Schlussfolgerung

Ziel dieses Moduls war es, Ihr Verständnis für Recovery in der psychiatrischen Versorgung zu entwickeln, die Faktoren auszumachen, die Recovery bei psychischen Probleme fördern oder aber behindern können, sowie den Beitrag zu definieren, den Sie als Psychiatriefachperson dazu leisten können. Im Verlauf des Moduls betonten wir folgende Punkte:

- ◆ Recovery ist als Reise zu betrachten, die nicht über einen bestimmten Endpunkt verfügt (der Weg ist das Ziel).
- ◆ Verschiedene Menschen haben verschiedene Vorstellungen von Recovery.
- ◆ Es gibt keinen richtigen oder falschen Weg für Recovery.
- ◆ Psychiatriefachpersonen müssen die Menschen begleiten, mit denen sie arbeiten.
- ◆ Die Hoffnung ist dabei zentral. Wir alle haben die Aufgabe sicherzustellen, dass wir positive und optimistische Botschaften aussenden.
- ◆ Recovery ist für alle wichtig, ungeachtet des Dienstes, in dem man sich befindet, oder des gesetzlichen Status, über den man verfügt.
- ◆ Recovery umfasst mehr als die psychiatrischen Dienste an sich. Ein erfülltes und zufriedenes Leben zu führen, geht zwangsläufig über das Angebot der Psychiatrie hinaus.

Wir haben in diesem Modul einige Beispiele der Art von Verbindungen kennengelernt, welche die Menschen brauchen, um ihrem Leben einen Sinn zu geben.

An dieser Stelle möchten wir Sie darauf aufmerksam machen, wie wichtig es ist, bei den Hilfestellungen, die Sie Betroffenen anbieten, die Verschiedenheit der Erfahrungen von Gruppen zu berücksichtigen. Auch müssen dabei die Auswirkungen, die Diskriminierung und soziale Exklusion haben können, mit einbezogen werden. Wenn dies nicht erfolgt, kann dies den Recovery-Prozess beeinträchtigen.

Sie werden weitere Gelegenheiten erhalten, Ihr Wissen und Ihre Fähigkeiten bezüglich Recovery zu vertiefen, wenn Sie die anderen Module bearbeiten. Dabei und auch später, wenn Sie anfangen, das Gelernte in die Praxis umzusetzen, sollten Sie dies stets mit einer Hoffnung stiftenden Haltung und Optimismus angehen.

Es kann schwierig sein, die Arbeitsweise zu ändern. Gerade mit Menschen, die über eine langjährige Psychiatrieerfahrung verfügen, kann es eine Herausforderung darstellen, seine Arbeit recovery-orientiert zu gestalten. Ebenso kann es für Sie schwierig sein, die Praktiken und Prozesse in Ihrem Umfeld umzusetzen.

Lassen Sie sich dabei von Menschen inspirieren, die eine weit grössere Herausforderung angenommen haben, als sie sich auf den Weg machten, ihre Recovery-Reise anzutreten.

Vom Lernen zur Praxis

Bevor Sie zum nächsten Modul übergehen, nehmen Sie sich die Zeit, um das in diesem Modul Gelernte zu rekapitulieren. Einige Dinge mögen Ihnen Mut machen. Denken sie darüber nach, inwiefern Ihre jetzige Arbeitsweise dem hier bearbeiteten Thema entspricht.

Einiges davon wird neu für Sie sein oder Ihnen schwerfallen. Notieren Sie sich, wie Sie Ihre Arbeit nach Abschluss des Moduls anpassen möchten.

→

Weiterführendes Lernen

– Auf der Website des Scottish Recovery Network finden Sie eine Auswahl von Quellen zu diesem oder anderen Modulen. Für dieses Modul wollen Sie sich vielleicht die Rubrik «Stories» sowie den Forschungsbericht anschauen:
www.scottishrecovery.net

– NHS Health Scotland
'Are You Really Listening?' Stories about Stigma, Discrimination and Resilience towards Mental health Problems among Black and Minority Ethnic Communities in Scotland
Edinburgh 2008
www.healthscotland.com

– M. Amering, M. Schmolke
Recovery – Das Ende der Unheilbarkeit
5. überarbeitete Auflage
Bonn 2012

– Arnhild Lauveng
Morgen bin ich ein Löwe: Wie ich die Schizophrenie besiegte
München 2005

Literatur

- W. A. Anthony
«Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s», in:
Psychiatric Rehabilitation Journal
Nr. 16 (4) (1993), S. 11–23
- W. Brown, N. Kandirikirira
Recovering Mental Health in Scotland.
Report on Narrative Investigation of Mental Health Recovery
Glasgow 2007
www.scottishrecovery.net/content/mediaassets/doc/Methods.pdf
- J. Chamberlin
On Our Own
London 1988
- L. Curtis
New Directions: International Overview of Best Practices in Recovery and Rehabilitation Services for People with Serious Mental Illness
A Discussion Paper, Diskussionspapier für die Mental Health Commission (NZ)
Wellington 1997
www.mhc.govt.nz/publications/new-directions-international-overview-best-practices-recovery-and-rehabilitation-servic
- P. Deegan
«Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation», in:
Psychiatric Rehabilitation Journal
Nr. 11 (1988), S. 11–19
- Mental Health Commission
Blueprint for Mental Health Services in New Zealand
How Things Need to Be
Wellington 1998
www.mhc.govt.nz/node/80
- Mental Health Commission
Recovery Competencies for New Zealand Mental Health Workers
Wellington 2001
www.mhc.govt.nz/publications/recovery-competencies-new-zealand-mental-health-workers
- Mental Welfare Commission for Scotland (MW)
Inquiry Into the Care and Treatment of Mr J
Edinburgh 2002
www.mwscot.org.uk/web/FILES/mrjsummary.pdf
Die Mental Welfare Commission for Scotland wurde auf der Grundlage des Mental Health Act (Scotland) 1960 eingerichtet. Sie übt als oberste schottische Behörde einem deutschen Ministerium vergleichbar Schutzfunktionen für Personen aus, die dies aufgrund geistiger Beeinträchtigungen selbst nicht tun können (vgl.: Stair Memorial Encyclopaedia, Bd. 14 «Mental Health», Anm. 1406-1409).
- NHS Education for Scotland /
Scottish Recovery Network (NES/SRN)
Realising Recovery: a National Framework for Learning and Training in Recovery Focused Practice
Edinburgh 2007
www.nes.scot.nhs.uk/media/376471/realising_recovery_framework_document_final.pdf.pdf
- President's New Freedom Commission on Mental Health
Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America.
Final Report
Rockville (MD) 2003
<http://store.samhsa.gov/product/Achieving-the-Promise-Transforming-Mental-Health-Care-in-America-Executive-Summary/SMA03-3831>
- J. Repper, R. Perkins
Social Inclusion and Recovery. A Model for Mental Health Practice
London 2003
- The Sainsbury Centre for Mental Health (SCMH)
Breaking the Circles of Fear. A review of the relationship between Mental Health Services and African and Caribbean Communities
London 2002
www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Breaking_the_Circles_of_Fear.pdf
- US Department of Health and Human Services (HHS)
Mental Health: A Report of the Surgeon General
Rockville (MD) 1999
www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/home.html

Modul 2

Sich selbst einbringen, um eine recovery-orientierte Praxis zu entwickeln

Willkommen zu Modul 2

In diesem Modul lernen wir, wie wir unsere persönlichen Werte, Ansichten, Erfahrungen und Eigenschaften auf hilfreiche und recovery-orientierte Art und Weise in unsere beruflichen Beziehungen einbringen können. Wir untersuchen die Bedeutung von Professionalität im Psychiatriearbeitsalltag und erforschen Wege zu einer konstruktiven professionellen Arbeitsweise, ohne uns hinter einer neutralen, kalten und teilnahmslosen Fassade verstecken zu müssen.

Dieses Modul richtet sich an alle Psychiatriefachleute und an alle Betroffenen oder Nutzenden. Der Text bezieht sich jedoch besonders auf die Arbeit mit traumatisierten Menschen. Wir befassen uns damit, wie wir das «Selbst» angemessen erforschen und verwenden und erläutern dazu Schwerpunkte.

Lernziele

Nach dem Bearbeiten des Moduls sollten Sie fähig sein:

- ◆ über Ihre Selbstwahrnehmung und Wertvorstellungen zu reflektieren, das heisst einschätzen können, wie die Selbstwahrnehmung und Werte Ihre Beziehungen zu anderen Menschen beeinflussen;
- ◆ zu beurteilen, wann und wie es angebracht ist, Aspekte aus dem eigenen Leben einzubringen, um Hoffnung und Recovery bei anderen Menschen zu fördern;
- ◆ Nutzenden zuzuhören und sie zu unterstützen, wenn sie von ihren Traumata berichten;
- ◆ positive, Hoffnung vermittelnde Beziehungen zu Betroffenen aufzubauen und dabei die Rahmenbedingungen für jede Beziehung auszuhandeln;
- ◆ Betroffene zu begleiten und ihnen zu ermöglichen, in ihren psychischen Problemen und der Psychiatrieerfahrung (wie auch darin, wie sich die Erfahrungen von Zwangsmassnahmen ausgewirkt haben) einen Sinn zu finden.

Geschätzter Zeitaufwand für die Erarbeitung der Lernaktivitäten → 6 Stunden

Autor des Moduls

Craig Hutchison, Health in Mind

Verantwortliche für die deutsche Fassung

Franziska Rabenschlag

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung	46
2. Die Selbstwahrnehmung vertiefen	47
Die eigenen Qualitäten kennen	47
3. Sich selbst in recovery-orientierte Beziehungen einbringen	51
Recovery-orientierte Kompetenzen für Psychiatriefachpersonen	51
Zwischenmenschliche Kompetenzen entwickeln	52
Ein «kritischer Freund» der Nutzenden werden	54
Den Fokus auf die Einzelperson legen	56
Hoffnung vermitteln – an Veränderung glauben und dazu ermutigen	57
Zwischenmenschliche Kompetenzen entwickeln: Schlüsselkompetenzen	60
4. Persönliche und berufliche Weiterentwicklung	70
Supervision und Unterstützung	70
5. Schlussfolgerung	73
Vom Lernen zur Praxis	73
Weiterführendes Lernen	74
Literatur	74

1. Einführung

«Der Wunsch, dass sich Profis Nutzenden gegenüber menschlicher zeigen und ihre professionelle Seite zurücknehmen, ist durch zahlreiche Studien belegt [...]. Profis, die Hoffnungsbotschaften vermitteln, werden als hilfreich für Nutzende angesehen [...]. Die meisten Studien stellen fest, dass die aktive Teilnahme sowohl von Nutzenden als auch von Anbietenden der psychiatrischen Dienste notwendig ist, wenn eine professionelle Beziehung fruchtbar sein soll. Beide haben etwas Wertvolles dazu beizutragen.» (Brown/Kandirikirira 2007)

In Modul 1 untersuchten wir die Rolle der Psychiatriefachpersonen im Recovery-Konzept. Verschiedene Aspekte wurden vorgestellt, darunter die Notwendigkeit, Nutzende zu begleiten.

In diesem Modul werden wir Ihnen helfen, Wege zu finden, wie Sie Ihre persönlichen Qualitäten und Erfahrungen konstruktiv nutzen können, um Recovery effektiv zu fördern und zu unterstützen. Sie werden ermutigt, Ihre persönlichen Werte, Ansichten, Eigenschaften und Qualitäten zu überdenken, um dadurch Ihre Unterstützung bewusster zu gestalten. Überdies werden Sie sich mit der Verwendung und Erforschung Ihres Selbst bei der Arbeit mit traumatisierten Menschen befassen.

Bei der Selbstreflexion im Rahmen dieser Schulung ist es wichtig, dass Sie Unterstützung haben, falls Sie eine schwierige Situation antreffen. Bitte bestimmen Sie zuerst drei Personen, an die Sie sich wenden können, wenn Ihnen eine der Aktivitäten Schwierigkeiten oder Sorgen bereitet.

Sie dürfen auch unterbrechen oder eine Pause einlegen, wenn Ihnen etwas zu viel wird. In diesem Fall können Sie mit den Dozierenden oder mit einem Supervisor sprechen.

2. Die Selbstwahrnehmung vertiefen

«Übergreifende Elemente positiver Beziehungen scheinen zu sein, dass sich diese durch Vertrauen und Bereitschaft (im Gegensatz zu Verpflichtung) auszeichnen und unterstützend, verständnisvoll, konsistent, beidseitig und gegenseitig förderlich waren. [...] Als negativ wurden Beziehungen wahrgenommen, in denen die einzelnen Personen das Gefühl hatten, dass ihnen nicht zugehört werde, sie stigmatisiert und kritisiert werden oder emotionale Distanz erfahren.» (Brown/Kandirikira 2007)

Die eigenen Qualitäten kennen

Wie alle Menschen schätzen auch Menschen mit Psychiatrieerfahrung die Zusammenarbeit mit Fachpersonen, die eine professionelle Distanz wahren und zugleich Wärme, Sensibilität, Integrität, Empathie, Aufrichtigkeit und Respekt zeigen können. Es kann frustrierend sein, wenn man mit Leuten zusammenarbeitet, die sich hinter der organisatorischen Bürokratie oder ihrer Rolle als Profi verstecken oder zu distanziert und uninteressiert wirken.

Wenn wir konstruktive Hilfe bieten wollen, ist es unerlässlich, uns selber zu verstehen und zu sehen, wie andere uns erfahren. Im Folgenden möchten wir einige persönliche Qualitäten untersuchen, die Sie in Ihrer Arbeit einbringen.

Wir starten mit einer relativ umfassenden Aktivität, bei welcher der Fokus auf Sie persönlich gerichtet ist.

Aktivität 2.1

Beantworten Sie die folgenden Fragen und vergleichen Sie diese mit dem nachstehenden Beispiel:

1. **Beschreiben Sie ihre körperlichen Eigenschaften.**

Geschlecht →

Alter →

Erscheinung →

2. Beschreiben Sie Ihre Persönlichkeit.

Sind Sie zum Beispiel kontaktfreudig, ruhig, direkt, diplomatisch, zerstreut, ernsthaft, pragmatisch, idealistisch, ängstlich, arrogant, fröhlich, hilfsbereit, selbstbewusst, gewissenhaft, gesellig, analytisch, ehrgeizig, schüchtern, lustig, bodenständig? Hier gibt es keine «richtigen» oder «falschen» Antworten – achten Sie darauf, ehrlich zu sein, auch mit Eigenschaften, die Sie zunächst als «negativ» einstufen.

→

3. Welches «Gesicht» zeigen Sie nach aussen?

→

4. Wie würden andere Sie beschreiben? Fragen Sie nach einem Feedback.

→

5. Kultur und Umfeld

Beschreiben Sie zentrale Werte, die für das kulturelle und häusliche Umfeld, in dem Sie aufwuchsen, bezeichnend waren (zum Beispiel Aufrichtigkeit, Offenheit, starke Arbeitsethik, Laissez-faire, Disziplin, Härte, Respekt, Hierarchie). Wie passen diese Begriffe zu Ihren heutigen Wertvorstellungen? Wie würden Sie Ihre aktuelle Arbeitskultur oder - Umgebung beschreiben? Was wird gefördert und wovon wird eher abgeraten?

→

6. Persönliche Erfahrungen

Denken Sie an wichtige Erfahrungsmomente, gute als auch weniger gute, die Sie zu der Person gemacht haben, die Sie jetzt sind. Dies könnten auch Erfahrungen aus der Kindheit sein oder Ihre Familie, wichtige Beziehungen, Krisen und Wendepunkte betreffen. Nennen Sie die wichtigsten Erfahrungen.

→

7. Bedeutung und Zweck Ihres Lebens und Ihrer Arbeit

Haben Sie religiöse, spirituelle oder philosophische Glaubensansichten?
Bitte beschreiben Sie diese hier.

→

Was gibt Ihrem Leben einen Sinn, eine Bedeutung?

→

Was ist Ihr Antrieb, morgens aufzustehen?

→

Was an dieser Arbeit spricht Sie an?

→

Was bringt Ihnen die Arbeit in der Psychiatrie?

→

8. Welche Gefühle, die andere Ihnen entgegenbringen, möchten Sie lieber vermeiden?

Zum Beispiel: Wut, Liebe, Angst, Traurigkeit, Bewunderung, Anziehung, Argwohn

→

Lesen Sie Ihre Antworten durch. Wie könnten diese Eigenschaften und Werte sich auf die Beziehung zu den Nutzenden, mit denen Sie arbeiten, auswirken?

Positive Punkte →	Negative Punkte →
-------------------	-------------------

Vergleichen Sie nun Ihre Antworten mit dem nachstehenden Beispiel.

«Ich bin eine ruhige und bedächtige Person. Ich mag keine Konfrontationen, da ich mit einem sehr aufbrausenden Vater aufgewachsen bin. Ich bin von zierlicher Statur. Ich bin schüchtern und vermeide direkten Augenkontakt. Ich habe einen starken, traditionell christlichen Glauben, der meine Arbeit beeinflusst.

Positive Punkte: Ich lasse auch anderen Menschen Platz und überfordere sie nicht mit meinen eigenen Ideen und Gedanken. Ich versuche, anderen gegenüber diplomatisch und zuvorkommend zu sein und niemanden zu beleidigen. Mein Glaube hilft mir, menschliche Zerbrechlichkeit und Gebrochenheit anzunehmen, so dass ich den Leiden anderer Menschen leichter Mitgefühl und Verständnis entgegenbringen kann.

Negative Punkte: Einige Leute könnten denken, ich sei nicht an ihnen interessiert, da ich nicht viel sage. Ich vermeide es manchmal, Leute zu befragen oder herauszufordern, da es mich ängstigt, auch wenn es angemessen oder hilfreich wäre. Manchmal sage ich nichts, selbst wenn ich etwas Nützliches zu sagen hätte. Manche Leute könnten befürchten, ‚zu viel‘ für mich zu sein und dass ich nicht mit ihnen mithalten könnte – dass ich Angst habe, wenn sie wütend seien. Es kann für mich schwierig sein, mit Leuten zu arbeiten, die wütend auf Gott sind. Ebenso kann es aufgrund meines Glaubens mühevoll für mich sein, homosexuellen Menschen mit Wärme zu begegnen.»

Aktivität 2.2

Überlegen Sie sich, inwiefern Sie Ihre persönlichen Qualitäten in Ihrer Arbeit zeigen und nutzen. Inwieweit würden Sie diese verbergen oder zurückhalten? Diskutieren Sie in der Gruppe, warum Sie diese unterschiedlichen Seiten Ihrer Persönlichkeit zeigen oder lieber verbergen.

→

3. Sich selbst in recovery-orientierte Beziehungen einbringen

Recovery-orientierte Kompetenzen für Psychiatriefachpersonen

Schinkel und Dorrer führten 2007 für das Scottish Recovery Network (SRN) eine Studie bei Nutzenden, Angehörigen und Psychiatriefachpersonen durch, um mögliche «recovery-orientierte» Kompetenzen für Psychiatriefachpersonen zu identifizieren. Nach ihren Befragungen konnten sie eine Liste von wünschenswerten Qualitäten zusammenstellen. Sie sind nachstehend aufgeführt.

Wünschenswerte Eigenschaften für Psychiatriefachpersonen (Schinkel/Dorrer 2007)

- ◆ Zuhören (aktives, hinterfragendes und kritisches Zuhören)
- ◆ zwischenmenschliche Qualitäten (Fürsorge, Geduld, Bescheidenheit)
- ◆ den Glauben an Veränderungen und zu Veränderungen ermutigen (positive Einstellung; Glaube daran, dass Recovery möglich ist)
- ◆ den Fokus auf die einzelne Person richten (die Person als Ganzes wahrnehmen, nicht nur deren Symptome; ihr Schritttempo übernehmen; angemessene und persönliche Unterstützung geben)
- ◆ Einfühlungsvermögen (Verständnis; sich in Menschen mit unterschiedlichem Hintergrund hineinversetzen können; realisieren, dass Einfühlungsvermögen nichts mit Mitleid zu tun hat)
- ◆ Fachwissen über Krankheiten, Interventionen und Ressourcen (Kenntnisse über psychische Gesundheit; einen Überblick über das Krankheitsbild haben)
- ◆ die Stärken der Person hervorbringen können (Potential einschätzen; sich an den Fähigkeiten einer Person orientieren; zu eigenen Wagnissen ermutigen)
- ◆ Lebenserfahrung (guten Lebensstil und gute Erfahrungen weitergeben können; persönliche Recovery-Erfahrungen haben)
- ◆ keine wertende Haltung haben (offen und unvoreingenommen sein)
- ◆ Sinn für Humor

Beim Durchlesen dieser Liste können Sie feststellen, dass die Hauptqualitäten, welche die Befragten als wichtig angaben, grösstenteils zwischenmenschlicher Natur sind.

Das Augenmerk liegt eher auf der Person an sich und der Interaktion mit den Nutzenden als auf einer spezifischen Qualifikation oder Rolle. Recovery-Kompetenzen stützen sich eher auf unsere zwischenmenschliche Erfahrung als auf Fachwissen. Sie basieren auf unserer Fähigkeit, Beziehungen zu Nutzenden aufzubauen, die professionelle Unterstützung mit persönlichem Engagement verbinden. Dorrer und Schinkel (2007) formulieren es so:

«Der Kern einer recovery-orientierten Praxis ist die Fähigkeit, eine respektvolle Beziehung zu Nutzenden aufzubauen, in welcher ein wirkliches Interesse an der Person vorliegt, sie als ein Individuum erkannt wird und ihre Erfahrungen ernst genommen werden. Nur so ist ein Vertrauensaufbau möglich.»

Aktivität 2.3

Welche der auf Seite 18 genannten Qualitäten gehören zu Ihren besonderen Stärken?

→

Welche Qualitäten können Sie entwickeln und verbessern?

→

Welche Hilfe benötigen Sie dazu?

→

In den folgenden Abschnitten untersuchen wir Wege, wie Sie Ihre «zwischenmenschlichen Kompetenzen» in recovery-orientierten Beziehungen entwickeln und nutzen können.

Zwischenmenschliche Kompetenzen entwickeln

Professionell sein, anstatt sich wie «ein Profi» verhalten

«Damit das Pflegepersonal hilfreiche Beziehungen aufbauen kann, muss die Bedeutung von ‚Profi‘ neu definiert werden [...], das heisst, eine engagierte und gegenseitige Beziehung entwickeln, Behandlungspläne zusammen gestalten, ein echtes Interesse sowie Verständnis und Einfühlungsvermögen für die Menschen und ihre Situationen aufbringen und ihnen beim Zuhören Hoffnung und Unterstützung bieten.» (Brown/Kandirikira 2007)

Die Ansicht, dass wir als kompetente Profis emotional losgelöst und distanziert bleiben sollen, wird von den Menschen, mit denen wir zusammenarbeiten, nicht geteilt.

Studien, die unter Nutzenden durchgeführt wurden, haben vielmehr gezeigt, welchen Wert Beziehungen mit Profis haben, die persönlich engagiert sind, sich die Ansichten und Erfahrungen der Nutzenden anhören und sich für eine sinnstiftende Beratung einsetzen. Professionelle, die davon ausgehen, dass sich hier zwei Menschen treffen und die Bescheidenheit haben zu sehen, dass sie durch die Begleitung von Nutzenden auch lernen und sich weiterentwickeln, können die Recovery-Reise der einzelnen Person anders begleiten.

Die Vorstellung einer «professionellen Distanz» hat in der Vergangenheit ein falsches Bild der Grenze zwischen «uns» und «ihnen» aufrechterhalten, welches einen fundamentalen Unterschied zwischen den Menschen, mit denen wir zusammenarbeiten, und uns suggerierte.

Aktivität 2.4

Linda ist wegen eines Selbstmordversuchs auf die akute Aufnahmestation gekommen. Ihre Krankengeschichte erzählt von gravierenden Selbstverletzungen durch Schneiden und Brennen. Die Einlieferung verstört sie sehr, Linda erachtet sie als eine Bestrafung. Sie ist verzweifelt, fühlt sich hoffnungslos und unglücklich und denkt, dass die Profis sie nicht mögen. Sie sitzt ruhig da und scheint während des Treffens mit Ihnen sehr zurückgezogen.

Wenn Sie in Lindas Haut steckten, was würden Sie sich wünschen?

→

Was wäre Ihre professionelle Rolle ihr gegenüber?
Was würden Sie erreichen wollen, wenn Sie mit Linda arbeiteten?

→

Was könnte dazu führen, dass Sie mit Linda persönlicher kommunizieren,
anstatt eine «professionelle Distanz» zu bewahren?

→

Was würde Sie davon abhalten?

→

Ein «kritischer Freund» der Nutzenden werden

Teilnehmende der SRN-Studie sprachen auch davon, wie wichtig es sei, dass Fachpersonen die Funktion eines «kritischen Freundes» oder einer «kritischen Freundin» haben. Brown und Kandirikirira (2007) beschreiben dies wie folgt:

«... jemand, der an Sie glaubt und sich für Sie einsetzt, der Sie sprechen lässt und Ihnen zuhört, der Ihnen Raum für eigene Überlegungen gibt und Ihnen hilft, Dinge unter Kontrolle zu halten sowie Sie unterstützt, in Ihrem eigenen Schrittempo fachkundige, eigene Entscheidungen zu fällen.»

Ein «kritischer Freund» sein, heisst nicht, Kritik zu üben: Es bedeutet vielmehr, den Nutzenden zu helfen, Dinge in überschaubaren Häppchen zu überdenken und dabei kritisch die Vor- und Nachteile zu analysieren und zusammen Alternativen und Ideen zu erwägen. Modul 3 informiert noch detaillierter, wie man Nutzende beim Angehen von Problemen begleiten kann.

Die Menschen, welche den SRN-Forschenden von Ihren Erfahrungen erzählten, umschreiben die Rolle eines «kritischen Freundes» wie folgt:

«... Vertrauen, Aufrichtigkeit sowie ein konstruktiver Dialog zwischen der Person auf der Recovery-Reise und dem Pflegepersonal. Weil man sich der professionellen Beziehung bewusst war, war es umso wichtiger, den Profis zu vertrauen, mit ihnen zu kommunizieren und sich mit ihnen wohl fühlen zu können. Die Profis ihrerseits konnten sich in das Erlebte einfühlen und es verstehen.» (Brown/Kandirikirira 2007)

Als kritischer Freund zu arbeiten, bedeutet also, sich weg vom Monolog (Profis, die zu Nutzenden «sprechen» oder ihnen etwas «tun») hin zu einem Dialog zu bewegen (zuhören, befragen und verhandeln). Dabei ist es förderlich, wenn die Nutzenden als Experten ihrer eigenen Erfahrung gesehen werden, während Sie selber Fachwissen, Informationen, Unterstützung und Ermunterung beisteuern können.

Aktivität 2.5

Linda, die wir in Aktivität 2.4 vorgestellt haben, wurde in ihrer Kindheit von ihrem älteren Bruder bis in die frühen Teenagerjahre sexuell missbraucht. Sie erzählte dies niemandem, da das Erlebte sie verstörte und verunsicherte. Ausserdem hatte sie Angst vor der Reaktion ihrer Familie, falls das Geheimnis auffliegen würde. In der Gesellschaft von Männern quälen sie nun verstörende Erinnerungen; sie schämt sich und fühlt sich unwohl. Im Spital hält sie sich nicht gerne auf, weil nachts Leute in ihr Zimmer kommen. Es ist ihr peinlich, wenn männliche Pflegende ihre Namensschilder an den Hosentaschen befestigt haben, da sie so unter deren Gürtellinie schauen muss.

Inwiefern hat sich Ihre Haltung Linda gegenüber geändert, da Sie nun ihre Geschichte und ihren Hintergrund etwas besser kennen?

→

Da Sie jetzt Lindas Hintergrund etwas besser verstehen können, was glauben Sie, wie würde sie sich fühlen, wenn sie mit Ihrem normalen Arbeitsumfeld in Kontakt käme?

Was würde sie sehen, hören, riechen, fühlen?

→

Wie könnte Linda sich bei der Zusammenarbeit mit Ihnen fühlen?

Welche Ihrer persönlichen Qualitäten und Eigenschaften könnten es ihr etwas leichter machen?

→

Was könnte es ihr schwerer machen?

→

Wie könnten sich Zwangsmassnahmen für jemanden anfühlen, der Lindas Traumata erlebt hat?

→

Nennen Sie drei Dinge, die es Linda leichter machen könnten, sich wohl zu fühlen.

→

Eine Möglichkeit der Unterstützung für Linda ist folgende:

Markus bemerkt, dass Linda ängstlich und verwirrt ist. Er begibt sich in ihre Sichtweite und nähert sich ihr langsam, um sie nicht zu erschrecken. Er setzt sich neben sie und fragt sie nach ihrem Befinden. Auf ihre Erwiderung, sie habe Angst, fragt er, ob es etwas gäbe, was ihr ein klein wenig die Angst nehmen würde. Linda hat ein Lieblingsplüschtier, das ihr Sicherheit und ein Gefühl des Aufgehoben-Seins vermittelt, das sie aber zuhause gelassen hat. Markus fragt, ob es helfen würde, jemanden zu organisieren, der das Tier vorbeibringen würde. Dann fragt er, was noch helfen könne.

Den Fokus auf die Einzelperson legen

Im Folgenden werden einige Auswirkungen von sexuellem Missbrauch aufgeführt, welche Erwachsene, die missbraucht wurden, in Kontakt mit der Psychiatrie bringen können:

- ◆ Dissoziative Störung
- ◆ Persönlichkeitsstörung
- ◆ Depression
- ◆ Selbstmordgedanken und suizidales Verhalten
- ◆ Posttraumatische Stresssymptome
- ◆ Alkohol- und Drogenkonsum
- ◆ Selbstverletzungen

Diese Verhaltensweisen oder Symptome ziehen aufgrund ihrer grossen emotionalen Last und der potentiell schädlichen Folgen für die Nutzenden und ihre Umgebung unsere unmittelbare Aufmerksamkeit auf sich. Wie viele andere Menschen, die psychiatrische Angebote nutzen, können es Opfer von Missbrauch und Vernachlässigung frustrierend finden, wenn sich Profis mit ihnen als «Symptomträger» befassen oder sich nur ihre problematischen Verhaltensweisen anschauen, anstatt sie als Menschen zu sehen, die Erfahrung mit solchen Symptomen haben oder sich zeitweise so verhalten. Sie können das Gefühl haben, das Personal wolle sich ihre Trauma-Erfahrung (ihre «Geschichte») nicht wirklich anhören, sondern sich vor allem auf die Folgen davon konzentrieren.

Wie Sie bereits gesehen haben, ist es wichtig, eine persönliche Beziehung zu der nutzenden Person zu entwickeln, um sie nicht nur als «Typ», sondern als individuelle Person wahrzunehmen und ihre Stärken und Fähigkeiten wertzuschätzen, anstatt ausschliesslich problematische Symptome oder schwieriges Verhalten zu thematisieren.

Oft wird es als einfacher empfunden, Menschen in ihrer «Kranken-Rolle» zu sehen, anstatt sie als Individuum mit verschiedenen Erfahrungen zu betrachten. Diese «Rolle» bedeutet, dass wir als Professionelle unser Fachwissen und unsere Erfahrung einbringen können, um problematische Symptome oder Verhalten zu behandeln (und uns folglich in der Rolle als «helfende Fachperson» verstanden zu wissen). Auf diese Weise gehen aber unsere zwischenmenschlichen Kompetenzen verloren, Nutzende als individuelle Personen zu betrachten und ihre persönlichen Aussagen und Erfahrungen anzuhören.

Den Fokus weg von den Symptomen und Problemen hin zu mehr Verständnis gegenüber der Einzelperson zu verschieben, kann auch bedeuten, dass das Verhalten und die Symptome derjenigen Person anders gesehen werden – sie mögen plötzlich verständlich sein und eine Bedeutung erlangen. Wir nehmen dann plötzlich andere Sachen wahr. Dies kann unsere Zusammenarbeit beeinflussen. Bei der Zusammenarbeit mit Menschen, die Zwangsmassnahmen ausgesetzt sind, kann es helfen sich vorzustellen, wie diese die Behandlung erleben und nachzufragen, wie das für sie ist. Einige Nutzende beschreiben sich als «Überlebende» des Psychiatrie-Systems, weil sie sich nicht als individuelle Personen wahrgenommen fühlten und weder nach ihren Ansichten über die Ursprünge ihrer Probleme noch nach ihrer Psychiatrieerfahrung und der aktuellen Behandlung gefragt wurden.

Hoffnung vermitteln – an Veränderungen glauben und dazu ermutigen

Aktivität 2.6

Beantworten Sie folgende Fragen: Denken Sie an eine Zeit in Ihrem Leben, wo Sie sich von etwas erholt («recovered») haben. Dies könnte eine Erkrankung sein, ein Verlust, das Ende einer Beziehung oder ein Trauerfall. Was half Ihnen, in dieser Situation zu «recovern»? Was hinderte Sie daran?

Welche Rolle spielte die Hoffnung in Ihrer eigenen Recovery-Erfahrung?

→

Gab es Zeiten, in denen Sie sich hoffnungslos fühlten?
Was half Ihnen, weiterzumachen und sich an diese Punkte zu halten?

→

Wie können Sie Ihre eigene Recovery-Erfahrung nutzen, um mit einer optimistischen Einstellung konstruktive Veränderungen bei den Menschen, mit denen Sie arbeiten, möglich zu machen?

→

Gibt es etwas, was Ihnen Schwierigkeiten bereitet, die Hoffnung bezüglich der Recovery-Möglichkeit bei Nutzenden aufrecht zu halten?

→

Nutzende schätzen Profis, die positive und Hoffnung stiftende Botschaften über ihr Veränderungspotential aussenden und konstruktives Feedback geben. Äusserungen wie «Ich glaube nicht, dass Sie je wieder arbeiten werden» können die Kraft nehmen. Hier werden negative und pessimistische Ziele formuliert, anstatt eine realistische Einschätzung der Möglichkeit zu konstruktivem Wachstum oder künftigen Veränderungen zu geben.

Für Nutzende kann es oft schwierig sein, Hoffnung für die eigene Recovery zu haben und ihrem Leben irgendetwas Positives abzugewinnen, vor allem, wenn sie eine lange, problembehaftete Zeit durchlebt haben. In solchen Lebenslagen kann es enorm wichtig sein, Leute um sich zu haben, die sich in schwierige Situationen einfühlen können. Ebenso wichtig ist es jedoch auch, den Nutzenden klar zu machen, was sie schon erreicht haben, und als Fachperson an der Hoffnung festzuhalten, bis die Nutzenden selber wieder auf den Zug der Hoffnung aufspringen können.

Der Begriff «Hoffnung stiften» ist schwierig zu definieren. Er kann bedeuten, die Motivation der Nutzenden zu erforschen und voranzutreiben, denn oftmals denken Nutzende vor allem an die Probleme, die sie hinter sich lassen möchten (Depression, Familienprobleme, Verletzungen). Es kann also helfen, wenn man eine andere Denkweise aufzeigt, bei der man sich auf die Ziele konzentriert, die man erreichen möchte (Beziehung, sinnvolle Tätigkeit).

Hoffnung könnte dargestellt werden als eine Laterne, die Nutzende mit sich führen, wenn sie durch einen langen, dunklen Tunnel gehen, und das Ende nicht in Sicht ist. Manchmal können sie sich niedergeschlagen und hoffnungslos fühlen, möchten am liebsten die Laterne fallen lassen und sind zu müde, um weiterzugehen. In einem solchen Moment sind Profis – welche die Laterne übernehmen, bis die Nutzenden wieder die Kraft haben, sie selber zu tragen – von unschätzbarem Wert.

Aktivität 2.7

Schauen Sie sich an, wie «Hoffnung» im Duden definiert wird. Denken Sie nun an Ihr eigenes Bild von «Hoffnung». Die Redewendung «das Licht am Ende des Tunnels sehen» ist ein Beispiel dafür.

Nennen Sie drei Dinge in Ihrem Leben, von denen Sie sich «lösen» wollen.

→

Versuchen Sie nun, Ihre drei Antworten umzuformulieren im Sinne der Dinge, denen Sie sich «zuwenden» (anstatt sich von ihnen «lösen») wollen.

→

Was geschieht, wenn Sie den Fokus von «Probleme los werden» auf «sich Dingen zuwenden» verlegen?

→

Weiter oben erwähnten wir die Wichtigkeit von Hoffnung und Optimismus für die Gesundung von Betroffenen. Gleichzeitig müssen wir Sorge tragen, dass wir die realen Schwierigkeiten der Nutzenden sehen, anerkennen und versuchen, uns in das hineinzusetzen, was in ihrem Leben nicht gut gelaufen ist. Das folgende Zitat zeigt dies:

«Also, einige von uns müssen das nicht hören – es ist für einige Menschen einfach nur beleidigend. Wenn dein Leben von Krankheit zerstört wurde, deine Arbeit dir wie Sand durch die Finger gerieselt ist, dir die Fähigkeit, deine Kinder zu betreuen, abgesprochen wird, du keine Freunde, nichts zu tun und fast kein Geld mehr hast – wenn dann die Profis deine Sorgen nicht verstehen können, dann, also dann kann es sich anfühlen, als wären wir zu einem Leben verdammt ohne Hoffnung auf Genesung. Die Reise hat kein Fundament mehr, soll nicht sein und ihr Abbruch ist daher die einzige gescheite Lösung!

Wenn dann jemand kommt und unsere Recovery-Reise schönreden möchte, wird er nicht besonders freundlich empfangen. Wir können sogar richtig wütend werden, wenn unser einziger Gedanke ist, den Tag irgendwie hinter uns zu bringen, und wir dann aufgefordert werden, Hoffnung und Optimismus zu zeigen. Instinktiv reagieren wir vielleicht: ‚Wieso nimmst du meine Verzweiflung auf die leichte Schulter? Wie kannst du es wagen, mich in meinem armseligen Leben nach dem kleinsten Hoffnungsschimmer zu fragen?‘» (Morgan 2007)

Hoffnung ist kein Patentrezept oder «Zaubermittel» gegen sehr reale Probleme. Sie sollte nicht dazu benutzt werden, die zuweilen überwältigend scheinenden Gefühle oder den Schwermut von Nutzenden zu vermeiden oder abzustreiten. Für einige Menschen kann es überdies beängstigend sein, sich der Hoffnung zuzuwenden, da dies die Möglichkeit steigert, enttäuscht zu werden – sie wollen keine Hoffnung entwickeln, nur um sie danach wie ein Kartenhaus zusammenfallen zu sehen.

Zwischenmenschliche Kompetenzen entwickeln: Schlüsselkompetenzen

Hin- und herschaukeln: auf und ab gehen, den richtigen Zeitpunkt abwarten und das Gleichgewicht halten

In einer hilfreichen Beziehung werden weniger die technischen als vielmehr die zwischenmenschlichen Aspekte betont. Dies bedeutet in der Zusammenarbeit mit Nutzenden, flexibel zu denken und aufeinander einzugehen.

Es gibt keine klaren technischen Vorgaben zu befolgen, sondern wir müssen spontane Entscheide fällen, wenn wir mit mehreren Handlungsoptionen oder zwischenmenschlichen Dilemmas konfrontiert sind. Dorrer und Schinkel (2008) beschreiben diese Anforderung der Flexibilität an Profis wie folgt:

«Unsere Studien offenbarten Spannungen zwischen unterschiedlichen Kompetenzen, die von den Profis verlangen, mit einem hohen Mass an Vielseitigkeit umzugehen. So berichteten uns Befragte, wie wichtig es sei, dass Profis auf eine recovery-orientierte Art und Weise arbeiten, auch wenn die Menschen selber keine Hoffnung oder Motivation für Recovery haben. Gleichzeitig sagten Nutzende aus, dass es für sie manchmal nicht möglich sei, optimistisch zu sein und dass Professionelle dies akzeptieren müssten, anstatt immerzu zu verlangen, dass man alles positiv sehe. Wenn die Profis sich zu optimistisch zeigten, fühlten sich manche Nutzende unter Druck gesetzt und unverstanden. Es kann also wirklich eine Spannung bestehen, wenn man einerseits den Glauben an Recovery ausdrücken, andererseits aber auch die Erfahrungen der Betroffenen ernst nehmen soll.»

Zwischenmenschliche Kompetenzen für die recovery-orientierte Arbeit zu entwickeln, kann sich anfühlen, als sässe man auf einer Schaukel mit ungleicher Gewichtsverteilung und müsse deshalb dauernd ausbalancieren. Der Umgang mit diesen besonderen Spannungen beinhaltet also die Fähigkeit des Ausbalancierens und des Einhaltens von angemessenen Grenzen.

Auf und ab gehen

Manchmal kann die Recovery-Reise sehr lange und anstrengend sein und viele Pausen erfordern. Denken wir an einen Berg: Da rennen wir auch nicht einfach hinauf, ohne jemals zu stoppen. Wir müssen Zwischenhalte einlegen, um Atem zu holen, die Batterien aufzuladen, unsere momentane Situation einzuschätzen und den besten Weg zum Weitergehen zu finden. Manchmal hilft es schon zu wissen, dass jemand da ist, der uns ermutigt weiterzugehen.

In unserer Arbeit mit Betroffenen müssen wir sachkundig einschätzen können, wann unterstützt, gefordert, ermutigt oder zum Weitergehen aufgemuntert werden muss oder aber am «Boden bleiben», sich Zurückziehen oder «Luft holen» angemessen ist. Wir müssen auch umgehen können mit der Gratwanderung zwischen dem Zuhören und dem Mitfühlen von Verzweiflung, Leiden und Hoffnungslosigkeit einerseits und dem Betonen von Stärken, positiven Errungenschaften und Hoffnung andererseits.

Die Balance zu halten zwischen Unterstützen und Fordern ist nicht einfach. Damit eine Forderung befolgt werden kann, muss sie auf einer vertrauensvollen und unterstützenden Basis gestellt werden – warum sonst sollte ein Nutzender Wert auf Ihre Meinung legen? Wenn Sie Forderungen aufstellen, bevor ein unterstützendes Fundament für die Beziehung gelegt ist, kann sich der Betroffene unverstanden fühlen. Dies schadet dem Selbstvertrauen der Nutzenden. Andererseits kann eine Beziehung, in der nichts gefordert wird, auch zu harmlos sein – wenn Sie selber mit dem Kopf nicht richtig bei der Sache sind und dem Nutzenden nur halbherzig zunicken oder aber eine bevormundende und entmachtende Rolle einnehmen.

Aktivität 2.8

Denken Sie an Ihre eigene Recovery-Erfahrung, die Sie beschrieben haben.
Zeichnen Sie nun diese Erfahrung als Reise durch ein imaginäres Gebiet oder eine Landschaft.
Gibt es Sümpfe, Berge, grüne Felder? Ging es nur bergauf? Gab es einen Scheideweg?
Sie können die Landschaft zeichnen oder beschreiben.

→

Denken Sie an Ihre eigene Geschwindigkeit auf dieser Reise. Welches waren Punkte, denen Sie entgegen eilten, und wann wateten Sie durch Schlamm?
Wo haben Sie ausgeruht und wo mussten Sie anhalten?
An welchem Punkt brauchten Sie jemanden, der Sie führte? Wann mussten Sie Luft holen?
→

Angemessene Grenzen einhalten

Im vorangehenden Abschnitt wurde die Gratwanderung zwischen Unterstützen und Fordern erwähnt. Der personenzentrierte Therapeut Dave Mearns (2003) spricht von der Wichtigkeit, die Nutzenden zu begleiten, anstatt «auf der Seite» der Nutzenden zu sein. Es geht darum, Einfühlungsvermögen zu beweisen und das Zuviel und Zuwenig an Engagement abzuwägen.

Um auf das Beispiel von Hoffnung zurückzukommen, würde «auf der Seite der Nutzenden sein» bedeuten, dass wir uns zu fest engagieren und so stark mit ihrer Hoffnungslosigkeit mitfühlen, dass diese Gefühle letztendlich auch auf uns übergreifen. Wenn wir uns zu wenig engagieren, kann das andererseits heißen, dass wir uns komplett von den Nutzenden lösen und sie als «hoffnungslose Fälle» ansehen oder dass wir ihr momentanes Befinden ignorieren und uns in einem verbissenen Versuch, sie aus ihrer Zwangslage «herauszureissen», nur auf das Positive konzentrieren.

Professionelle Grenzen einhalten bedeutet nicht, ein «persönlicher», wohl aber ein «kritischer Freund» zu sein, sich an die Grenzen einer klar umschriebenen Rolle zu halten und auch persönlich mit den Nutzenden zu interagieren. Dadurch sind wir gefordert, die Gratwanderung zwischen zu viel und zu wenig Engagement (siehe nachstehende Gegenüberstellung) auf kreative Art und Weise zu vollbringen. Vielmehr als «auf der Seite» der Nutzenden zu sein, bedeutet dies, Nutzende zu begleiten und klar, fair und aufrichtig zu sagen, was wir tun werden und was nicht.

Überengagiert

- ◆ unklare oder gedehnte Grenzen (Zeit, Rolle)
- ◆ sich den Nutzenden aufdrängen
- ◆ persönliche Grenzen überschreiten
- ◆ unkonstruktive, persönliche Enthüllungen abgeben
- ◆ unterstützen, aber nichts fordern
- ◆ kumpelhafte Art; sich «verbrüdern»
- ◆ Bedürfnisse der Profis werden vor denjenigen der Nutzenden erfüllt

Unterengagiert

- ◆ Zeit und Aufmerksamkeit missgönnen
- ◆ Kontakt zu den Nutzenden vermeiden
- ◆ zu Bestrafungen greifen, wenn Grenzen nicht respektiert werden
- ◆ nichts von sich selber preisgegeben
- ◆ nur fordern, nicht unterstützen
- ◆ distanziert, lieblos, kalt sein
- ◆ uninteressiert und auf persönlicher Ebene teilnahmslos sein

Aktivität 2.9

Johanna ist eine Pflegefachfrau und steckt mitten in einer aufwühlenden Scheidung. Privat ist sie also erheblichen Belastungen ausgesetzt; ihrer Zukunft blickt sie mit Ungewissheit entgegen.

Sie arbeitet mit Corinne zusammen. Corinne ist eine Vergewaltigungsüberlebende und leidet seit etwa drei Monaten an belastenden Flashbacks und Angstgefühlen. In Sitzungen mit Corinne muss Johanna oft weinen. Johanna glaubt, dass Corinnes Bedürfnisse so gross sind, dass sie die Sitzungen nun verlängert und ihre Frequenz erhöht hat. Sie hat dies aber nicht mit ihrem direkten Vorgesetzten oder Corinne selber abgesprochen. Auch hat sie begonnen, Corinne von ihren eigenen privaten Schwierigkeiten zu erzählen, um ihr zu signalisieren, dass sie eine «gute Beziehung» haben und «gleichgestellt» seien. Corinne hat Johanna sogar gefragt, ob sie nicht Freundinnen sein könnten, wenn ihre Arbeitsbeziehung beendet ist.

Diskutieren Sie die Grenzen in der Beziehung zwischen Johanna und Corinne.
Finden Sie, dass Johanna eine gute Balance zwischen Über- und Unterengagement hält?
Was könnte sie beeinflussen? Wie könnte sie die Balance neu gestalten?

→

Zwischenmenschliche Kompetenzen entwickeln: Schlüsselkompetenzen

Aktives Zuhören:

Es wird oftmals unterschätzt, wie wertvoll es ist, einer anderen Person aufmerksam und respektvoll zuzuhören. Diesen Aspekt beschreiben Profis in ihrer Arbeit manchmal als «einfach zuhören» und geben ihm einen niederen Status in der Liste ihrer Hilfsangebote. Die Nutzenden jedoch wissen, wie zentral es ist, Raum zum Reden zu haben. Sie erkennen den Wert des Gehört-Werdens.

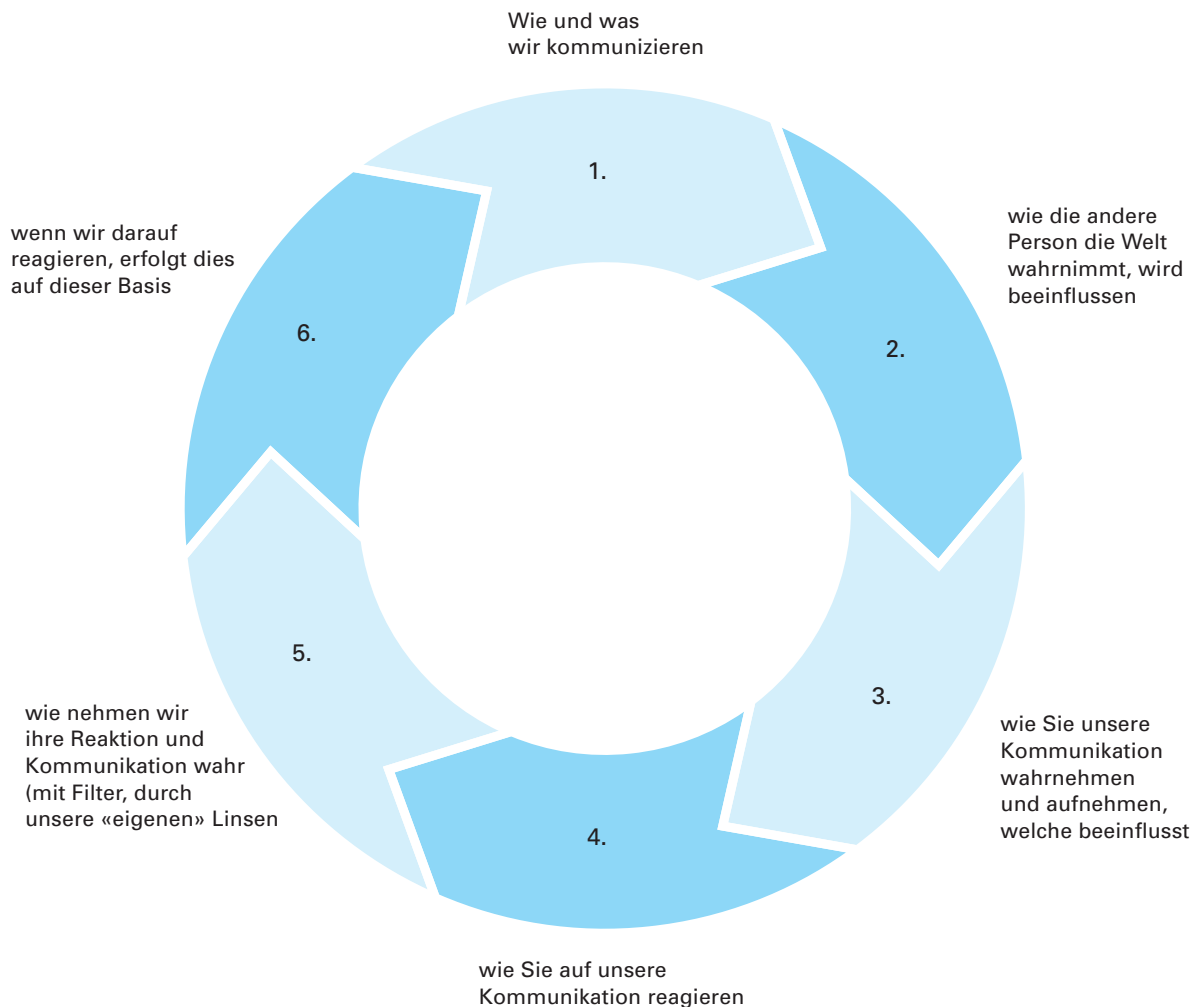
Zuhören ist der Ausgangspunkt einer soliden Arbeitsbeziehung und hilft den Nutzenden, eine auf Vertrauen und Verständnis basierende Beziehung aufzubauen. Dies zeigt folgendes Zitat:

«Mein Arzt schien mir nicht zuzuhören....Ich konnte nicht reden, also bat ich den Sozialarbeiter, mich zu meinem Hausarzt zu begleiten. Er tat dies... machte einen Termin und brachte mich hin. Mein Arzt war etwas konsterniert: ‚Oh, warum bringen Sie Ihren Sozialarbeiter mit?‘ Ich erwiderte: ‚Ich kann mit Ihnen leider nicht so gut sprechen, für mein Empfinden hören Sie mir nicht richtig zu....Entschuldigung, ich kann nicht mehr reden, ich bin zu aufgewühlt.‘ Und, ähm, der Sozialarbeiter übernahm und erklärte alles.... von diesem Tag an hat mein Hausarzt seine Haltung komplett geändert, er schaut mich nun an und hört zu.» (Brown/Kandirikirira 2007)

Beim aktiven Zuhören geht es darum, den Nutzenden Raum zu schaffen, auf den Inhalt ihrer Worte zu achten und gleichzeitig allfällige Botschaften zwischen den Zeilen wahrzunehmen – also auch auf den Ton der Worte zu hören. Es bedeutet auch, den Nutzenden einen Spiegel vorzuhalten und sowohl den verbalen als auch den emotionalen Inhalt des Gehörten zu reflektieren. Es heisst nicht, die Worte zu wiederholen, sondern deren Botschaft wahrzunehmen und mit den Nutzenden zu überprüfen. Indem wir das Gehörte spiegeln, kann sich auch eine Möglichkeit ergeben, umzuformulieren und auf mögliche Stärken zu fokussieren.

Mit anderen Worten, die Nutzenden müssen spüren, dass ihnen zugehört wird, sie wertgeschätzt werden und ihr Schmerz anerkannt wird. Es ist wichtig ihnen zu vermitteln, dass wir durch unser Ziel, Hoffnung zu stiften und ein Umdenken herbeizuführen, nicht bloss das Leiden der Betroffenen schmälern oder ihnen gar bei dessen Verdrängung helfen wollen. Richtig zuhören heisst auch zeigen, dass wir die Schwierigkeiten als Ganzes verstehen und der betroffenen Person helfen, sie in kleine, handhabbare Stücke zu brechen.

Unser Zuhören wird durch die «Linse» unserer individuellen Perspektive gefiltert (so wie wir die Welt sehen). Es kann hilfreich sein, sich eine «Feedback-Schleife» vorzustellen, welche die Richtung unserer Interaktion beeinflussen kann (siehe Grafik).



Verhandeln und Kompromisse eingehen

Zwischenmenschliche Kompetenzen entwickeln und sich zu einer recovery-orientierten Praxis hin bewegen heisst, dass wir die Nutzenden in Entscheidungen über ihre Pflege und Behandlung als Partner mit einbeziehen. Folglich müssen wir aber auch damit umgehen, dass Nutzende ihre eigenen Ansichten, Vorstellungen und Meinungen haben und sich diese manchmal nicht mit den unsrigen decken. Sich vom Monolog zum Dialog hin bewegen heisst, Verantwortung für die eigenen Meinungen und Ideen zu zeigen, anstatt sich hinter einer bürokratischen und professionellen Fassade zu verstecken. Wir müssen fähig sein, klar und aufrichtig zu sagen: «Nun, ich denke, dass ...» – und eben nicht: «Sie müssen ...». Wir sollten die Nutzenden als Partner sehen und mit ihnen eine Zusammenarbeit eingehen, um einen Weg durch den Dschungel der verschiedenen Meinungen oder gar aus einer Sackgasse hinaus zu finden. Es bedeutet, sein Fachwissen als Profi zu teilen, anstatt die absolute Wahrheit zu verkünden. Ein Beispiel dazu liefert das folgende Zitat:

«Die Herangehensweise der Profis war erstaunlich andersartig. Sie boten dir eine Verhaltenstherapie an; sie sagten nicht, 'Was benötigen Sie Ihrer Ansicht nach?', weil du es nicht wissen kannst. [Sie] breiteten Dinge vor dir aus und sagten, 'Wir denken, das würde Ihnen gut tun – was meinen Sie?'; und das machte einen grossen Unterschied. Sie boten dir eine Wahl an.» (Brown/Kandirikirira 2007)

Dieser Wechsel vom Monolog zum Dialog – oder von fachlichen zu zwischenmenschlichen Kompetenzen – heisst auch, dass wir Verantwortung für unsere Fehler übernehmen wollen und uns anstrengen, «zwischenmenschliche» Brüche oder Uneinigkeiten wieder zu reparieren. Generell wird als gut empfunden, jegliche Differenzen anzusprechen mit dem Ziel, diese gemeinsam zu lösen, oder aber sie zu akzeptieren und zu versuchen, mit ihnen oder um sie herum zu arbeiten.

Aktivität 2.10

Welche persönlichen Erfahrungen haben Sie im Kontakt mit der Gesundheitsversorgung gemacht? Dies können Erfahrungen mit dem Hausarzt sein oder als Familienangehöriger.

- ◆ Haben die Professionellen, mit denen Sie in Kontakt kamen, Schritte unternommen, um mit Ihnen in eine partnerschaftliche Arbeitsbeziehung zu treten?
- ◆ Welche positiven Schritte haben sie dabei unternommen?
- ◆ Was hätten sie anders machen können, damit Sie (oder ihre Angehörigen oder Freunde) sich während der Behandlung als gleichwertige Partner oder Partnerinnen erlebt hätten?
- ◆ Was könnten Sie in Ihrer eigenen beruflichen Tätigkeit verändern, damit die partnerschaftliche Arbeitsbeziehung verbessert würde?
- ◆ Wie beziehen Sie ihre Patienten / Nutzenden in die Behandlung ein?
- ◆ Wie beziehen Sie die Angehörigen in Ihre Tätigkeit mit ein?
- ◆ Brauchen Nutzende / Patienten und Patientinnen und ihre Angehörigen die gleiche Unterstützung, um sich zu beteiligen?
- ◆ Was verhindert aus Ihrer Sicht die Beteiligung von Nutzenden und ihren Angehörigen in der täglichen Praxis?

Selbstoffenbarung

Wenn wir das Bedürfnis haben, eigene Erfahrungen mit den Nutzenden zu teilen, müssen wir uns genau überlegen, warum wir dies machen und die möglichen Vor- und Nachteile für die Nutzenden genau abwägen. Etwas aus blossem Eigeninteresse zu erzählen oder es als professionelle Technik anstelle eines aufrichtigen zwischenmenschlichen Beitrags zu verwenden, wird wahrscheinlich das Ziel verfehlen.

Unbeabsichtigte Offenbarungen

Manchmal geben wir unbeabsichtigt etwas über uns selber preis. Unsere äussere Erscheinung, unsere Kleider und unser Verhalten lassen Rückschlüsse auf unser Leben zu, ob wir das wollen oder nicht (zum Beispiel der Hochzeitsring, der Dialekt oder Akzent, die Kleiderwahl). Auch geben wir durch die Körpersprache, den Gesichtsausdruck oder das Verhalten etwas über unsere Gefühle preis, etwa wenn wir die Stirne runzeln oder müde aussehen.

Beabsichtigte Offenbarungen

In Aktivität 2.1. haben Sie sich mit Ihrer persönlichen Erfahrung, die Sie geformt hat, befasst. Wenn wir Ähnliches erfahren haben wie die Menschen, mit denen wir arbeiten, kann dies das Einfühlungsvermögen oder Verständnis steigern. Auch hilft es, Beziehungen, die auf gegenseitigem Respekt basieren, aufzubauen. Es gibt Nutzende, die Situationen, in denen Profis Einzelheiten und Erfahrungen aus ihrem Privatleben mit ihnen teilten und sich so von ihrer menschlichen Seite zeigten, als positive Momente schildern. Es gibt aber auch Nutzende, die überflüssige Informationen erhalten haben:

«Es gibt hilfreiche und überflüssige Selbstoffenbarungen: Wenn zum Beispiel die Nutzende merkt, dass sie mit jemandem besser auskommt, der etwas Persönliches erzählen will, ist es aber nicht hilfreich, wenn Profis ihre eigenen Erfahrungen auf die Nutzenden übertragen. Oder wenn Profis so viel von sich preisgeben, dass der Nutzende sich plötzlich in der unterstützenden Rolle wieder findet. Selbstoffenbarungen sind dann nützlich, wenn sie zum Ziel haben, die Perspektive der Profis zu untermauern, oder wenn die Erfahrung als Spiegel für die Schwierigkeit der betroffenen Person genutzt werden kann. Einmal mehr kommt hier zum Ausdruck, wie wichtig es ist, sich in den Nutzenden hineinzuversetzen und eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen, um zu beurteilen, wann das Preisgeben eigener Erfahrungen zum Fortschritt der Recovery-Reise beitragen kann.» (Dorrer/Schinkel 2007)

In der nachstehenden Aufzählung werden einige positive und negative Aspekte der Selbstoffenbarung umrissen:

Positive Aspekte

- ◆ Die Hierarchie kann ausgeglichen werden.
- ◆ Gemeinsame menschliche Seiten können betont werden.
- ◆ Es können Beispiele gegeben werden, die Hoffnung und Optimismus für Recovery stiften.
- ◆ Nutzende fühlen sich verstanden.
- ◆ Nutzende spüren, dass sie ihre Erfahrungen nicht in eine Sprache «übersetzen» müssen.

Negative Aspekte

- ◆ Die Aufmerksamkeit kann sich vom Nutzenden auf Sie und Ihre Bedürfnisse verschieben.
- ◆ Die Nutzenden könnten den Eindruck gewinnen, Sie seien eine verletzte Person, um die man sich kümmern müsse.
- ◆ Der Nutzende könnte sich im Vergleich in einem unvorteilhaften Licht sehen und sich als Versager fühlen, der nicht «erfolgreich» genesen ist.
- ◆ Manche Dinge, die bei einer Behandlung hilfreich sein könnten, werden nicht ausgesprochen, weil sie als selbstverständlich erachtet werden.
- ◆ Es ist verständlich, dass Nutzende manchmal neugierig auf Ihr Leben sind (wer Sie sind, was Sie ausserhalb Ihrer Arbeit machen, ob Sie in einer Beziehung sind); solche Informationen nützen ihnen wohl kaum auf ihrer Recovery-Reise.

Ist unsere persönliche Erfahrung emotional noch zu «frisch» oder zu wenig verarbeitet (etwa ein Trauma oder eine Scheidung), ist es für uns schwieriger dem Gegenüber aktiv zuzuhören, ohne dass unser eigener Blickwinkel das Bild verfärbt. Es ist unabdingbar, dass wir unsere eigenen Traumata verarbeitet und genügend Distanz gewonnen haben, bevor wir diese weitergeben. Erst dann können wir klar unterscheiden, welche Elemente mit der Erfahrung der anderen Person vergleichbar sind und welche nicht. Idealerweise haben wir also eine emotionale Distanz und sind mit uns im Reinen, bevor wir Details aus unserem Privatleben teilen.

Selbstoffenbarungen wie zum Beispiel «Ich bin verheiratet», «Ich habe eine Depression gehabt», «Ich wuchs im Waisenhaus auf», «Ich mag Autos» können als «äussere Tatsachen» unseres Lebens betrachtet werden. Es gibt jedoch einen viel konstruktiveren Weg, Teile des Selbst zu offenbaren: indem wir diejenigen Gefühle mitteilen, die die Nutzenden mit ihrer Geschichte und ihrem Dilemma in uns hervorrufen.

Es ist daher wichtig, die Reaktionen und Gefühle zu beachten, die wir in der Zusammenarbeit mit Nutzenden haben. Reduzieren wir die «professionelle Distanz» zwischen uns und dem oder der Nutzenden, berühren uns die Menschen tiefer, mit denen wir arbeiten. So werden wir manchmal gerührt, betroffen, frustriert, hoffnungsvoll, bedrückt oder erfreut sein über die geschilderten Erlebnisse oder das, was in unserer Beziehung passiert. Es ist wichtig uns unserer Empfindungen bewusst zu sein, um einerseits steuern zu können, was wir besser nicht zeigen, und andererseits auch zu erkennen, was vielleicht ungewollt doch wahrnehmbar ist und wie sich das auf die Nutzenden auswirken kann.

Aktivität 2.11

Ralfs Diagnose lautet Schizophrenie. Einmal wurde er gegenüber einem anderen Nutzer aggressiv und musste körperlich überwältigt werden. Während seiner Überwältigung überkamen ihn schmerzhaft Erinnerungen an den Missbrauch, den er in seiner Kindheit erlitten hatte. Oft kritisiert er die Profis und sagt, dass es niemand richtig versuchen würde. Wenn er sich herausgefordert fühlt oder nicht glücklich über das Gehörte ist, wird er wütend und droht zu gehen.

Stellen Sie sich vor, Sie sitzen mit Ralf an einem Tisch. Nun notieren Sie aufrichtig Ihre ersten Gedanken,
Gefühle →
Gedanken/Vorstellungen →
körperliche Reaktionen →
mögliche Aktionen oder Verhaltensweisen →

Rückmelden - nicht reagieren

Wie wir gesehen haben, ist die Vorstellung eines «keimfreien» Profis, der an der emotionalen Distanz zum Nutzenden festhält, nicht realistisch und wenig hilfreich. Es wird immer mehr anerkannt, dass professionelle Tätigkeit bedeutet, persönlich und individuell mit den Menschen zusammenzuarbeiten und unsere eigenen Gefühle davon folglich beeinflusst werden.

Es ist wichtig, dass wir unsere emotionalen Reaktionen anerkennen, denn diese können wertvolle Hinweise für die Zusammenarbeit mit den Nutzenden geben. So kann unsere Hilfe unbeabsichtigt an Bedeutung verlieren, wenn wir diese nicht vollständig ernst nehmen.

Dies ist gut zu erklären mit dem Beispiel der Angst. Denken Sie an Situationen, in denen Sie in Gegenwart einer ängstlichen Person waren. Ist es Ihnen nicht auch schon passiert, dass sie dann selber plötzlich angespannt, nervös und sogar ängstlich wurden, als ob die Angst auf sie übergriffe?

Diese Reaktion ist ähnlich der einer Gazelle, die mitten in ihrer Herde stehend plötzlich Gefahr wittert. Wenn sie den Kopf hebt, um die Luft zu riechen, tun es ihr alle benachbarten Tiere gleich, um sich zu vergewissern, dass sie in Sicherheit sind; springt ein Tier auf, kann die ganze Herde in Panik geraten und die Flucht ergreifen!

Was sie spüren, kann sich direkt auf die anderen auswirken. Ihren Gefühlen Beachtung zu schenken, kann Ihnen also oft Hinweise dafür liefern, ob etwas «in der Luft liegt».

Es kann passieren, dass wir von starken Gefühlen mitgerissen werden und auf eine Art und Weise reagieren, die wir später befremdend oder peinlich finden; möglicherweise hat dies etwas mit negativen oder «unprofessionellen» Reaktionen auf Gefühle zu tun. Sind heftige Gefühle im Spiel, ist es ratsam, einen Schritt zurück zu treten, «herunterzuschalten» und genau auf den Ton der Worte zu hören. Man sollte versuchen, die Situation aus einer anderen Perspektive zu betrachten und sich nicht vollständig vom emotionalen oder verbalen Inhalt des Geschehens aufsaugen zu lassen. Anstatt reflexartig zu reagieren und uns so von der Person, mit der wir zusammenarbeiten, zu distanzieren, sollten wir einen Moment innehalten, um uns vorzustellen, was sie gerade empfinden oder mit ihrem Verhalten auszudrücken mag.

Im Augenblick können diese Gefühle unausgesprochen sein, und unsere Aufgabe ist es, sie «ans Tageslicht» zu bringen. Eine Möglichkeit besteht darin, den Nutzenden etwas von unserer eigenen, aufrichtigen emotionalen Reaktion mitzuteilen, so dass sie ihre Bedürfnisse identifizieren und die Vergangenheit mit der Gegenwart verbinden können. Dadurch wird ihnen auch geholfen, ihre Gefühle und ihr Verhalten kritisch zu überdenken.

Aktivität 2.12

Gehen Sie noch einmal die Antworten der Aktivität 2.11 durch. Wie könnten Sie einige von ihnen so verwenden, dass Ralf sich verstanden fühlt und Sie sich nicht von ihm distanzieren? Notieren Sie sich drei mögliche Kommentare, die Sie Ralf geben könnten und die Ihrem Wunsch nach einer konstruktiven und recovery-orientierten Zusammenarbeit Ausdruck verleihen würden.

→

Hier ein Beispiel:

«Ralf, deine wütende Reaktion gestern hat mich sehr verängstigt. Ich dachte, du könntest Sandra, Jeannine oder auch dich selber verletzen. Du weisst, dass dies nicht passieren darf. Als ich darüber nachdachte, realisierte ich das Ausmass deiner Wut gegenüber dem, was dir in der Vergangenheit passierte und was jetzt mit dir passiert. Ich möchte dir sagen, dass du Recht hast. Was dir passierte, war nicht richtig. Es ist nicht fair und hätte nicht passieren dürfen. Ich bin wirklich empört darüber, wie schlecht du behandelt wurdest. Das hast du nicht verdient. Kein Wunder bist du wütend! Wie können wir von hier aus nun weitergehen?»

Humor benützen

Recovery-orientiert zu arbeiten bedeutet keineswegs, andauernd mit betrübtem Gesicht herumzulaufen. Im Gegenteil: Sinn für Humor zu zeigen und mit den Nutzenden zu lachen, kann (unter anderem) Vertrauen fördernd sein und uns davor bewahren, zu «gefangen» in uns selber zu sein. Nichtsdestotrotz müssen wir, um Beleidigungen zu vermeiden, vorsichtig abwägen, wann wir Humor verwenden können und wann er fehl am Platz ist.

Unabsichtlich verschüttet Linda Wasser auf einen der Stühle im Sitzungszimmer. Sie erschrickt und in ihrem Gesicht spiegeln sich Furcht und Scham. Markus (lachend): «Keine Sorge, das ist wahrscheinlich die beste Reinigung, die dieser Stuhl seit drei Jahren erhalten hat.»

4. Persönliche und berufliche Weiterbildung

Sich selbst in recovery-orientierte Beziehungen einbringen zu können, setzt einen lebenslangen Prozess voraus, der eine konstante persönliche und berufliche Weiterentwicklung erfordert.

Wir werden kontinuierlich wachsen, lernen und uns durch unser Leben als Profi und als Privatperson weiterentwickeln. Wir werden neue Erfahrungen sammeln und neue Situationen erleben. Wir werden diesen Prozess nie abgeschlossen haben. Professionell sein bedeutet nicht, alles zu wissen, sondern sich bewusst zu werden, dass wir ungeachtet dessen, wie erfahren wir sind, immer Lernende bleiben.

Supervision und Unterstützung

Da die Arbeit in der psychiatrischen Versorgung sehr belastend sein kann, ist es wichtig, die Möglichkeit einer Supervision zu haben. Jemanden zu haben, der einem hilft anzuschauen, was in unseren Beziehungen zu den Nutzenden geschieht und einen dabei unterstützt, Wirksames zu leisten und das Zuviel und Zuwenig abzuwägen, ist unerlässlich.

Sie werden einen Ort brauchen, an dem Sie über ihre Arbeit und ihre Auswirkungen sowie Ihren Entwicklungsbedarf sprechen können. Wenn diese Möglichkeit nicht besteht, können Profis in Zynismus und Ohnmachtsgefühle verfallen, einen Burnout erleben oder kündigen. Die Zusammenarbeit mit schwer traumatisierten Menschen kann Profis ihre eigene Verletzlichkeit vor Augen führen. Leute, die regelmässig ohne angemessene Unterstützung mit Betroffenen zusammenarbeiten, berichten, dass sie sich letztendlich oftmals selber verängstigt und traumatisiert fühlen.

Wenn Sie Ihre Gefühle in einem unterstützenden Team oder mit einem Supervisor besprechen können, kann Sie dies vor den potentiell belastenden Auswirkungen einer Zusammenarbeit mit traumatisierten Menschen bewahren.

Aktivität 2.13

Wen kontaktieren Sie für Unterstützung und Hilfe bei Ihrer Arbeit?

→

Wie aufrichtig sprechen Sie mit Ihrem Supervisor oder Ihrer Supervisorin über Ihre Reaktionen und Gefühle hinsichtlich der Zusammenarbeit mit Nutzenden?
Kreuzen Sie auf der nachstehenden Skala an:

→

0					5						10
gar nicht				ein bisschen				absolut			

Nennen Sie drei Dinge, durch die Ihre Supervision für Sie sinnvoller gestaltet werden könnte.

→

Nennen Sie drei Dinge, die Sie als Teamleiterin tun können, um Ihre Gruppe dabei zu unterstützen, auf die Gefühle gegenüber den Nutzenden zu achten, diese Gefühle konstruktiv zu verwenden und einen Rückzug oder ein Überengagement zu vermeiden.

→

Manchmal stoßen wir in der Arbeit mit Nutzenden an unsere Grenzen, etwa wenn uns bestimmte Themen oder Personen Schwierigkeiten bereiten. Wenn wir zum Beispiel selber Erfahrungen mit Missbrauch haben, kann es sehr schmerzhaft sein, anderen zuzuhören, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben. In einer solchen Situation bedeutet professionell sein, die eigene Grenze zu akzeptieren und sich fachkundige Hilfe zu holen. Supervision, Aus- und Weiterbildungen, eine persönliche Therapie oder andere weiterführende Massnahmen können uns helfen, in der Arbeit mit den Nutzenden mit unseren Grenzen umzugehen.

Aktivität 2.14

Denken Sie an ein für Sie schwieriges Thema (oder eine schwierige Person).
Nennen Sie drei Dinge, die Ihnen helfen, Ihre Fähigkeit, damit umzugehen, weiterzuentwickeln.

→

Aktivität 2.15

Linda fühlt sich in Beziehungen sehr verletztlich und hat Mühe anderen zu vertrauen. Sie fühlt sich gar von manchen Profis abhängig, denn sie hat sonst nicht viele Menschen, denen sie vertrauen kann. Sie ist eine offene Person, lacht gerne und ist stolz auf ihre Rolle als «Spassvogel». Wenn sie aber den Eindruck hat, dass die Profis sie nicht mögen, überkommt sie ein grosses Angstgefühl und Furcht vor Zurückweisungen. In solchen Momenten hält sie es nicht mehr aus und ruft die Profis dauernd an, um mit ihnen zu sprechen.

Stellen Sie sich vor, Sie erhielten eines Tages mehrere panische Anrufe von Linda, die um sofortigen Rückruf bittet, da sie befürchtet, etwas Beleidigendes zu Ihnen gesagt zu haben.

Denken Sie an das, was wir diskutiert haben. Inwiefern könnten Sie eine angemessene Grenze zu Linda einhalten? Wie könnten Sie mit ihr über ihr Bedürfnis diskutieren und ihr aufzeigen, was Sie realistischerweise für sie tun können? Achten Sie auf Ihre Gefühle und Reaktionen. Wie könnten Sie diese verwenden, um Linda wirksame Unterstützung zu bieten? Wie könnten Sie Linda helfen, über eine allfällige Verbindung ihres momentanen Verhaltens zu ihren vergangenen Erfahrungen nachzudenken?

Notieren Sie, was Sie Linda sagen könnten,
um die Situation in eine konstruktive Richtung zu wenden.

→

Diskutieren Sie im Plenum.

5. Schlussfolgerung

Wir hoffen, dass Sie (falls Sie dies nicht schon wussten) während der Bearbeitung dieses Moduls realisiert haben, wie wertvoll es ist, wenn Sie Nutzenden auf ihrer Recovery-Reise zur Seite stehen. Wir hoffen, dass Sie sich bewusst sind, wie Ihr Einfühlungsvermögen, Ihre Wärme, Ihre Aufrichtigkeit und Ihre Integrität eine positive Dynamik entwickeln können, von der sich die Nutzenden mitreißen lassen, um wieder Hoffnung zu schöpfen.

Beziehungen sind das Herzstück einer therapeutischen Arbeit; sie können komplex, zerbrechlich und anspruchsvoll sein. Wenn sich eine Beziehung zwischen Fachpersonen und Nutzenden auf negative Weise entwickelt und kein Vertrauen entsteht, können sich Nutzende in ihrer Verzweiflung isolieren und von ihrer Recovery-Reise ablenken lassen. Wenn aber wirkliches Einfühlungsvermögen, Respekt und Achtung entstehen und Beziehungen auf hilfreiche und recovery-orientierte Art und Weise aufgebaut werden, dann ist der potentielle Nutzen sowohl für die Professionellen als auch die Betroffenen enorm.

Vom Lernen zur Praxis

Bevor Sie zum nächsten Modul übergehen, nehmen Sie sich die Zeit, um das in diesem Modul Gelernte zu rekapitulieren. Einige Dinge mögen Ihnen Mut machen. Denken sie darüber nach, inwiefern Ihre jetzige Arbeitsweise dem hier bearbeiteten Thema entspricht.

Einiges davon wird neu für Sie sein oder Ihnen schwerfallen.
Notieren Sie sich, wie Sie Ihre Arbeit nach Abschluss des Moduls anpassen möchten.

→

Weiterführendes Lernen

– D. Mearns, B. Thorne

Person-centred Counselling in Action

2. Auflage

London 2007

– S. Nelson, S. Hampson

Yes You Can! – Working with Survivors of Childhood Sexual Abuse

Edinburgh 2008

www.scotland.gov.uk/Publications/2008/04/07143029/13

– M. Pörtner

Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen: Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen

Stuttgart 2008

– H. E. Peplau, A. W. O'Toole

Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege - ausgewählte Werke

2. Auflage

Bern 2009

– C. R. Rogers

Die nicht-direktive Beratung

12. Auflage

Frankfurt a. M. 2007

– G. White

Talking about Spirituality in Healthcare Practice

London 2006

Literatur

– W. Brown, N. Kandirikirira

Recovering Mental Health in Scotland. Report on Narrative Investigation of Mental Health Recovery

Glasgow 2007

www.scottishrecovery.net/content/mediaassets/doc/Methods.pdf

– N. Dorrer, M. Schinkel

«Towards recovery competencies - how do we define the skills and competencies of recovery-focused practice?», in:

Mental Health Today

Nr. 8 (3) (2008), S. 30–33

– D. Mearns

Developing Person-Centred Counselling

2. Auflage

London 2003

– G. Morgan

Recovery - Vortrag an der Konferenz des Scottish Recovery Network vom 16. Februar 2007

Dundee 2007

www.scottishrecovery.net/content/mediaassets/doc/GMorgan%20Speech.pdf

– N. Dorrer, M. Schinkel

Towards Recovery Competencies in Scotland: The Views of Key Stakeholder Groups

2007

www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/173053/0048275.pdf

Modul 3

Selbststeuerung ermöglichen

Willkommen zu Modul 3

In diesem Modul widmen wir uns einem zentralen Aspekt von Recovery – der Ermöglichung von Selbststeuerung.

In diesem Modul untersuchen wir folgende Themen:

- ◆ Die Bedeutung von Identität bei Recovery
- ◆ Peer-Unterstützung, selbstgesteuerte Pflege und Selbstmanagement
- ◆ Hindernisse bei der Selbststeuerung in psychiatrischen Diensten
- ◆ Die Rolle, die Profis bei der Überwindung dieser Hindernisse übernehmen können

Lernziele

Nach dem Bearbeiten des Moduls sollten Sie fähig sein:

- ◆ die Bedeutung von Selbstbestimmung, Eigentum und Identität in Recovery zu verstehen;
- ◆ einige Ansätze der Selbsthilfe sowie Tools für Selbstmanagement zu kennen und wertzuschätzen;
- ◆ Nutzende zu befähigen, ihre eigene Unterstützungsplanung selbst in die Hand zu nehmen, indem ihre Erfahrungen anerkannt und berücksichtigt werden;
- ◆ die Vorteile von inoffizieller und offizieller Unterstützung durch Peers anzuerkennen;
- ◆ die Beziehung zwischen Fachpersonen und Nutzenden zu untersuchen, insbesondere in Situationen, in denen die nutzende Person den Dienst nicht freiwillig in Anspruch nimmt.
- ◆ die Hindernisse im Hinblick auf die Ermöglichung von Selbststeuerung in den psychiatrischen Dienstleistungen kritisch zu hinterfragen und zu versuchen, diese zu überwinden.

Geschätzter Zeitaufwand für die Erarbeitung der Lernaktivitäten → 6 Stunden

Autoren des Moduls

Simon Bradstreet, SRN, und Susanne Forrest, NES

Verantwortlicher für die deutsche Fassung

Michael Schulz

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung	80
Identität verstehen	80
Identität durch Krankheit, Identität durch Wohlbefinden	81
2. Selbstgesteuertes Recovery unterstützen	84
3. Werkzeuge zur Unterstützung von selbstbestimmtem Recovery	89
Selbsthilfe	89
Selbstmanagement, WRAP und «Das Leben wieder in den Griff bekommen»	90
Offizielle Peer-Unterstützung	92
Offizielle Peer-Unterstützung	94
4. Schlussfolgerung	99
Vom Lernen zur Praxis	99
Weiterführendes Lernen	100
Literatur	101

1. Einführung

Viele Studien haben die Bedeutung von Identität im Recovery-Prozess hervorgehoben. Die narrativen Forschungsberichte des SRN bestätigten dies:

«Aus den Berichten in diesem Projekt ging klar hervor, dass das Thema Identität anscheinend in hohem Masse mit persönlichem Wachstum und Entwicklung sowie inneren Veränderungen zusammenhängt. [...] Wieder eine positive Identität zu finden und diese neu zu definieren sowie das Selbstvertrauen neu aufzubauen, das durch Hospitalismus oder Krankheit möglicherweise beeinträchtigt wurde, war oftmals der erste Schritt auf einer Recovery-Reise.» (Brown/Kandiririka 2007)

Wir möchten nun ergründen, warum die Identität bei Recovery eine solch zentrale Rolle einnimmt, und uns mit den sich dadurch für Sie als Psychiatriefachperson ergebenden Auswirkungen befassen. Dafür müssen wir zunächst schauen, was Identität für uns bedeutet.

Identität verstehen

Wir alle verfügen über eine Identität. Sie kann als Sinn für das Selbst verstanden werden oder auch als eine Reihe bestimmter Charakteristiken, durch die wir uns selber wahrnehmen und verstehen. Viele verschiedene Faktoren beeinflussen unsere Identität, und diese ist nicht unbedingt festgelegt. Schliesslich kann sich die Art und Weise, wie wir uns selber betrachten, mit der Zeit ändern und von verschiedenen äusseren und inneren Faktoren beeinflusst werden.

Aktivität 3.1

In Modul 2 absolvierten Sie eine Übung zur Identitätsbildung. Dabei machten Sie sich Gedanken zu der Frage, was zu Ihrer Identität beiträgt, etwa Ihre Erscheinung und Ihre Persönlichkeit. Darüber hinaus haben Sie sich Gedanken gemacht, was Ihnen im Leben einen Sinn und einen Zweck verleiht.

Schauen Sie sich Ihre Antworten dazu nochmals an und diskutieren Sie sie mit anderen Teilnehmenden.

Vielleicht erkennen Sie bei dieser Reflektionsübung, dass Ihre Selbstwahrnehmung oder Ihre Identität sich im Laufe der Zeit verändert und von verschiedenen inneren und äusseren Faktoren bestimmt und beeinflusst wird.

Hierbei muss festgehalten werden, dass Selbstwahrnehmung und Identität je nach Kultur, Glaube oder Zugehörigkeit zu einer ethnischen Gruppe unterschiedlich sein können. So gibt es vielleicht, wie folgendes Zitat zeigt, in südeuropäischen Gemeinschaften mehr Sinn für «Zusammenhalt» als in unserer mitteleuropäischen Kultur:

«Zuhause ist die Gemeinschaft stärker. Wenn du Kinder hast, erhältst du Besuch, und alle sorgen sich gleichermassen um dich, wenn etwas schiefgeht. Hier führt jeder sein eigenes, individuelles Leben – was bei uns weniger der Fall ist. Dadurch fühlen wir uns isolierter. Wir haben niemanden, der rasch vorbeikommt, um Hallo zu sagen und zu fragen, wie es dir geht. Wir leben alleine, die Kinder sind beschäftigt, alle sind beschäftigt, alle sind alleine.» (NHS/UCLan 2008)

Wir müssen uns der Tatsache bewusst sein, dass Identität teilweise auch mit kultureller Zugehörigkeit zu tun hat. Daher sollten wir die These, dass persönliche Autonomie immer die grösste Triebfeder für Wohlbefinden sei, mit Vorsicht geniessen.

Identität durch Krankheit, Identität durch Wohlbefinden

Schauen Sie sich folgende Zitate aus dem SRN-Forschungsbericht an (Brown/Kandirikirira 2007):

«Manchmal denke ich, dass bei mir Recovery verhindert wurde, weil ich nichts anderes kannte. Ich hatte nun diese psychische Krankheit. Es besteht eine gewisse Sicherheit im Kranksein. Wenn ich auch jede Minute davon hasste, gab es dennoch etwas Sicheres dabei.»

«Für mich gibt es mehr als nur meine psychische Gesundheit.»

Wenn jemand psychische Probleme hat, insbesondere über längere Zeit, können diese so überwältigend und vereinnahmend werden, dass sie zu einer zentralen Komponente der Identität werden. Die Selbstwahrnehmung kann durch die Krankheit dominiert werden – durch die Verluste, die damit einhergehen, wie auch die Behandlungen und Unterstützung, die sie benötigen. Dies kann vereinfacht und etwas salopp als Krankheitsidentität bezeichnet werden.

Graham Morgan ist ein bekannter Aktivist im Bereich der Psychiatrie und hat durch seine Arbeit mit der «Highland Users Group» die neuen thematischen Ansätze der Psychiatrie in Schottland massgeblich beeinflusst. An der Konferenz des SRN im Jahr 2007 beschrieb er die Beziehung zwischen Identität und Krankheit in seinem Leben folgendermassen:

«Ich beschreibe mich selber als anders. Normalen Leuten traue ich nicht, taue aber auf, wenn ich Leute treffe, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben. Ich fühle mich mit der Welt der psychischen Krankheit verbunden; diese gibt mir Identität, Sicherheit, Freundschaft, Anerkennung, Zugehörigkeitsgefühl und Respekt. Dadurch ist mein Leben manchmal wunderbar – und genau dieser Aspekt ängstigt mich an der Recovery-Welt.»

«Ich möchte meine Welt nicht hinter mir lassen. Meine Identität der Krankheit und des Andersseins hat meine Erfahrungen während der letzten beiden Jahrzehnte massgeblich beeinflusst. Diese Jahre haben mich in meiner Überzeugung bestärkt, dass dies der sicherste Ort ist. Es ist da, wo ich meine Freunde finde, wo ich ein Einkommen habe, wo ich Menschen treffe, die mich verstehen. Ich will wirklich überhaupt nicht weggehen. Ich habe Angst vor einer Welt ohne Krankheit. Und doch, ein grosser Teil von mir sagt: Geh dieses Risiko ein; geh hinaus in die reale Welt; nimm Kontakt zu diesen normalen Leuten auf, die du so fürchtest und denen gegenüber du so skeptisch bist; schneide die Sicherheitsnetze durch, die du so eng um dich gestrickt hast, dass du die helle, frische Luft der verlockenden neuen Welt gar nicht einatmen kannst.» (Morgan 2007)

Dies zeigt die Komplexität von Identität. Eine Identität der Krankheit suggeriert eine komplett negative Selbstwahrnehmung, jedoch beschreibt Graham Morgan eindrücklich auch einige der positiven Aspekte davon. Er bezeichnet dies als «Identität des Andersseins», und diese Identität gibt ihm Respekt, ein Einkommen und Freunde sowie Sicherheit und Wärme. Gleichzeitig quält ihn die Neugier nach einer alternativen Identität.

In seiner kraftvollen und extrem ehrlichen Rede beschreibt Morgan, was er empfand, als eine Psychiaterin, die ihn bei einer früheren Gelegenheit reden gehört hatte, seine Diagnose der Schizophrenie in Frage stellte.

«Zunächst war ich sehr beleidigt – es erschien einfach nicht angebracht, so etwas zu sagen. Zudem hatte ich mich so an diese Diagnose gewöhnt, dass es für mich ziemlich erniedrigend war, als diese in einer Diskussion so beiläufig verworfen wurde – aber es regte mich auch zum Denken an. Ich habe mich so lange auf das Kranksein konzentriert. Es machte einen grossen Teil meiner Selbstdefinition aus und hatte Einfluss darauf, wie ich mich selber betrachtete. Ist es möglich, in einer Welt gefangen zu sein, die zwar bequem ist, dich aber zurückhält und dein Wachstum beeinträchtigt?»

Später nimmt er die zu Beginn von ihm als beleidigend empfundene Äusserung der Psychiaterin zum Anlass, sowohl seine Identität zu überdenken als auch zu fragen, ob er sich wirklich «in Recovery» befinde.

«Die als verletzend empfundene Infragestellung meiner Diagnose wurde ein wertvolles Instrument, welches mir meinen Weg erhellte und mir neue, belebende Sichtweisen auf die Welt aufzeigte. Darüber hinaus wagte ich, diesen grossen Schritt in Richtung Selbstbestimmung zu machen und mich selbst als ganz anzusehen und nicht länger als beschädigt und zerrüttet.»

Aktivität 3.2

Bei der Bearbeitung von Aktivität 3.1 kamen Ihnen vielleicht Gedanken, die Sie im folgenden Abschnitt reflektieren können. Ausgehend von Ihrer eigenen Erfahrung sowie den Auszügen aus Graham Morgans Rede sollten Sie folgenden Fragen nachgehen:

Inwiefern kann sich die Erfahrung eines Lebens mit psychischen Problemen sowohl positiv als auch negativ auf die Identität auswirken?

→

Inwieweit haben Sie Gelegenheit, mit den Menschen, mit denen Sie zusammenarbeiten, über Identität zu diskutieren? Wie würden Sie eine Diskussion über das Thema beginnen?

→

Welche Schritte könnten Sie künftig unternehmen, um in Ihrer Arbeit mit Psychiatrieerfahrenen die Rolle der Identität in Bezug auf Recovery stärker zu betonen?

→

Manchmal können auch wir als Psychiatrieprofis die Identität der Krankheit unabsichtlich fördern, nämlich dann, wenn wir die Menschen als «Patientinnen» oder «Nutzende» bezeichnen. Dadurch benennen wir sie als «anders» und definieren ihre Identität durch ihre Nutzung von psychiatrischen Diensten.

Dieses Bedürfnis zur Unterscheidung von Menschen ist gut dokumentiert und auch verständlich, schliesslich wollen wir Ordnung halten in einer komplexen Welt. Bedenklicher wird es, wenn Menschen nach ihrer Diagnose – zum Beispiel «ein Bipolarer» – oder nach ihrer Krankheitserfahrung kategorisiert werden.

Die psychologische, philosophische und sozialwissenschaftliche Literatur befasst sich seit vielen Jahren mit der Bedeutung und Auslegung von Identität. Es besteht kein Zweifel daran, dass wir alle einen Selbstsinn haben, der sich im Laufe der Zeit entwickelt und verändert, je nach den Umständen, in denen wir leben, wie wir selber uns sehen und wie es andere tun. Ebenso ist klar, dass die Erfahrung von psychischen Problemen für einige Menschen eine Veränderung in der Identität (oder Selbstwahrnehmung) mit sich bringt und ein starker Antrieb zu Recovery sein kann.

Wie jedoch können wir als Psychiatriefachpersonen einen grundlegenden Wandel der Identität in Richtung Recovery fördern und unterstützen? Im Hinblick auf die Art und Weise, wie Menschen sich selber sehen und ihre Fähigkeiten und Potentiale wahrnehmen, handelt es sich um einen inneren Prozess. Recovery-orientierte Profis können diesen jedoch erkennen, unterstützen und fördern. Im nächsten Kapitel befassen wir uns mit der Rolle, die Psychiatriefachpersonen dabei einnehmen können.

2. Selbstgesteuertes Recovery unterstützen

Schauen Sie diese beiden Zitate der narrativen Forschung des SRN an (Brown/Kandirikirira 2007):

«Was sich geändert hat ... ich selber. Ich! Es hatte mit Kontrolle zu tun ... unbewusst liess ich die Kontrolle los. Zwanzig Jahre lang liess ich andere Menschen bestimmen, was ich zu tun habe und was nicht. Ich liess es zu, dass meine Krankheitssymptome das Zentrum meines Universums wurden, und meine Krankheits-symptome sind nicht das Zentrum meines Universums.»

«Wenn du nicht selber aktiv Entscheidungen triffst, übernimmst du keine Verantwortung und wirst zu einer Art ..., du schaffst dir selber eine Opferrolle.»

Sie sehen, dass folgende Punkte für die zitierten Menschen und ihre Recovery-Reise zentral sind:

- ◆ Kontrolle übernehmen
- ◆ den Wandel von der Krankheit als zentralem Bestandteil der Identität zum nebensächlichen Faktor durchlaufen
- ◆ Selbstbestimmung und Selbststeuerung entdecken

In diesem Teil werden wir einige Instrumente und Techniken für Psychiatriefachpersonen betrachten, die helfen, die Selbststeuerung von Betroffenen zu fördern.

Selbstbestimmung kann als Prozess bezeichnet werden, durch den ein Mensch sein Leben in der Hand hat.

Aktivität 3.3

Betrachten Sie die nachfolgende Tabelle und geben Sie an, in welchem Masse Sie die angeführten Lebensbereiche kontrollieren:

Lebensbereich	Wie viel Kontrolle haben Sie über diesen Aspekt Ihres Lebens? (1-5 Punkte)	Welche Faktoren behindern eine Selbstbestimmung in diesem Lebensbereich?
Arbeit	→	→
Zuhause und Familienleben	→	→
Sozialleben	→	→
Gesundheit und Wohlbefinden	→	→

Machen Sie sich nun Gedanken darüber, was Sie unternehmen könnten oder bereits getan haben, um Ihre Kontrolle in diesem Lebensbereich zu erhöhen.

Arbeit	→
Zuhause und Familienleben	→
Sozialleben	→
Gesundheit und Wohlbefinden	→

Gehen Sie die Punkte durch, die Sie als Hindernis für eine Kontrolle angegeben haben, und überlegen Sie sich, was Sie tun können, um dies zu ändern. Diskutieren Sie nach Beendigung Ihrer Überlegungen Ihre Ergebnisse mit anderen Schulungsteilnehmern.

Viele Ihrer Gedanken zu dem Thema werden sich nicht von jenen unterscheiden, die Menschen mit psychischen Problemen als hinderlich für eine Kontrolle gewisser Lebensbereiche angeben, jedoch erleben diese wahrscheinlich noch weitere Einschränkungen und Grenzen, die ihre Selbstbestimmung behindern. Dies kann die Anwendung von Zwangsmassnahmen und die Angst vor einer Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands einschliessen sowie Stigma und Diskriminierung, die sie sowohl innerhalb als auch ausserhalb der psychiatrischen Dienste erleben können.

Aktivität 3.4

Alex ist und war die meiste Zeit seines Erwachsenenlebens ein Nutzer der psychiatrischen Dienste. Bis vor kurzem nutzte er diese Dienste gegen seinen Willen. Mittlerweile ist er fast sechzig Jahre alt und lebt in einer psychiatrischen Langzeiteinrichtung. Seine sozialen Kontakte halten sich sehr in Grenzen und bestehen hauptsächlich zu jenen Menschen, die in den psychiatrischen Diensten arbeiten oder diese ebenfalls nutzen. Er hat Ihnen bereits mitgeteilt, dass er nichts ändern möchte: er möchte weder mehr Wahlmöglichkeiten noch mehr Kontrolle über sein Leben. Vielmehr ist er mit der Situation, wie sie ist, zufrieden.

Stellen wir uns nun vor, Sie möchten mit Alex so arbeiten, dass er zu mehr Selbstbestimmung befähigt wird. Auf welche Hindernisse werden Sie gegebenenfalls stossen und wie können Sie diese überwinden?

→

Recovery entsteht in der Person selber. Die Menschen werden das, was Recovery für sie bedeutet, in der für sie nötigen Zeit auf ihre eigene Art und Weise selber finden. Einige mögen zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht bereit sein für Recovery; das heisst aber nicht, dass sie es nicht irgendwann in der Zukunft sein werden.

Dies zeigt uns (wie wir schon in Modul 1 gesehen haben), dass Professionelle Recovery nicht für die betroffenen Menschen «machen» können. In Modul 2 wurde auf die Notwendigkeit hingewiesen, das Gleichgewicht und Schrittempo der Betroffenen zu halten. Auch auf die Dynamik der Spannung zwischen Unterstützung und Herausforderung wurde eingegangen. Wenn jemand nicht bereit ist oder sich unfähig fühlt, mehr Kontrolle für sein Leben zu übernehmen, besteht die Gefahr, dass Profis Recovery fördern wollen, mit ihrem Handeln aber das Gegenteil erreichen.

Damit wir die zunehmende Bedeutung der Selbstbestimmung besser verstehen lernen, ist es hilfreich, den Veränderungsprozess eingehender zu betrachten. Dabei werden wir auch genauer untersuchen, inwiefern Psychiatriefachpersonen selbstgesteuertes Recovery unterstützen können.

Unterstützung des Veränderungsprozesses für Recovery

Stadium	Wenn die Person gerade anfängt, an Recovery zu denken – Recovery scheint weder möglich noch wünschenswert zu sein
Unterstützungsmöglichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> - Recovery-Geschichten anderer Leute hören oder lesen - Ihr andere Personen vorstellen, die in Recovery sind und ähnliche Situationen durchlebt haben - Ideen und Informationen zu Recovery vorstellen - Sie dazu ermutigen, über ihre Lebenserfahrungen und -wünsche nachzudenken (siehe Modul 4) - Raum schaffen, damit sie über Recovery, und was es für sie bedeutet, spricht
Stadium	Pläne schmieden – sich bereit machen
Unterstützungsmöglichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> - Während der Zusammenarbeit Hoffnungen, Ängste, Träume und Ziele identifizieren - Die betroffene Person mit Recovery-Planungsinstrumenten vertraut machen (werden später in diesem Modul sowie in Modul 4 näher vorgestellt)
Stadium	Aktionen unterstützen
Unterstützungsmöglichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> - Der Person helfen, ihre Pläne zu verwirklichen - Die Person begleiten, um ihren Erfolg zu erkennen und darauf aufzubauen; versuchen, Alternativen zu finden in Bereichen, in denen es weniger gut läuft. Kreativität und Ausdauer sind Schlüsselemente von Recovery und der recovery-orientierten Arbeitsweise. - Unterstützung beim sachkundigen Umgang mit Risiken (wird in Modul 5 eingehender untersucht) - Fehler als normalen Teil unseres Lebens anerkennen und daraus lernen können - Die Person begleiten, um Erfolge zu planen, und die mögliche Auswirkung von Recovery betrachten. Wie wird es sich anfühlen, wenn sich etwas verändert?
Stadium	Vorwärts gehen
Unterstützungsmöglichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> - Weiterhin personenzentrierte Unterstützung und Planung entwickeln (→ Modul 4) - Ausschau halten nach bestehenden Möglichkeiten für informelle oder formelle Unterstützung durch eine Betroffenenvertretung oder – falls bereits bestehend – diese zusätzlich ausbauen - Ausschau halten nach bestehenden Möglichkeiten für informelle oder formelle Unterstützung durch eine Betroffenenvertretung oder – falls bereits bestehend – diese zusätzlich ausbauen - Beziehungen zur Gemeinschaft knüpfen sowie das soziale Netzwerk ausbauen (→ Module 4 und 6) - Über Rückfälle reden und betonen, dass diese nicht als «Scheitern» angesehen werden sollen. Was können wir daraus in Bezug auf langfristiges Recovery lernen? - Weiterhin Selbsthilfe- und Selbstmanagement-Techniken erforschen und entwickeln - Der Person zur Verfügung stehen. Recovery heisst nicht zwangsläufig, alle Dienste und Unterstützung einzustellen.

Einmal mehr ist es wichtig zu betonen, dass Recovery nicht unbedingt ein linearer Prozess ist und Rückschläge Teil eines langfristigen Recovery-Prozesses sein können. Die oben gezeigte Tabelle hat lediglich illustrativen Zweck und reflektiert nicht alle Recovery-Erfahrungen eines Menschen oder die Rolle der Unterstützung von Fachpersonen. Mit Rückblick auf die Situation von Alex (Aktivität 3.4) wird deutlich, dass Professionelle auch dann zum Nachdenken über den eigenen Recovery-Prozess anregen können, wenn Menschen ihr Leben anscheinend nicht mehr selbst bestimmen oder ihr Recovery nicht in die Hand nehmen wollen.

In diesem Kapitel haben wir das Konzept der Selbstbestimmung erforscht und einige der Herausforderungen betrachtet, die sich im Zusammenhang mit der Förderung von Selbststeuerung stellen. Wir müssen anerkennen, dass Fachpersonen Betroffene bei der Selbststeuerung nur begrenzt unterstützen können, da es sich dabei um einen einzigartigen, persönlichen Wachstums- und Wandlungsprozess eines Menschen auf seiner Recovery Reise handelt. Wenn es aber darum geht, diesen Prozess zu erleichtern, indem Hilfe bei Hindernissen und hinderlichen Praktiken angeboten wird, kommt Fachpersonen eine Schlüsselrolle zu.

Im nächsten Abschnitt setzen wir uns detaillierter mit einigen der Werkzeuge auseinander, die selbstgesteuertes Recovery fördern.

3. Werkzeuge zur Unterstützung von selbstgesteuertem Recovery

Selbsthilfe

Seit vielen Jahren organisieren sich Menschen mit psychischen Problemen in Selbsthilfegruppen, um sich gegenseitig zu unterstützen. Diese Selbsthilfegruppen werden teilweise von ehrenamtlichen oder gesetzlichen Dienstleistungserbringern unterstützt.

Die wahrscheinlich bekanntesten Selbsthilfegruppen im deutschsprachigen Raum sind das «Netzwerk Stimmenhören» und die Psychoseseminare. Die Internetadressen dieser Gruppen finden Sie im Abschnitt «Weiterführendes Lernen» am Ende dieses Moduls.

Die Gruppen haben folgende Gemeinsamkeiten:

- ◆ In ihnen arbeiten Menschen mit, die selber Erfahrung mit psychischen Problemen haben.
- ◆ Sie bieten Menschen die Gelegenheit sich zu treffen, um sich gegenseitig zu unterstützen und zu fördern.
- ◆ Sie befolgen eine Reihe von Prinzipien und wenden Werkzeuge und Techniken an, die von den Gruppenmitgliedern entwickelt wurden.
- ◆ Die Mitgliedschaft erfolgt aufgrund der persönlichen Erfahrung, etwa mit Depressionen oder Stimmen-Hören.

Wie die folgenden Zitate der narrativen Forschung des SRN zeigen, können Selbsthilfegruppen für einige Menschen sehr wertvoll sein, während andere mit diesem Ansatz nichts anfangen können (Brown/Kandirikira 2007):

«Nun, zu Beginn – insbesondere nach der Diagnose – ging es hauptsächlich darum, etwas über die Krankheit zu lernen ... Ich besuchte einige Selbsthilfegruppen ... und ich glaube, ich fand es einfach hilfreich, dass ich, oh Wunder, nicht die einzige Person war, die manisch-depressiv ist ... Ich hörte mir ihre Geschichten und ihre Erfahrungen an und konnte sie wirklich gut nachvollziehen ... So fand ich es eine sehr erfrischende Art, etwas über meine Krankheit zu erfahren ... Ich denke, für mich ging es einfach darum, dass ich durstig nach Wissen war und erfahren wollte, was mit mir los war.»

«Ich weiss nicht, ob ich mir diesen Frust antun möchte, immer wieder zu Treffen zu gehen oder dauernd als eine Nutzende angesehen zu werden.»

Aktivität 3.5

Überlegen Sie im Hinblick auf das Gelesene, inwiefern Menschen davon profitieren könnten, eine Selbsthilfegruppe zu besuchen.

→

Warum könnten einige Menschen es vorziehen, diese nicht zu besuchen?

→

Geben Sie an, welche Selbsthilfegruppen in Ihrer Umgebung zur Verfügung stehen.

→

Selbsthilfegruppen werden zunehmend auch durch Werkzeuge zur Selbsthilfe ergänzt, die eher für den individuellen Gebrauch bestimmt sind. Dazu gehören zum Beispiel Ressourcen aus dem Internet oder schriftliches Material. Internet-Foren und -Chatrooms geben die Gelegenheit, Erfahrungen zu teilen, und bieten Unterstützung an, ohne dass man eine Gruppe besuchen muss. Ein Beispiel ist Depri.ch, ein Forum zum Thema Depression (www.depri.ch).

Selbsthilfegruppen und –ressourcen fördern die Selbststeuerung von Menschen. Im Folgenden werden wir uns mit dem Selbstmanagement befassen. Dabei werden wir zwei Werkzeuge kennenlernen: das WRAP (Wellness Recovery Action Planning) und «Das Leben wieder in den Griff bekommen».

Selbstmanagement, WRAP und «Das Leben wieder in den Griff bekommen»

Menschen mit langandauernden Krankheiten darin zu unterstützen, ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden besser zu managen, wird zunehmend zu einem wichtigen Strategieziel von Regierungen. Durch die Verbesserung von Selbstmanagementfähigkeiten können Gesundheitssysteme entlastet und darüber hinaus die Selbstständigkeit und der Verantwortungssinn der Betroffenen gefördert werden (Scottish Government 2007).

Wie mit der Erfahrung von psychischen Problemen am besten umzugehen ist, beschäftigt Menschen seit längerer Zeit. Psychiatriefachpersonen haben zusammen mit Nutzenden psychosoziale Interventionen entwickelt, die darauf abzielen, durch pädagogische und andere Methoden den Umgang mit psychischem Leid zu handhaben. Dadurch können Situationen geschaffen werden, bei denen die Verantwortung zwischen Nutzendem und Profi geteilt wird.

Jedoch können diese Situationen auch Einschränkungen mit sich bringen, und zwar da, wo die Ansätze nicht voll und ganz von der Person mit psychischen Problemen selber entwickelt und angeeignet wurden. Ein recovery-orientierter Ansatz und die Pläne zur Steigerung des Wohlbefindens verlangen nach einem umfassenden und personenzentrierten Ansatz. Das Ziel ist es, Menschen zu befähigen, alle ihre Lebensziele und Bedürfnisse in diesen Ansatz integrieren zu können. Ein Werkzeug, das auf einem solchen Ansatz basiert, ist das WRAP-Konzept.

Das WRAP-Konzept wurde in den Vereinigten Staaten von Mary Ellen Copeland³ entwickelt. Gemeinsam mit anderen sich auf dem Recovery-Weg befindlichen Menschen entwickelte sie Schlüsselideen und Strategien zur Förderung der Fähigkeit, einen positiven Lebenswandel zu schaffen. Die Basis dieses einfachen Ansatzes ist der Glaube an Recovery, also daran, dass eine Gesundung möglich ist. Bereits bestehende Behandlungen oder Hilfeleistungen werden nicht zwangsläufig ersetzt, sondern vielmehr ergänzt.

Auf einer Konferenz im Jahr 2006 sagte Stephen Pocklington, der Geschäftsführer des «Copeland Center for Wellbeing and Recovery», das die Verwendung von WRAP auf internationaler Ebene unterstützt und entwickelt:

«Ich ermutige die Menschen in den psychiatrischen Diensten daran zu denken, wie wundervoll es sein wird, Menschen zu haben, welche die Kontrolle in ihrem Leben voll und ganz übernehmen können und wirklich befähigt sind, Dinge zu tun, die ihnen gut tun. Wenn es soweit ist, komme ich selber für diejenigen Dinge zu den Profis, die diese wirklich zur Verfügung haben, um mir zu helfen. Ich konzentriere mich dann nicht mehr auf diese Dinge, welche die Profis auch liefern können.» (SRN 2006)

Das Copeland Center beschreibt WRAP als einen Ansatz zur Verwirklichung von Recovery, der auf fünf Schlüsselkonzepten basiert:

1. Hoffnung – hilft Ihnen, sich selber als Akteur einer positiven Lebensgestaltung zu sehen
2. Persönliche Verantwortung – proaktiv sein und Ihre Freiheit und Kraft nutzen, um im Leben in die gewünschte Richtung zu gehen
3. Bildung – so viel als möglich über sich selber lernen, um gute Entscheidungen für die psychische Gesundheit und das Leben allgemein zu treffen
4. Selbstfürsprache – für sich selber sprechen und sich klar und gelassen ausdrücken können
5. Unterstützung – ein starkes Unterstützungsnetzwerk entwickeln und aufrechterhalten

Die Voraussetzung ist, dass Menschen wissen, was ihnen hilft, ihr Wohlbefinden positiv zu beeinflussen. Der Schlüssel liegt darin, diese Werkzeuge zur Steigerung des eigenen Wohlbefindens in die Gestaltung von Aktionsplänen einfließen zu lassen. Zu diesen einmaligen und individuellen Plänen gehören:

- ◆ ein persönlicher Wohlbefinden-Werkzeugkasten;
- ◆ ein Plan für die alltäglichen Abläufe;
- ◆ das Identifizieren von Auslösern (Triggers) und das Erstellen eines Aktionsplans, um darauf reagieren zu können;
- ◆ das Identifizieren von Frühwarnzeichen und das Erstellen eines entsprechenden Aktionsplans;
- ◆ das Identifizieren von Zeichen, die darauf hinweisen, wenn es kritisch wird, und das Erstellen eines entsprechenden Aktionsplans;
- ◆ das Erstellen eines persönlichen Krisenplans, wie andere Menschen Sie in den schwierigsten Momenten im Leben unterstützen können;
- ◆ das Erstellen eines Plans für die Zeit nach der Krise.

³ Nähere Informationen zu Mary Ellen Copeland und WRAP finden Sie auf folgenden Internetseiten: www.mentalhealthrecovery.com und www.copelandcenter.com.

WRAP ist am besten zu verstehen, wenn es als Lebensplan angesehen wird. Es ist daher wichtig, dass die Betroffenen diesen selber erstellen können. In der nächsten Aktivität 3.6 können Sie über die Punkte nachdenken, die in Ihrem eigenen Lebensplan enthalten sein sollten.

«Das Leben wieder in den Griff bekommen»

Als weiteres Werkzeug kann das Manual «Das Leben wieder in den Griff bekommen» (Abderhalden et al. 2007) genutzt werden. Mittels dieses Handbuchs kann die eigene Recovery geplant und gesteuert werden. Es enthält auch eine Vorlage für die Formulierung einer Vorausverfügung. Diese soll für den Fall eventueller Krisensituationen festhalten, was die Fachpersonen tun können. Das Manual ist folgendermassen strukturiert:

1. Einführung in die persönliche Recovery-Planung
2. Stabil bleiben
3. Umgang mit deinen Höhen und Tiefen
4. Wie es nach einer Krise weitergehen kann
5. Deine Ziele und Träume verfolgen
6. Ein grundlegender Problemlösungsansatz, um Schwierigkeiten bei deren Entstehen anzugehen
7. Selbsthilfe und von anderen Menschen mit ähnlichen Erfahrungen lernen
8. Eine «Vorausverfügung» erarbeiten – entscheiden, was in einer Krise mit dir geschehen soll

Es ist sicher sinnvoll, wenn Fachpersonen Betroffene auf dieses Manual hinweisen (Adresse für Bestellung oder Download im Anhang). Auch sollte abgeklärt werden, ob die betroffene Person in der Lage ist, die Inhalte des Manuals selbstständig zu bearbeiten, oder ob sie dabei auf Unterstützung angewiesen ist.

Aktivität 3.6

Nehmen Sie sich etwas Zeit, und überlegen Sie sich, was in Ihrem persönlichen Wohlbefinden-Werkzeugkasten sein könnte. Denken Sie an Dinge, die Sie brauchen, damit es Ihnen gut geht oder damit Sie wieder gesund werden. Dies kann das Hören Ihrer Lieblingsmusik sein oder auch einfach Zeit für sich selber zu haben.

→

Welche Dinge müssen Sie täglich tun, damit es Ihnen gut geht?

→

Welche Dinge werfen Sie aus dem Gleichgewicht und entziehen Ihnen die Kontrolle?

→

Gibt es Ihrer Ansicht nach subtilere Dinge, die nicht gut laufen – gibt es Frühwarnzeichen? Vielleicht, dass Sie nicht gut schlafen und gereizt sind?

→

Auf diese Art zu planen, ist relativ einfach und beinhaltet viel Potential für eine Veränderung. Wenn Sie die ersten Schritte unternehmen, sich Gedanken zu Ihrem eigenen WRAP zu machen, werden Sie feststellen, dass diese ausschliesslich Sie selbst betreffen.

Aktivität 3.7

In Aktivität 3.6 haben Sie die ersten Schritte unternommen, um ein eigenes WRAP zu erstellen. Die nächsten Schritte beinhalten, dass Sie Pläne erstellen, um in schwierigen Zeiten möglichst die Kontrolle zu behalten. Dabei werden ähnliche Aspekte wie bei einer Krisenplanung und einer «Vorausverfügung» bearbeitet.

Welche Vor- und Nachteile bestehen bei dieser Art von Vorausplanung?

→

Warum könnten Menschen Ihrer Ansicht nach zögern, im Voraus Pläne für Krisen zu erstellen?

→

Die Kontrolle und die Selbststeuerung werden gefördert, wenn Krisenpläne erstellt werden. Es ist jedoch auch nachvollziehbar, warum einige Menschen dies ablehnen. Wenn man auf sehr schwierige Zeiten zurückblicken muss, kann sich dies kontraproduktiv auswirken und unschöne und sorgenvolle Erinnerungen aufkommen lassen. In diesem Prozess könnten die positiven Erfahrungen von anderen Betroffenen mit Vorausverfügungen genutzt werden.

Nachfolgend lesen Sie ein Zitat eines Menschen, der eine solche Vorausverfügung verfasst hat:

«Es ist gut zu wissen, dass ich, wenn ich wieder einmal krank werden sollte, auf dieses Dokument zurückgreifen kann. Eine Vorausverfügung schreiben zu können, gab mir wirklich Gelegenheit zu sagen: So bin ich.» (www.principlesintopractice.net)

Man benötigt Übung und Unterstützung, um ein sauberes und genaues WRAP erstellen zu können. Es sollte innerhalb einer bestimmten Zeitspanne zusammen mit Peers und Unterstützern gemacht werden. Die angegebenen Beispiele haben nur illustrativen Zweck. In Schottland wurden einige Menschen zu «WRAP facilitators» ausgebildet, um Menschen zu helfen, ihren eigenen Plan zu entwickeln. Es wäre vielleicht gut für Sie, wenn Sie überprüfen, wer in Ihrer Umgebung über diese Funktion verfügt.

Besonders für Betroffenenvertreter und -vertreterinnen ist WRAP ein wichtiges Werkzeug. Sie benötigen es nicht nur für die Zusammenarbeit mit anderen Nutzenden, sondern auch, um die eigene psychische Gesundheit und Gesundung aufrecht zu erhalten.

Offizielle Peer-Unterstützung

Wir werden uns nun damit befassen, inwiefern die Unterstützung durch eine Betroffenenvertretung selbstgesteuertes Recovery fördern kann.

Peer-Unterstützung ist ein System zur Hilfeleistung und Hilfeinanspruchnahme. Sie basiert auf den Schlüsselprinzipien Respekt, geteilte Verantwortung und gegenseitige Einigkeit darüber, was hilfreich ist (Mead et al. 2001).

Es handelt sich um Dienstleistungen, bei denen Menschen mit ähnlichen Erfahrungen von dem Wissen und den Erfahrungen in einem bestimmten Bereich profitieren können. Natürlich existiert dieses Modell schon in einigen Bereichen der Psychiatrie. Manches ist informell – etwa die Art der gegenseitigen Unterstützung, die Menschen, wie im folgenden Zitat beschrieben, von ihren Freunden oder von Bekannten, die das Gleiche durchgemacht haben, erhalten:

«Am meisten Hilfe erhielt ich von den anderen Menschen auf der Station, die ähnliche Erfahrungen wie ich gemacht hatten. So geht es meistens, wenn du in die Psychiatrie zwangseingewiesen wirst. Das Pflegefachpersonal ist toll; ich aber finde [...] die Menschen, die mir am besten geholfen haben, waren Leidensgenossen, die auch eine Psychose erlitten hatten, kleine Hinweise geben konnten, in sich gefestigt waren. Darum geht es.» (Brown/Kandirikira 2007)

Menschen mit Psychiatrieerfahrung werden zunehmend auch in die eigentliche psychiatrische Leistungserbringung mit einbezogen, am meisten in Organisationen, die Fürsprache, unterstützende Hilfestellungen und die Selbsthilfe der Betroffenen fördern. Die offizielle Peer-Unterstützung ist eine spezifische Funktion innerhalb der psychiatrischen Dienste, die nur Personen ausüben können, die selber schwere psychische Probleme erfahren haben – dies ist in der Tat die Basis ihrer Qualifikation. Diese Peer-Stellen werden in der Regel mit Personen besetzt, die eine gezielte, anerkannte Schulung absolviert haben.

Peers haben eine ganz bestimmte, klar definierte Rolle innerhalb der psychiatrischen Dienste:

«Jeder Arbeitstag lohnt sich...ich arbeite Seite an Seite mit anderen, von Peer zu Peer. Ich biete Kraft, Unterstützung, Erfahrung und leihe mein Ohr zum Zuhören. Aber am wichtigsten von allem ist: Ich werde dafür bezahlt, Hoffnung zu verbreiten.» (Zitat eines Peers; Ashcraft/Anthony 2005)

Diese Art der Leistungserbringung hat nicht zum Ziel, bestehende Dienste oder Funktionen zu ersetzen, sondern vielmehr diese zu ergänzen. Nutzende profitieren ebenso von einem recovery-orientierten Ansatz wie Personen, die für Peer-Support ausgebildet und angestellt werden.

Bei diesem Ansatz ist die empathische und gemeinsame Beziehung zwischen Peer und Nutzenden zentral. Peers sind dazu ausgebildet, einen Teil ihrer gelebten Erfahrung Hoffnung vermittelnd einzusetzen zu können und praktische Recovery-Unterstützung anzubieten.

Aktivität 3.8

Die nachstehende Liste zeigt stichwortartig einige Aspekte des potentiellen Nutzens von Peer-Support. Prüfen Sie die Liste und sortieren Sie sie hinsichtlich ihres Nutzens für:

1. die Person, die Peer-Unterstützung erhält;
2. den Peer selber;
3. Organisationen und Dienste.

Diskutieren Sie Ihre Antworten mit Ihren Kollegen.

- ◆ Erhöhung des Selbstwerts
- ◆ durch Wissen über Recovery Hoffnung schöpfen
- ◆ Möglichkeit, Fähigkeiten zu entwickeln und Erfahrungen zu nutzen
- ◆ bietet Arbeit und soziale Inklusion
- ◆ gegenseitige Beziehung mit dem Peer (hat das Gleiche wie Sie erlebt)
- ◆ kann Sie anhand seiner Erfahrungen führen
- ◆ Vertrauen
- ◆ fördert einen Wechsel des Denkmusters
- ◆ Gleichheit in der Beziehung
- ◆ könnte Offenheit fördern, wo andere normalerweise ihre Erfahrungen verbergen
- ◆ etwas selber tun, anstatt etwas erhalten
- ◆ Lernen
- ◆ beim Thema soziale Inklusion den Worten auch Taten folgen lassen
- ◆ die Auswahl an Dienstleistungen erweitern und Alternativen anbieten
- ◆ Förderung eines besseren «Engagements»
- ◆ Selbstbefähigung
- ◆ stattet das Personal mit neuen Fähigkeiten aus
- ◆ Wechsel der Werte
- ◆ recovery-orientierter Ansatz wird verwendet
- ◆ die gelebte Erfahrung wird als Pluspunkt gesehen
- ◆ wenn Recovery erkannt wird, werden Hoffnungen und Erwartungen gefördert
- ◆ Chance zum Geben und Nehmen
- ◆ Förderung der Fähigkeit zum Selbstmanagement

Nach dieser Aktivität werden Sie erkennen, dass der Nutzen von offiziellem Peer-Support alle Bereiche umfasst. Der ganze Ansatz basiert auf Gemeinsamkeit, geteilter Erfahrung und Lernen. Ein einzigartiger Aspekt davon ist, dass Peers nicht nur am Recovery der Person, mit der sie zusammenarbeiten, beteiligt sind, sondern auch an ihrer eigenen Gesundheit. Wie folgendes Zitat illustriert, ist so eine enge partnerschaftliche Zusammenarbeit sichergestellt:

«Peer-Unterstützung ist voll und ganz eine gegenseitige Unterstützung. Es gibt keine festgesetzten Rollen von helfender und Hilfe in Anspruch nehmender Person. Es mag nicht überraschen, aber Gegenseitigkeit ist der Schlüssel, um auf natürliche Weise Verbindungen zur Gemeinschaft aufzubauen. Für Menschen, die sich gewohnt sind, die Gemeinschaft als eine Anreihung von Diensten zu sehen, bedeutet dies ein enormes Umdenken.» (Mead/MacNeil 2005).

Aktivität 3.9

Was ist Ihrer Ansicht nach in Anbetracht Ihrer Kenntnisse von Recovery an der Rolle eines Peers nutzbringend für

den Dienst, in dem Sie tätig sind?

→

die psychiatrischen Dienste im weiteren Sinn?

→

Peers können in verschiedenen Umfeldern und Situationen verschiedene Rollen einnehmen. Einige Schlüsselaspekte des Ansatzes beruhen auf:

- ◆ der konstanten Verfolgung eines recovery-orientierten Ansatzes;
- ◆ der Förderung der Selbststeuerung und der Betonung von Stärken, insbesondere auch bei der Verwendung der Sprache;
- ◆ der Nutzung der eigenen Recovery-Geschichte und Erfahrung (Recovery formen);
- ◆ der Sicherstellung einer vorwärts gerichteten, auf Wohlbefinden basierten Betrachtungsweise;
- ◆ der Verwendung von Recovery-Werkzeugen und –Techniken (zum Beispiel WRAP).

In den Vereinigten Staaten ist die Peer-Arbeit fest verankert, und es gibt viele Beispiele der praktischen Umsetzung. Peer-Arbeit scheint besonders wertvoll zu sein:

- ◆ für Menschen, die am dringendsten Hoffnung benötigen;
- ◆ in Zeiten des Übergangs, inklusive Einweisung in und Entlassung aus den psychiatrischen Diensten;
- ◆ für Menschen, die sich damit schwertun, bestehende Versorgungsangebote zu nutzen;
- ◆ beim Planen der Zukunft, wie zum Beispiel bei einer Vorausverfügung.

Der wissenschaftliche Nachweis für die Wirksamkeit von Peer-Support-Ansätzen ist im Gange (siehe nachfolgender Kasten). Offenbar ist der Peer-Support in den Vereinigten Staaten ebenso wirksam, wenn nicht sogar effektiver, wie die Unterstützung durch Dienste ohne Peers. Es gibt weiterhin Nachweise dafür, dass der Erfolg für Nutzende erhöht wird, wenn das Behandlungsteam durch Peers ergänzt wird (Solomon 2004). Eine Variable, die in der Regel untersucht wird, um die Peer-Arbeit zu bewerten, ist ein Absenken der Einweisungsrate. Die konstant positiven Ergebnisse dieser Massnahme bringen eindeutig eine Kostenreduzierung mit sich, da Spitaleinweisungen zu den teuersten Massnahmen in der psychiatrischen Versorgung gehören (Solomon 2004).

Peer-Arbeit wissenschaftlich auswerten

«Recovery Innovations, Inc.» ist ein führender Erbringer von Peer-Dienstleistungen in den Vereinigten Staaten (www.recoveryinnovations.org) und hat auch die Arbeit in Schottland unterstützt, um eine neue Peer-Rolle in den bestehenden psychiatrischen Diensten zu entwickeln.

In einem der Projekte wurden in neun Abteilungen von Bezirkskliniken in Arizona Peers eingestellt. Innerhalb von sechs Monaten wurden die Peers ein integraler Bestandteil der Behandlungsteams. Sie arbeiteten mit den Nutzenden zusammen, um recovery-orientierte Entlassungspläne zu entwickeln. Im ersten Jahr konnten die Wiedereinweisungen um 56 Prozent und die Anwendung von Zwangsmassnahmen um 48 Prozent reduziert werden. Das Projekt ist mittlerweile zum Untersuchungsthema einer randomisierten, kontrollierten Studie geworden.

Aktivität 3.10

In Ihrem Team wird neu eine Stelle für einen Peer geschaffen. Welche Schwierigkeiten gilt es zu überwinden, damit der Peer erfolgreich arbeiten kann?

→

Welche Unterstützung und Vorbereitung benötigen die bestehenden Team-Mitglieder?

→

Diskutieren Sie mit Ihren Team-Mitgliedern.

Peer-Arbeit bietet einen Ansatz, um selbstgesteuertes Recovery zu ermöglichen; es kann jedoch durchaus sein, dass diese Arbeit nicht jedermann entspricht. Wie wir in diesen Modulen immer wieder betonen, handelt es sich bei Recovery um eine individuelle und für jede Person einzigartige Reise. Dies bedeutet auch, dass verschiedene Menschen zu verschiedenen Zeiten unterschiedliche Sachen hilfreich finden.

4. Schlussfolgerungen

In Modul 1 beschrieben wir die Rolle von Fachpersonen, die Recovery fördern. Sie besteht darin, dass Fachpersonen Betroffene begleiten, währenddessen diese zunehmend die Kontrolle über ihre einzigartige Reise übernehmen. In Modul 2 untersuchten wir, wie eine recovery-fördernde Beziehung aussehen muss und uns mit der Einbeziehung des Selbst als Mittel zur Recovery-Förderung befasst. In diesem Modul schliesslich haben wir die Elemente einer inneren und selbstgesteuerten Recovery-Reise erforscht. Wir haben uns mit der Rolle der Identität befasst, Veränderungsphasen angeschaut und einige Werkzeuge und Ansätze zur Unterstützung von selbstgesteuertem Recovery untersucht.

Wir haben gesehen, dass eine Veränderung der Identität eine tiefgehende Erfahrung von Wandlung und Wachstum sein kann. Es ist entscheidend, diesen Prozess, der nicht zwangsläufig linear ist, zu fördern und zu unterstützen. Dienstleistungen und Fachpersonen, die nicht darauf vorbereitet oder unfähig sind, diese neuen Möglichkeiten, die den Menschen selber eine Führungsrolle verleihen, in ihr Angebot aufzunehmen, können Recovery behindern.

Selbstbestimmung definiert sich dadurch, dass Menschen die Kontrolle und Hauptverantwortung für ihr Wohlbefinden und ihr Recovery übernehmen. Dies bedingt, dass Pflegeprofis die Sicherheit haben, in der richtigen Zeit einen Schritt zurück zu treten, um den Menschen zu erlauben, die Führungsrolle zu übernehmen und – mit oder ohne Unterstützung durch Profis – fortzuschreiten.

Vom Lernen zur Praxis

Bevor Sie zum nächsten Modul übergehen, nehmen Sie sich die Zeit, um das in diesem Modul Gelernte zu rekapitulieren. Einige Dinge mögen Ihnen Mut machen. Denken sie darüber nach, inwiefern Ihre jetzige Arbeitsweise dem hier bearbeiteten Thema entspricht.

Einiges davon wird neu für Sie sein oder Ihnen schwerfallen.
Notieren Sie sich, wie Sie Ihre Arbeit nach Abschluss des Moduls anpassen möchten.

→

Weiterführendes Lernen

–
Sibille Prins (Hrsg.)
**Seitenwechsel Psychiatrieerfahrene
Professionelle erzählen**
Neumünster 2006

Weiterführende Links

–
Selbsthilfe und Unterstützungsgruppen

–
Zentrum Selbsthilfe
www.zentrumselbsthilfe.ch/zentrum.htm

–
Verein zur Bewältigung von Depressionen
www.depressionen.ch/de/equilibrium/index.php

–
Selbsthilfegruppen
www.kosch.ch/selbsthilfegruppen.html

–
Peer-Ausbildung EX-IN Verein
Deutschland: <http://ex-in.de/>
Schweiz: www.ex-in-bern.ch

–
**Dachverband der Vereinigungen der Angehörigen von
Schizophrenie-/ Psychisch-Kranken (VASK Schweiz)**
www.vask.ch/de/index.php

–
**Bundesverband der Angehörigen psychisch
Kranker (BApK)**
www.psychiatrie.de/bapk

–
**Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter
(HPE Österreich)**
www.hpe.at

–
Assistenzbeitrag: Fachstelle Assistenz Schweiz (FAssIS)
www.fassis.net

–
Zentrum für Selbstbestimmtes Leben (ZSL)
www.zslschweiz.ch

Literatur

–
Ch. Abderhalden, M. Schulz, H. Stefan, A. Winter (Hrsg.)
Das Leben wieder in den Griff bekommen
Bern 2007
www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/html/recovery.html

–
L. Ashcraft, W. A. Anthony
«A story of transformation: an agency fully embraces recovery», in:
Behavioral Healthcare Tomorrow
Nr. 14 (2005), S. 12–14

–
W. Brown, N. Kandirikirira
Recovering Mental Health in Scotland. Report on Narrative Investigation of Mental Health Recovery
Glasgow 2007
www.scottishrecovery.net/content/mediaassets/doc/Methods.pdf

–
S. Mead, D. Hilton, L. Curtis
«Peer support: a theoretical perspective», in:
Psychiatric Rehabilitation Journal
Nr. 25 (2001), S. 134–141

–
S. Mead, C. MacNeil
Peer Support: a Systemic Approach
2005
www.mentalhealthpeers.com

–
G. Morgan
Recovery, Vortrag an der Konferenz des
Scottish Recovery Network vom 16. Februar 2007
Dundee 2007
www.scottishrecovery.net/content/mediaassets/doc/GMorgan%20Speech.pdf

–
NHS Health Scotland / University of
Central Lancashire (NHS/UCLan)
**Taken for Granted ... Research Into Black and Minority
Ethnic Groups' Perceptions of Mental Health and
Wellbeing 2008**
www.healthscotland.com

–
Scottish Executive
Delivering for Mental Health
Edinburgh 2006
www.scotland.gov.uk/Publications/2006/11/30164829/0

–
Scottish Government
Better Health, Better Care: Action Plan
Edinburgh 2007
www.scotland.gov.uk/Publications/2007/12/11103453/0

–
Scottish Recovery Network (SRN)
Seminar Report:
**WRAP – an Introduction to Wellness
Recovery Action Plans**
Glasgow 2006

Modul 4

Personenzentrierte Unterstützung anbieten

Willkommen zu Modul 4

Der Zweck dieses Moduls ist es, die Bedeutung der personenzentrierten Unterstützung im Rahmen von Recovery herauszuarbeiten. Es werden personenzentrierte Planungsinstrumente und Ansätze vorgestellt, die dabei zur Anwendung kommen können.

Lernziele

Nach dem Bearbeiten des Moduls sollten Sie fähig sein:

- ◆ Ihre Arbeit so auszuüben, dass Nutzende, auch wenn sie Zwangsmassnahmen erfahren haben, selber wählen können, wie sie ihr Leben gestalten, und diese Wahl respektiert und wo immer möglich befolgt wird;
- ◆ in der Zusammenarbeit mit Menschen die Stärken zu betonen sowie Fähigkeiten und Interessen zu erforschen, damit sie selbstbestimmte Ziele festlegen können;
- ◆ die Prinzipien der personenzentrierten Unterstützung sowie einige Methoden zu verstehen und darlegen zu können;
- ◆ zwei anerkannte personenzentrierte Planungs- und Unterstützungsmethoden anwenden zu können, die begreiflich machen, dass Recovery eine einzigartige persönliche Reise ist;
- ◆ zu verstehen, inwiefern sich die personenzentrierte Unterstützung von traditionellen Ansätzen in der Behandlungsplanung unterscheidet.

Geschätzter Zeitaufwand für die Erarbeitung der Lernaktivitäten → 6 Stunden

Autoren des Moduls

Anne Conner, Outside the Box, und Donald Macaskill, Equal and Diverse

Verantwortlicher für die deutsche Fassung

Gianfranco Zuaboni

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung	106
Gedanken zur Personenzentriertheit	106
2. Schlüsselkonzepte der personenzentrierten Planung	109
Stärken und Fähigkeiten	109
Begabungen	111
Träume	114
3. Ansätze der personenzentrierten Planung	116
Der Planungsprozess	116
Personenzentrierte Planungsmethoden	118
Unterstützungsnetzwerke	122
4. Schlussfolgerung	127
Vom Lernen zur Praxis	127
Weiterführendes Lernen	128
Literatur	128

1. Einführung

In diesem Modul werden wir:

- ◆ Personenzentriertheit erkunden und die Verbindung zu Recovery aufzeigen;
- ◆ Schlüsselkonzepte untersuchen und personenzentrierte Planung stärken;
- ◆ personenzentrierte Planungsinstrumente und – ansätze prüfen, wobei zwei Ansätze ausführlicher vorgestellt werden.

Eines der wichtigsten Prinzipien der personenzentrierten Instrumente und Ansätze ist, dass wir selber Erfahrung damit haben, wenn wir sie in unserer Arbeit verwenden.

Aus diesem Grund schliessen die in einigen Aktivitäten dieses Moduls beschriebenen Instrumente und Ansätze eine Selbstreflexion mit ein. Wir schlagen vor, dass diese Aktivitäten in einer von einem Moderator geleiteten Gruppe durchgeführt werden.

Gedanken zur Personenzentriertheit

In Modul 1 haben wir die Einzigartigkeit von Recovery untersucht. Jeder Mensch interpretiert den Begriff anders; was dem einen hilft, mag für den anderen nicht förderlich sein. Dies setzt notwendigerweise voraus, dass sich Menschen mit den von ihnen angestrebten Vorstellungen identifizieren können, das heisst damit, wie Recovery für sie aussehen soll und wie sie sich dabei fühlen.

Aktivität 4.1

Lesen Sie den folgenden Auszug der Geschichte von Tig Davies. Sie können die ganze Geschichte auf dem folgendem Link herunterladen:

www.scottishrecovery.net/content/mediaassets/doc/0605_Tig_Daves.pdf:

«Als ich ungefähr dreissig Jahre alt und an der Universität war, befand ich mich in einer Phase, die als ein drei Jahre dauerndes, massives Hoch beschrieben werden könnte, als ich plötzlich dem Sensenmann höchstpersönlich begegnete. Von einer Minute zur anderen ging es vom Studentenheim zu Raum 1, Abteilung H der akuten Psychiatriestation.

Mit Ende Zwanzig war ich schon einmal für drei Monate in einer psychiatrischen Klinik, jedoch ohne Erfolg. Ich möchte Ihnen von meiner zweiten Psychiatrieerfahrung erzählen, da sie sich letztendlich positiv auf mein Recovery auswirkte.

Dass die ersten acht Monate dieses Aufenthalts keine positiven Auswirkungen hatten, brauche ich nicht extra auszuführen. Nach drei Monaten zuhause endete ich wieder in der Klinik, wo man mir mitteilte, dass meine Leber keine weitere Überdosis überleben würde. Ein Psychiater prophezeite mir, dass ich nie mehr arbeiten würde. Man bot mir ein Leben in einer therapeutisch geführten Gemeinschaft an und sagte mir, dass ich die Medikamente weiterhin nehmen sollte – und bitte bleiben Sie in der Klinik!

Zu diesem Zeitpunkt glaubte ich wirklich, dass das Leben mit mir nichts Gutes mehr vorhatte. Ich war psychisch krank, fertig. Ich war völlig zerstört und besass weder körperliche noch geistige Kraft zum Reagieren. Ich fiel in ein passives Nichts. Nichtsdestotrotz konnte ich dann doch in den darauffolgenden sieben Monaten meines Klinikaufenthalts meine Recovery-Reise starten.

Ich nahm starke Medikamente, war enorm untergewichtig und unfähig, selber zu denken, Wünsche zu äussern, Motivation oder soziale Interaktionen zu zeigen. In meinem Kopf waren nur fürchterliche Gedanken, Angst und Stimmen, die verlangten, dass ich mich selber verletze und mir sagten, ich sei eine lebendige Leiche in einem widerlichen Körper und dass dieser Zustand bis zum Tod dauern würde.

Im oberen Stockwerk der Klinik befand sich ein kleines Besucher- und Patienten-café, das von Daniele geführt wurde. Sie ist wahrscheinlich eine der authentischsten, empathischsten, unterstützendsten und lustigsten Psychiatriehelfenden, die ich jemals getroffen habe. Sie wurde die „Coffee-Shop-Assistentin“ genannt. Sie verhalf der Servierkunst in diesem Café zu neuen Höhen. Daniele servierte nämlich nicht nur Kaffee. Sie bediente die Menschen. Sie redete, teilte mit, fragte, hörte zu, weinte, lachte, sagte einem die Wahrheit ins Gesicht. Bei Bedarf umarmte sie einen auch mal, behielt aber Distanz, wenn es angemessen war. Sie gesellte sich unter die Leute, um zu kommunizieren. Sie liess sich nicht täuschen, suchte und fand und verstand den Unterschied – oh, und sie bereitete eine herrliche Tasse Kaffee zu! Und all das, obwohl sie sich vor Ärger fürchtete, weil sie während der Arbeit sprach! Das Café und die Zeit mit Daniele wurden zu einem Ort der Zurückgezogenheit, des Lichts und der Hoffnung für mich.

Eines Morgens kam David, der neue Sozialarbeiter, herein. Mir schien, als hätten wir uns schon ewig gekannt. Wir redeten. Er hatte mich schon einmal während eines «Hochs» in meinem Leben getroffen und stand nun nur noch einer lebenden Leiche gegenüber. Obwohl ihn das sehr aufwühlte, brachte es in ihm den grösstmöglichen personenzentrierten Unterstützungsansatz hervor, den man sich denken kann.

Er, Daniele und ich sassen da und tranken Kaffee. Da schaute er mich an und fragte mich die simpelste und gleichzeitig schwierigste Frage, die mir jemals gestellt wurde: «Was denkst DU, würde DIR helfen, damit es DIR wieder besser geht?» Ich war völlig baff. Dies war ich noch nie gefragt worden; es war mir suggeriert worden, dass die Antwort darauf die Pillen seien, respektive die Fachpersonen es wussten und den Plan kennen würden. Schliesslich hatten sie ja auch meinen Behandlungsplan verfasst!

Ich liess mich in meinem hoffnungslosen Zustand auf diese Frage ein und fühlte, dass ich nichts zu verlieren hatte. Ich erzählte David und Daniele von meinen Träumen, die ich vor meiner Psychiatrieerfahrung hatte. Ich wollte, dass es mir gut ging. Ich wollte den Anschluss zu meiner Familie und meinen Freunden zurück. Ich wollte nach Hause in meine Wohnung und ich wollte arbeiten. Nach diesem Gespräch ass ich und, ebenso wichtig, genoss meinen Marmeladetoast und eine grosse Tasse Schokoladenmilch. Zu diesem Zeitpunkt hatte ich seit über drei Monaten jeweils nicht mehr als einen Vollkornkeks gegessen und ein halbes Glas Milch pro Tag getrunken. Ich lächelte auch. Und es fühlte sich toll an. Die Hoffnung, die endlich wieder einkehrte. Ich sprach. Ich träumte. Ich plante.»

Als Tig die Tiefen des von ihr bezeichneten «hoffnungslosen Zustands» durchlebte, erkannte sie, wie Daniele und David ihr halfen, ihre Recovery-Reise anzugehen.

Wenn Sie Tigs Schilderung betrachten, welches Element in Danieles und Davids Ansatz würden Sie als personenzentriert bezeichnen? Diskutieren Sie im Plenum oder notieren Sie sich ihre Gedanken dazu.

→

Weitere Elemente in Tigs Schilderung suggerieren, dass die Unterstützung und Behandlung, die sie während ihres Aufenthalts erhielt, nicht personenzentriert waren. Welche?

→

Wie hätte man anders vorgehen können?

→

Wir möchten klarstellen, dass wir nicht der Meinung sind, die Arbeit von Psychiatriefachpersonen sei nicht auf Personen «zentriert». Die Besonderheit personenzentrierter Ansätze und ihrer Merkmale liegt darin, dass die Orientierung und Richtung der gemeinsamen Arbeit verändert und verschoben wird. Aus Tigs Geschichte wird klar, dass Daniele und David anders mit ihr umgingen, als sie es von ihren bisherigen Erfahrungen in der Psychiatrie kannte, und dass genau das den Ausgangspunkt ihrer Recovery-Reise markierte.

Personenzentriertheit ist ein Mittel zur Unterstützung von Menschen. Es schliesst die Verwendung besonderer Instrumente und Ansätze mit ein.

- ◆ Personenzentrierte Unterstützung heisst, den Menschen helfen, sich ihrer Wünsche und Bedürfnisse bewusst zu werden, und personenzentrierte Ansätze konzentrieren sich auf deren Umsetzung.
- ◆ Personenzentrierte Planungsinstrumente schaffen die Basis und fördern Wege der Planung und Umsetzung, indem die Unterstützung auf den Wunschäusserungen der Nutzenden basiert. Die Instrumente legen den Schwerpunkt auf Rechte, Stärken, Unabhängigkeit, Wahlmöglichkeiten und Einbeziehung.

In diesem Modul erforschen wir die Kernprinzipien personenzentrierter Planungsinstrumente und -Ansätze, worin deren Unterschied für die recovery-orientierte Arbeit besteht und wo der potentielle Nutzen liegt. Der Nutzende entscheidet selber, welcher der von den Profis verwendeten Ansätze hilfreich ist.

2. Schlüsselkonzepte der personenzentrierten Planung

Stärken und Fähigkeiten

Das zentrale Anliegen jedes personenzentrierten Ansatzes ist es, die Optik vom Negativen (wie Problemen und Defiziten) auf das Positive zu lenken und potentielle Stärken und Fähigkeiten der Menschen anzuerkennen.

Wir alle haben Mühe, unsere Stärken zu formulieren; die Benennung unserer Defizite und Probleme geht uns viel leichter über die Lippen. Die Konzentration auf Defizite anstatt auf Stärken kann eine entmutigende Erfahrung sein.

Denken Sie daran, dass Menschen, die eine langjährige Psychiatrieerfahrung aufweisen, geübt sind im Beschreiben ihrer Defizite, schliesslich haben sie ihre Krankheitsgeschichte einer Vielzahl von Profis erzählen müssen. Eine negative Folge davon ist, dass die Selbstwahrnehmung der Betroffenen (wie in Modul 3 beschrieben) sehr defizitorientiert werden kann. In Tigs Geschichte ist die destruktive Kraft dieses Prozesses gut zu erkennen.

Wege zu finden, die Stärken, die wir alle besitzen, zu betonen und herauszuarbeiten, kann den Schritt zur Veränderung, zum Wachstum und zu Recovery beschleunigen. Viele dieser Möglichkeiten sind im Buch The Strengths Model (Rapp et al. 2006) beschrieben.

Das Modell wurde in den USA von Charles Rapp und seinen Kollegen entwickelt. Es handelt sich um einen Case-Management-Ansatz, der aus der Sozialarbeit entwickelt wurde. Das Modell wird mittlerweile in verschiedenen Diensten überall auf der Welt angewendet, etwa bei der ambulanten Betreuung, in Kliniken oder auch in der Peer-Arbeit.

Die Kernprinzipien des «Strengths Model» (= Stärken-Modell) sind folgende:

- ◆ Der Fokus liegt auf den Stärken, nicht auf der Diagnose, den Symptomen, Problemen oder möglichen Defiziten.
- ◆ Die Gemeinschaft ist eine «Oase von Ressourcen» und kein Hindernis (wird in Modul 6 näher angeschaut).
- ◆ Der Nutzende bestimmt den Interventionsprozess – Selbstbestimmung ist zentral (wie in Modul 3 beschrieben).
- ◆ Die Beziehung zwischen Nutzendem und Profi ist vorrangig.
- ◆ Aufsuchende Hilfe wird bevorzugt.
- ◆ Wir alle werden weiter wachsen, lernen und uns verändern.

Manchmal kann es geschehen, dass Profis durch ihren Fokus auf Bedürfnisse oder Problemen Nutzende in Kategorien einteilen, zum Beispiel in diejenigen, die sich selber verletzen, oder diejenigen, die eine «Persönlichkeitsstörung» haben. Auf diese Weise kann ein negativer Ruf (Reputation) entwickelt werden, der einen für den grössten Teil des Lebens begleitet.

Zum Stichwort «Reputationen» gibt es einige wichtige Punkte zu bedenken:

- ◆ Manchmal besitzen Menschen bestimmte Qualitäten oder Charakterzüge, die andere Menschen nicht mögen oder die in einem bestimmten Kontext als negativ eingestuft werden. So mag beispielsweise jemand als «dickköpfig», «unsicher» oder „egoistisch» bezeichnet werden. Andere jedoch, die diese Person mögen oder aus einem anderen Umfeld kennen, stufen diese Eigenschaften anders ein, etwa als „engagiert und bestimmt“, «höflich», „schaut gut zu sich selber» oder «formuliert klare Bedürfnisse».
- ◆ Manchmal ist die Art, wie sich jemand verhält, eher ein Symptom als eine nachvollziehbare Reaktion auf eine Situation, so zum Beispiel wenn jemandem «schwieriges Verhalten» oder «Geltungsbedürfnis» oder gar «Selbstisolation» attestiert wird. Wenn einer Person ein solcher Ruf vorausseilt, können Menschen aus ihrem Umfeld in ihrer Betrachtungsweise befangen sein.
- ◆ Manchmal wird die Art, wie sich jemand verhält, falsch interpretiert oder aus dem Kontext genommen.

Die Reaktionen und Gefühle erzeugen dann ein noch kontraproduktiveres Verhalten.

Dies kann sich dahingehend weiter entwickeln, dass jede neue Verhaltensweise wiederum als Beleg für die negative Reputation angesehen wird und diese verstärkt. Personenzentriertheit heisst auch, einiges an der Art und Weise zu ändern, wie wir gemeinhin über Menschen denken, also den Menschen und die Welt aus einer anderen Perspektive zu sehen.

Bei der personenzentrierten Arbeit müssen wir uns von folgenden Elementen in der Betrachtungsweise lösen:

- ◆ Anekdoten, Geschichten und Erzählungen anderer
- ◆ Beschreibungen, Kennzeichnungen
- ◆ von einem fundamentalen Unterschied ausgehen

Vielmehr sollten wir diese Betrachtungsweisen anstreben:

- ◆ Sinn für Anstand und Gerechtigkeit entwickeln
- ◆ die negativen Auswirkungen vergangener Erlebnisse anerkennen
- ◆ den Menschen in einem anderen Kontext sehen
- ◆ Verschiedenheit respektieren und wertschätzen
- ◆ Wert auf die Sichtweise der Person legen

Aktivität 4.2

Von den Gedanken über Ihre eigenen Stärken kommen wir nun zu den Schwierigkeiten, mit denen Sie als Profi in Ihrer täglichen Arbeit in den psychiatrischen Diensten konfrontiert werden.

Zur Bearbeitung benötigen Sie zwei Blätter im Format A4.

Vergegenwärtigen Sie sich einen Bereich in der Zusammenarbeit mit Menschen, den Sie als besonders anstrengend und schwierig empfinden. Machen Sie sich einige Gedanken dazu und halten Sie auf einem der Blätter im Detail fest, worin genau die Schwierigkeit besteht.

Auf dem zweiten Blatt notieren Sie, was Sie in dieser Zusammenarbeit als Ihre Stärken und Fähigkeiten betrachten.

Legen Sie nun beide Blätter nebeneinander und verbinden Sie die notierten Stärken mit den notierten Schwierigkeiten durch eine Linie.

Obschon einige Punkte übrig bleiben, sehen Sie, dass manche der genannten Stärken eine direkte Wirkung auf die notierten Schwierigkeiten haben.

Diskutieren Sie nun, in welcher Weise Sie diese Übung anpassen können, um den Menschen, mit denen Sie arbeiten, zu helfen, sich mit ihren Stärken zu befassen.

Begabungen

Der Ausdruck «Begabung» wird in der personenzentrierten Planung nicht im konventionellen Sinne verwendet. Man spricht also nicht von Begabung wie etwa bei einem «begabten» Pianisten oder Maler (obwohl einige der Menschen, die wir antreffen, dies durchaus sein können).

Eine Begabung ist hier vielmehr ein «einzigartiges Attribut» – etwas, das zwischen Ihnen und mindestens einer anderen Person eine Verbindung schafft. Die Begabungen eines Menschen entdecken heißt, ihn und seine Situation wirklich zu kennen und zu verstehen. Dies kann nur geschehen, indem man Zeit mit ihm verbringt.

Aktivität 4.3

Eine weitere Möglichkeit, die Stärken und Fähigkeiten eines Menschen aufzuzeigen, ist die Erstellung eines «Wer bin ich»-Posters.

Der Rahmen, der in der «Wer bin ich»-Aktivität skizziert wird, umfasst eine Reihe von Fragen, die Ihnen eine ausgewogene und positive Sicht der Person geben werden, mit der Sie zusammenarbeiten.

Der Lerneffekt dieses Moduls hängt in entscheidendem Masse davon ab, dass Sie diese Aktivität in einer von einer Moderatorin geleiteten Gruppe durchführen.

Die Moderatorin gibt jeder Person ein Flipchart-Papier und ein paar Farbstifte und bespricht die Darstellung des Posters (siehe Seite 113). Die Teilnehmenden werden dazu aufgefordert, mit jemandem zusammenzuarbeiten, mit dem sie sich wohl fühlen.

Eine Person stellt der anderen nun die Fragen und notiert ihre Antworten auf dem Papier. Stellen Sie sicher, dass Ihr Partner nichts von sich preisgibt, das vor den übrigen Teilnehmenden verborgen bleiben soll. Manche ziehen es vielleicht vor, ihre Informationen in Form von Zeichnungen statt Worten auszudrücken.

Es gibt vier Ecken, und in jeder befindet sich eine Frage.

Was ist meine Identität?

Hier sind Informationen über Alter, Geschlecht, Berufsbezeichnung und wichtige Rollen im Leben gefragt.

Was sind meine Hobbys, Interessen und Leidenschaften?

Hier sollte beschrieben werden, was die Person gerne tut und was sie interessiert, und zwar in ihren eigenen Worten und so detailliert wie möglich.

Was sind meine Fähigkeiten, Talente und Ressourcen?

Schreiben Sie alles auf, was die Person kann und mag, ergänzend zu allen Hilfsmitteln oder Ressourcen, die ihr zur Verfügung stehen.

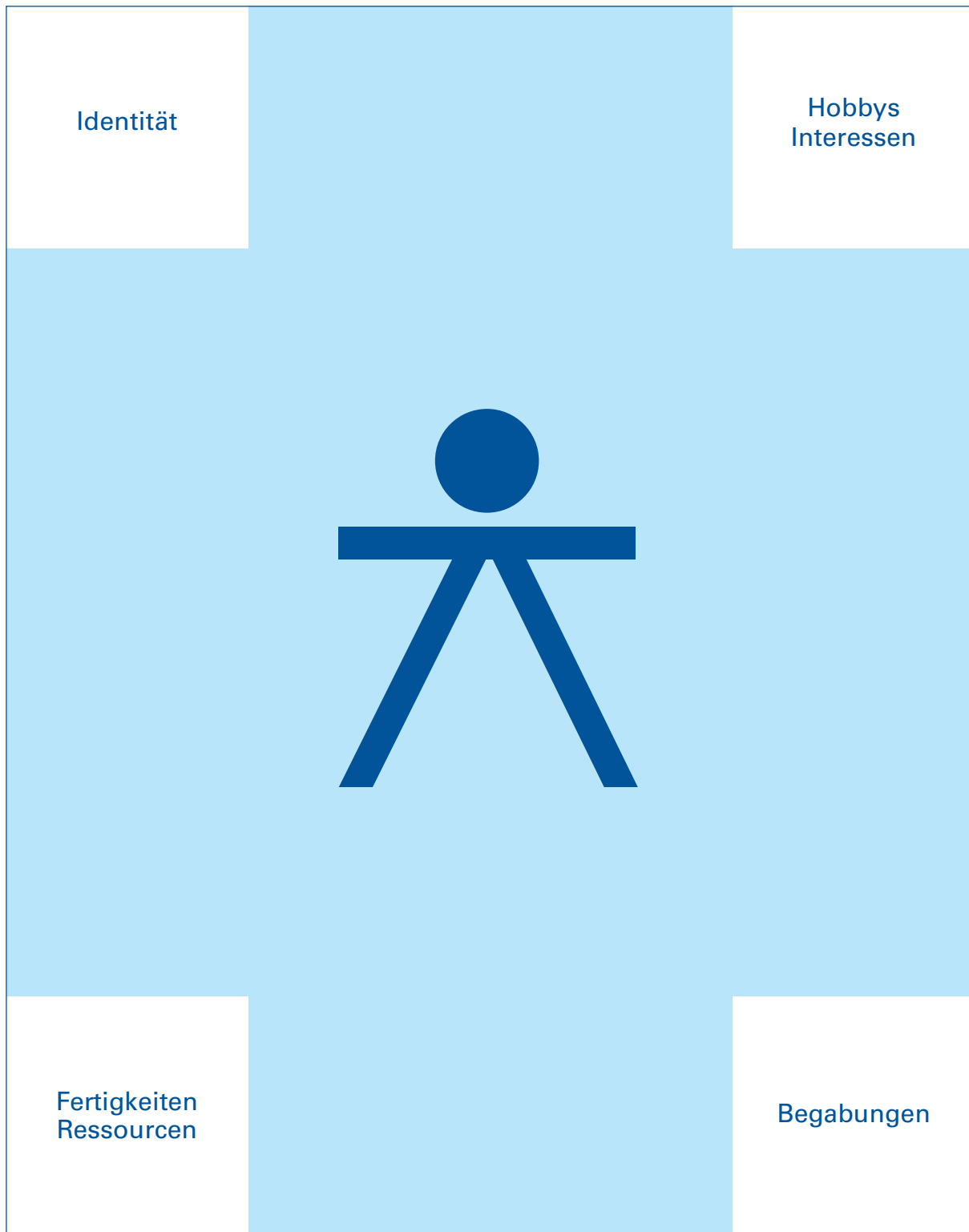
Was sind meine Begabungen?

Dies kann für die Person selber schwierig zu beantworten sein. Was sagen jene Personen, mit denen Sie sich verbunden fühlen, über Sie selber aus? Warum mögen sie Sie? Was zieht sie an? Wenn Sie nicht da wären, warum würden sie Sie vermissen?

Den Teilnehmenden sollte ausreichend Zeit für die Erstellung des Posters eingeräumt werden. Möglicherweise benötigt jeder von ihnen 45 Minuten dafür, also, keine Eile!

Wenn alle ihre Arbeit beendet haben, hängen Sie die Poster an die Wand. Lassen Sie nun die Leute herum gehen und die anderen Arbeiten betrachten. Auf diese Weise kann man sich einen informellen Überblick über die Geschicke, Fähigkeiten und Beiträge der anderen Teilnehmer verschaffen.

Darstellung Begabungsposter:



Träume

Personenzentrierte Planung basiert auf der Annahme, dass Menschen in ihrem Leben positive Veränderungen herbeiführen wollen.

(Wunsch-)Träume sind dabei von essentieller Bedeutung. Tigs Geschichte zeigt uns, wie Davids Frage sie veranlasste, ihren Traum, dass es ihr gut gehe, sie ihre Beziehungen zurückerhalte und nach Hause und wieder arbeiten gehen könne, zu äussern, anzuerkennen und somit ernst zu nehmen.

Wunschträume sind eine vitale Energiequelle. Wir werden von ihnen angezogen und versuchen gleichzeitig, Alpträume von uns fern zu halten. Personenzentrierte Planung setzt genau da an; sie bedient sich dieser Energiequelle, um dem Veränderungsprozess eine Richtung zu geben und die Person anzuregen, Dinge weiterzuverfolgen.

Menschen träumen auf verschiedene Arten. Träume können sich ändern und mit der Person wachsen, wie die folgenden Beispiele illustrieren:

- ◆ Menschen, die ausgeschlossen sind oder unterdrückt werden, haben bescheidene Träume; sie sehnen sich etwa nach Frieden und Ruhe und danach, sich frei bewegen können.
- ◆ Andere finden den Zugang zu ihren Träumen schwierig. Darüber nachzudenken, was man bei einem Lottogewinn tun würde, kann helfen, die Träume zu identifizieren.
- ◆ Manche Menschen träumen von äusserlichen Dingen wie etwa den Sachen, die sie unternehmen, oder den Orten, die sie besuchen möchten.
- ◆ Bei anderen kreisen die Träume eher um die Erreichung eines bestimmten geistigen oder seelischen Zustands.

Der Traum gibt etwas von der eigenen Persönlichkeit preis. Eine Person kann gleichzeitig oder zu verschiedenen Zeiten im Leben unterschiedliche Träume haben.

Personenzentrierte Planung hilft einer Person, ihren Traum so lebendig und detailliert wie möglich zu formulieren, damit ihn auch andere Personen erkennen. So erhalten die anzugehenden Veränderungen eine Form und eine Richtung. Dabei ist es wichtig, diejenigen Dinge im Auge zu behalten, welche die Person jetzt schon wertschätzt, und diese als Ausgangspunkt für die Zukunft zu verwenden.

Aktivität 4.4

Dies ist ein weiteres Hilfsmittel, das helfen kann, Träume zu beschreiben.

Eine Postkarte aus der Zukunft

Zeichnen Sie eine Postkarte.

Sie befinden sich in Ihrer Zukunft und schreiben an Ihre Vergangenheit.
Sagen Sie, wo Sie sind (vielleicht möchten Sie das zeichnen).

→

Lassen Sie Ihrer Vorstellung freien Lauf!

Teilen Sie nun Ihre Antworten in einem für Sie verträglichen Mass mit anderen.

Wie fühlten Sie sich bei dieser Übung?

→

3. Ansätze der personenzentrierten Planung

Einer der Vorteile der personenzentrierten Planung ist es, dass dadurch praktische Hilfsmittel und Aktionen zur Förderung von Recovery identifiziert und Hindernisse überwunden werden können.

Die generellen Vorteile der personenzentrierten Planungsinstrumente sind folgende:

- ◆ Sie befähigen jede Person, die Planung auszuarbeiten, die sie zu einem bestimmten Zeitpunkt benötigt (jeder Plan ist einzigartig).
- ◆ Sie verdeutlichen, dass die Person die Planung bestimmt, denn der Akt des Erarbeitens verstärkt das Bewusstsein der Selbstbestimmtheit.
- ◆ Sie decken alle Aspekte ab, die für jemanden wichtig sind und die als Hilfe für Recovery angesehen werden.
- ◆ Sie sind spezifisch und handlungsorientiert; sie geben Aufschluss über die Handlungen, welche die Person zur Plangestaltung führten (Handlungen, die jemand anderes verlangt, können auch mit einbezogen werden).
- ◆ Sie können weitergeführt und erneuert werden, das heisst, sie können Elemente enthalten, an denen man lange weiterarbeiten und auf die man nach einigen Jahren nochmals zurückkommen kann. Die Pläne spiegeln damit auch den persönlichen und komplexen Zeitrahmen wider, der für Recovery benötigt wird.

Wenn personenzentrierte Planung Früchte trägt, lenkt sie die Zukunft in eine für die Betroffenen wünschenswerte Richtung. Die dadurch freigesetzte Energie, der Einsatz und der Einfallsreichtum beeinflussen auch das Umfeld, was wiederum dazu beiträgt, dass diese Zukunft eintritt.

Der Planungsprozess

Der Planungsprozess ist ebenso wichtig wie der Ansatz und das verwendete Instrument. Jeder Ansatz der personenzentrierten Planung beinhaltet einige wesentliche Elemente.

Bezugspersonen einbeziehen

Oft (aber nicht immer) spielen Bezugspersonen wie Familienmitglieder oder Freunde eine wichtige Rolle in der personenzentrierten Planung. Wir werden uns als nächstes mit den Personen beschäftigen, die Betroffene als Bezugspersonen betrachten.

Wir müssen vorausschicken, dass nicht alle Familien über gesunde Beziehungsstrukturen verfügen. Es ist deshalb umso wichtiger, das Augenmerk auf diejenigen Personen zu legen, welche die Betroffenen als Bezugspersonen bezeichnen und in ihr Leben einschliessen möchten. Wir müssen uns stets vor Augen halten, dass in einigen Familien Missbrauch oder Misshandlungen vorgekommen sind. Deshalb kann manchmal nur schon die Verwendung des Wortes «Familie» auf Ablehnung stossen. Manche Menschen haben niemanden, den oder die sie als Familie oder gar Freunde betrachten.

Dies beeinflusst wiederum die Auswahl der Instrumente, die für die Betroffenen in den jeweiligen Situationen am brauchbarsten sind. Einige Instrumente, auf die später näher eingegangen wird, können nützlich sein, um Wege zu finden, Beziehungen zu mehreren Leuten aufzubauen und Aktivitäten zu betreiben, woraus dann Freundschaften entstehen können.

Die Rolle des Moderators

Sie ist bei der personenzentrierten Planung entscheidend. Moderatoren haben zwei Hauptaufgaben: zum einen den Meinungs- und Wissensaustausch unter den vom Planungsprozess betroffenen Personen zu fördern und zum anderen sicherzustellen, dass der Fokus auf die Einzelperson nicht vergessen geht.

Ein Moderator muss immer aufmerksam zuhören, das Gesagte bestätigen, zurückmelden und sicherstellen, dass die Ansichten der betroffenen Personen von deren Familie und Freunde gehört werden.

Grafische Moderation

Viele werden diese Form der Moderation kennen, denn sie wird seit langem als Hilfestellung in Sitzungen verwendet. Sie hat mehrere Vorteile:

- ◆ Sie fördert die Teilnahme und macht Spass.
- ◆ Der Verlauf der Sitzung wird so registriert, dass man sich leicht daran erinnern kann. Es ist einfacher, Konzepte im Kopf zu behalten, wenn Worte mit Bildern verbunden werden.
- ◆ Jeder sieht, was gesagt wird, und kann zustimmen oder nicht. Es gibt keine Notizen, über die danach möglicherweise debattiert wird.
- ◆ Während der Sitzung kann man jederzeit nachschauen, was zuvor gesagt wurde.
- ◆ Sie hilft der Gruppe sich zu konzentrieren.
- ◆ Gefühle können ebenso aufgenommen werden wie Ideen oder Äusserungen.
- ◆ Frühere Muster und Einflüsse, die nicht erkannt wurden, werden nun identifiziert.
- ◆ Sie ermutigt dazu, einmal anders und kreativ zu denken.
- ◆ Positionen, Farben, Formen und Pfeile können benutzt werden, um Ideen zu verbinden

Ein Beispiel einer grafischen Moderation finden Sie im Abschnitt «Weiterführendes Lernen» am Ende dieses Moduls.

Personenzentrierte Planungsmethoden

Es gibt viele verschiedene personenzentrierte Planungsansätze, von denen keiner der beste oder einzig mögliche Ansatz ist. Im nachfolgenden Kasten wird eine Auswahl kurz beschreiben. Wir wollen jedoch besonders auf zwei Ansätze eingehen: die persönliche Zukunftsplanung sowie das Unterstützungsnetzwerk, beziehungsweise den Unterstützerkreis.

Beispiele von personenzentrierten Planungsansätzen

«Grundlegende Lebensstilplanung» (Essential Lifestyle Planning, GLP)

Die «Grundlegende Lebensstilplanung» veranschaulicht, wie jemand sein Leben führen möchte und wie er dies anhand eines detaillierten Aktivitätenplans umsetzen möchte. Durch eine GLP können Sie herausfinden, was den Nutzenden wichtig ist und welche Unterstützung sie (aus ihrer Sicht) benötigen, um gesund zu bleiben. Ein guter Plan reflektiert sowohl die Wahrnehmung der betroffenen Person selbst als auch jene der sie umgebenden und umsorgenden Menschen.

Eine GLP umfasst folgende Bereiche:

- Was Menschen an der betroffenen Person mögen und an ihr bewundern
- Was der betroffenen Person selber wichtig ist
- Kommunikation
- Wie Unterstützung angeboten werden soll
- Identifikation erfolgreicher Methoden
- Lösung von Problemen

Eine GLP eignet sich gut, um einen Menschen kennenzulernen und herauszufinden, auf welche Art und Weise er täglich unterstützt werden möchte. Im Gegensatz zu anderen Ansätzen geht sie aber nicht auf Träume ein.

«Planung Veränderte Zukunft mit Hoffnung» (Planning Alternative Tomorrows with Hope, PATH)

Bei PATH (es wird das englische Akronym verwendet, das treffenderweise mit «Pfad» übersetzt werden kann) handelt es sich um eine flexible Methode, die meistens grafisch dargestellt wird und eine grosse Wirkung auf die Betroffenen hat. Sie legt den Schwerpunkt auf Änderungsprozesse und hilft den unterstützenden Personen, den Plan und dessen Ablauf zu verstehen. Es geht weniger darum, Informationen zu erhalten, als vielmehr Aktivitäten zu planen. Die Methode legt das Augenmerk auf «den Traum» und erarbeitet den Weg dahin, wobei auch die dafür nötigen Pläne erstellt werden (Forest et al. 1993).

«Anfertigung eines Aktivitätenplans» (Making Action Plans, MAPS)

MAPS (es wird das englische Akronym verwendet, das treffenderweise mit «Landkarten» übersetzt werden kann) ist insofern ähnlich wie PATH, als die Methode auf einer wünschenswerten Zukunft oder Träumen basiert und darauf, wie die Nutzenden diese erreichen könnten. MAPS befasst sich mit der Geschichte der Person und veranschaulicht ihre Begabungen.

Mehr über GLP, PATH und MAPS erfahren Sie im Abschnitt «Weiterführendes Lernen» am Ende dieses Moduls.

Persönliche Zukunftsplanung

Dieses Planungskonzept hat Ähnlichkeiten mit dem GLP-Konzept. Es geht darum, das gegenwärtige Leben zu beschreiben und in Erfahrung zu bringen, was sich die Person für die Zukunft wünscht (Mount 2000).

Der Prozess besteht aus verschiedenen Etappen, zu denen Sie nachfolgend eine kurze Erläuterung finden.

Der erste Schritt besteht darin, eine Person kennenzulernen und ein persönliches Profil entwickeln. Es werden mehrere Pläne benötigt, um ein positives und genaues Bild von der Person zu erhalten. Im ersten Teil der Sitzung können grafische Pläne gezeichnet werden. Es gibt fünf Hauptpläne, die in der Regel benutzt werden:

- ◆ Beziehungsplan
- ◆ Orts-Plan
- ◆ Hintergrundplan
- ◆ Vorlieben-Plan
- ◆ Traumplan

Beziehungsplan

Er ist ein wichtiger Teil im Prozess des Kennenlernens. Man geht folgendermassen vor: Der Plan wird in mindestens drei Abschnitte aufgeteilt – Familie, Freunde/Bekannte und professionelle Helfer. Dabei werden diejenigen Personen, welche die engste Beziehung zur betroffenen Person haben, am nächsten zu ihr platziert. So können wir mit dem Kennenlernen beginnen!

Der Beziehungsplan

- ◆ zeigt auf, wer einen Beitrag zum persönlichen Profil oder dem Planungsprozess machen kann (Freunde, Verbündete und andere Bezugspersonen);
- ◆ verdeutlicht, welche Beziehungen ausgebaut und verstärkt werden können, zum Beispiel mit Freunden oder anderen Bekannten im Umfeld;
- ◆ zeigt die Gewichtung zwischen Familie, Freunde und professionellen Helfern.

Orts-Plan

Er zeigt die Orte auf, an denen sich die Person regelmässig aufhält, und illustriert, wie viel Zeit jeweils in spezifischen Versorgungseinrichtungen und an regulären Gemeinschaftsorten verbracht wird. Diese beiden Bereiche sollten deutlich unterschieden werden, damit klar wird, wann wo wie viel Zeit verbracht wird und somit die Gewichtung ersichtlich wird.

Der Orts-Plan

- ◆ zeigt, wie die Person ihre Zeit verbringt;
- ◆ verdeutlicht das Verhältnis zwischen der Zeit, die innerhalb und ausserhalb von Versorgungseinrichtungen verbracht wird;
- ◆ veranschaulicht, wie die Zeit in regulären Gemeinschaftsorten erhöht werden kann.

Hintergrundplan

Er erlaubt einen Überblick darüber, wie die betroffene Person ihr Leben bisher erlebt hat. Auf diese Weise kann auf positiven vergangenen Erfahrungen aufgebaut werden, während gleichzeitig allfällige Verluste, Trauer und Traumata anerkannt und beurteilt werden können. Es wird eine Zeitlinie von der Geburt bis zum jetzigen Zeitpunkt gezeichnet, auf der alle Ereignisse und Erfahrungen eingezeichnet sind, die als bedeutungsvoll und wichtig erachtet werden.

Der Hintergrundplan

- ◆ verbindet die Person mit ihrer Geschichte vor ihrer unmittelbaren Vergangenheit oder der Psychiatrieerfahrung;
- ◆ identifiziert Erfahrungen, die nicht wiederholt werden sollten;
- ◆ feiert Errungenschaften;
- ◆ identifiziert positive Erfahrungen und Gegebenheiten, an die angeknüpft werden kann.

Vorlieben-Plan

Er hat Ähnlichkeiten mit dem Begabungsposter (siehe Aktivität 4.3) und beschreibt die persönlichen Vorlieben, Interessen und Talente einer Person. Es wird versucht, deren Vorlieben und Abneigungen aufzuzeigen, und sie in ein Muster einzufügen, welches das Potential und die einzigartigen Beiträge der Person deutlich macht.

Der Vorlieben-Plan

- ◆ zeigt auf, was die Person mag, worin sie gut ist und wozu sie beitragen kann;
- ◆ zeigt Dinge auf, die öfters getan werden könnten;
- ◆ deutet auf Situationen und Erfahrungen hin, die vermieden werden sollten.

Traumplan

Die betreffende Person ist aufgefordert, ihre Hoffnungen und Befürchtungen offen auszudrücken, und wird über die Möglichkeiten und Hindernisse, die auf ihrem Weg liegen, befragt. Es ist wichtig, dass sie dabei ihre persönliche Perspektive beibehält und dass diejenigen Leute, die zum Prozess beitragen, versuchen es ihr gleichzutun.

Der Traumplan:

- ◆ hilft, einen Eindruck des von der Person gewünschten Lebensstils zu erhalten;
- ◆ zeigt auf, was nach Befürchtung der Person geschehen oder schiefgehen könnte;
- ◆ hilft, die Agenda für die Planungstreffen zu erstellen.

Zusätzlich zu diesen fünf wichtigsten können weitere Pläne erstellt werden, von denen wir nachfolgend drei vorstellen möchten.

Entscheidungsplan

Er soll aufzeigen, welche Entscheide die betroffene Person selber und welche andere Menschen für sie getroffen haben. Auf diese Weise entsteht ein guter Eindruck davon, wie selbständig die Person ist und in welchen Bereichen sie künftig mehr Kontrolle übernehmen könnte. Der Entscheidungsplan kann für Menschen, die Zwangsmassnahmen erfahren haben, schwierig zu erstellen, gleichzeitig aber nützlich sein, um aufzuzeigen, welche Wahlmöglichkeiten der Person verwehrt werden (wie in Modul 1 beschrieben) und wie man diese wieder stärken könnte.

Gesundheitsplan

Er soll aufzeigen, was für die Gesundheit der betroffenen Person förderlich oder schädlich ist. Auf diese Weise können Dinge betont werden, die geschehen müssen, damit die Betroffene gesund und sicher aufgehoben bleibt, sowie Dinge, die geschehen müssen, damit sie gesünder wird. Wenn die Nutzende es als förderlich erachtet, kann der Gesundheitsplan durch weitere Instrumente und Ansätze (wie etwa Selbsthilfegruppen und WRAP, beschrieben in Modul 3) ergänzt werden.

Respektplan

Er soll zeigen, was Menschen hilft, die betroffene Person wertzuschätzen, und was sie gegebenenfalls daran hindern könnte. Der Plan soll die positiven, Respekt heischenden Eigenschaften der Person anerkennen. Ein Moderator wird möglicherweise weitere Pläne aufstellen wollen, um die Person, mit der er zusammenarbeitet, umfassend kennenzulernen.

Wenn das persönliche Profil vervollständigt ist, werden die verschiedenen Pläne zusammengefasst, indem Themen herausgearbeitet werden, welche die Stärken der Person beschreiben, und ausgehend davon wird dann die persönliche Zukunftsplanung entwickelt (siehe Kasten).

Die persönliche Zukunftsplanung – grundsätzliche Schritte

- persönliches Profil besprechen
- wünschenswerte Bilder für die Zukunft finden
- Ideen erarbeiten, um die Visionen zu erreichen
- Prioritäten für den Anfang setzen und sich zum Aktiv werden verpflichten
- Zeit und Datum für das nächste Treffen festlegen

Aktivität 4.5

In dieser Aktivität sollten Sie mit einer Kollegin zusammenarbeiten, die Sie gut kennen und der Sie vertrauen.

Zunächst erstellen Sie ausgehend von den Erläuterungen auf Seite 119 Ihren eigenen Beziehungsplan und im Anschluss daran einen für Ihre Kollegin. Weiterhin erstellen Sie einen Plan der Vorlieben, zunächst für sich selbst und danach für Ihre Kollegin.

Setzen Sie sich nun mit Ihrer Kollegin zusammen und schauen Sie sich die erstellten Pläne an.

Gibt es viele Ähnlichkeiten zwischen den Plänen, die Sie erstellt haben, und denjenigen, die Ihre Kollegin erstellt hat?

→

Gibt es grössere Unterschiede?

→

Wie fühlt es sich an, jemand anderes in diese persönlichen Bereiche Ihres Lebens einzubeziehen?

→

Die persönliche Zukunftsplanung kann Ihnen bei Ihrer Arbeit helfen. Besonders nützlich ist das Instrument bei der Zusammenarbeit mit Menschen, die sich lange in einer psychiatrischen Klinik aufgehalten haben und nun in ihrem Leben weiterkommen möchten. Selbst wenn Sie nur einen oder zwei der vorgestellten Pläne nutzen, kann dies helfen, bestimmte Bereiche im Leben, die man weiter ausbauen möchte, eingehender zu betrachten.

Unterstützungsnetzwerke

Dieser Ansatz gründet zum einen auf den Materialien, die ursprünglich von Marsha Forest, Jack Pearpoint und Judith Snow entwickelt wurden, und zum anderen auf der Erfahrung des kanadischen «Planned Lifetime Advocacy Network» in den vergangenen fünfzehn bis zwanzig Jahren (Snow 1998). Es ist ein besonders hilfreicher Weg, Beziehungen zu verstehen und aufzubauen sowie soziale Exklusion und langfristige, praktische Schwierigkeiten anzugehen und zu überwinden. Es gibt zahlreiche Unterstützungsnetzwerke für Menschen in unterschiedlichen Umständen im deutschsprachigen Raum.

Für viele Menschen besteht ein bedeutender Teil von Recovery darin, Menschen zu bestimmen, die sie unterstützen können. Dieses Vorgehen kann uns helfen, über Personen nachzudenken, die Teil unseres Lebens sind. Weiter kann es helfen, uns über Bereiche in unserem Leben bewusst zu werden, in denen nur wenige Hilfspersonen vorhanden sind und zusätzliche Unterstützung gewonnen werden kann. Es ist erwähnenswert, dass das Instrument von einem Interessensnetzwerk entwickelt wurde. Es unterscheidet sich dadurch erheblich von den unabhängigen Unterstützungsvorrichtungen, die den Nutzenden in Grossbritannien allgemein zur Verfügung stehen. Ein unabhängiger Unterstützer kann wählen, ob er Teil eines Unterstützungsnetzwerks werden will, wenn er von der betroffenen Person angefragt wird.

Es gibt zwei Etappen in einem Unterstützungsnetzwerk.

Etappe 1: Die bestehenden Unterstützungskreise identifizieren.

Wir können so unsere Beziehungen aufzeigen (siehe Seite 124).

Vertraute

Sie bilden den innersten Kreis. Es handelt sich um Personen, die uns am nächsten sind und deren Abwesenheit wir uns nicht vorstellen könnten, selbst wenn wir sie nicht oft sehen. Dies können Familienmitglieder oder enge Freunde sein.

Freundschaften

Im zweiten Kreis befinden sich diejenigen Menschen, die wir als Freunde im eigentlichen Sinn des Wortes betrachten, also Menschen, denen wir vertrauen, auf die wir uns verlassen, von denen wir Geld ausleihen, mit denen wir lachen und weinen. Manchmal können diese Menschen beinahe dem ersten Kreis zugeordnet werden.

Beteiligungen oder Mitgliedschaften

Im dritten Kreis befinden sich all jene Menschen, denen wir täglich begegnen, sei es bei der Arbeit im Büro oder bei der Ausübung unserer Hobbys. Es kann sich um alte Schulfreunde handeln oder lediglich um Menschen, die uns stets grüssen, selbst wenn wir ihren Vornamen nicht kennen.

Austausch

Im äusseren Kreis befinden sich all jene Menschen, die dafür bezahlt werden, in unserem Leben zu sein – entweder direkt von uns oder dadurch, dass sie ihren Lohn aus der Zusammenarbeit mit uns beziehen. Es kann sich also um unseren Arzt, Zahnarzt, die Tagesmutter, den Friseur oder einen Handwerker handeln.

Wird dieser Ansatz verwendet, nennen Nutzende üblicherweise in den ersten drei Kreisen einen Profi. Ohne die positive Natur vieler solcher Beziehungen anzweifeln zu wollen, ist es doch wichtig, dass wir uns vergegenwärtigen, weshalb das so ist: Würden diese Profis beispielsweise im Falle eines Stellenwechsels den Kontakt aufrechterhalten? Telefonieren sie spätabends, oder laden sie die Nutzende zum Essen oder auf einen Film ein?

Manchmal haben Menschen so wenige wertvolle Beziehungen, dass die Profis ihnen näher als sonst jemand stehen. Wenn aber Namen von professionellen Helfern in einem Kreis genannt werden, in den sie eigentlich nicht gehören, so kann dies das Bild verfälschen.

Unterstützungnetzwerke organisieren sich um die Person in der Mitte des Kreises herum, also um die Person, die im Zentrum steht. Die Menschen in den Kreisen tun Dinge, die für vertraute Menschen selbstverständlich sind. Sie hören zu, und zwar nicht nach Art einer Beratung, sondern so, wie es Freunde tun. Sie helfen den Nutzenden, Lösungen zu finden, indem zusammen nachgedacht wird, Ideen ausprobiert werden, sich immer wieder der Ausgangspunkt vor Augen geführt wird. Sie erweisen einen Gefallen und nutzen ihre Kontakte, ohne dafür eine Gegenleistung zu verlangen. Manchmal betätigen sie sich gemeinsam mit der betroffenen Person aktiv, manchmal ist jeder alleine unterwegs. Ein effektiver Kreis kann Fähigkeiten, Ideen und Verbindungen bündeln. Auf diese Weise können die meisten Probleme leichter gelöst werden.



Etappe 2: Einen Zukunftskreis aufbauen. Wenn Sie wissen, wer sich im Unterstützungskreis einer Person befindet, können Sie die Lücken ausfindig machen.

Fehlende Personen hinzufügen

In der Regel fällt uns das Leben einfacher, wenn wir wenige, aber enge Freunde und einen grossen Bekanntenkreis haben.

Den meisten von uns geht es besser, wenn wir über eine gute Mischung von Menschen, die unsere Umstände teilen, und Menschen, die von einem anderen Hintergrund kommen, verfügen. Darin besteht der Unterschied zwischen dem Verankern von sozialem Kapital (Menschen, die unseren Hintergrund und unsere Umstände teilen) und dem Ausbau von sozialem Kapital (Menschen, die verschiedene Verbindungen haben und uns so ein breiteres soziales Umfeld erschliessen).

Sind in diesem Kreis Menschen mit ähnlichem und Menschen mit unterschiedlichem Hintergrund vorhanden?

Solche Kontakte können oftmals durch Freunde oder bei der Ausübung von Hobbys geknüpft werden.

Betrachtung der Erfahrungen und Interessen

Gibt es im Kreis Menschen, die der betroffenen Person in Bereichen, die im jetzigen Zeitpunkt der Recovery von Bedeutung sind, nützlich sein könnten? Ist beispielsweise im Fall einer Stellensuche jemand da, der bei der Stellenwahl und der Vorbereitung helfen kann, der die Erfahrungen und Stärken der Person in einem positiven Licht präsentieren und sie beim Arbeitsbeginn unterstützen kann? Ist, falls jemand fit werden und sein körperliches Wohlbefinden steigern möchte, jemand vorhanden, der an Fitness interessiert ist? Weiss jemand über die lokalen Sporteinrichtungen Bescheid? Kann jemand die nutzende Person begleiten, wenn sie neue Aktivitäten antritt?

- ◆ Welche Bereiche sind für die Person wichtig?
- ◆ Gibt es im Kreis Personen, die Unterstützung bieten können – seien es Freunde oder auch jemand, der dafür bezahlt wird?
- ◆ Wird jemand mit besonderen Fähigkeiten benötigt?
- ◆ Die Menschen im Kreis können auch gefragt werden, ob sie ihre sozialen und beruflichen Beziehungen für den Aufbau neuer Verbindungen nutzen können.

Aktivität 4.6

Gestalten Sie Ihren eigenen Unterstützungskreis und erläutern Sie Ihre Überlegungen der Gruppe.

→

Denken Sie an jemanden, den Sie unterstützen: Wie würde dessen Unterstützungskreis aussehen?

→

Wie würden Sie vorgehen, um Leute zu finden, welche die bestehenden Lücken füllen könnten?

→

Unterstützungskreise können besonders nützlich bei der Arbeit mit Menschen sein, bei denen ein besonderes Risiko der sozialen Exklusion besteht oder deren Ansichten dauernd ignoriert und übergangen werden.

4. Schlussfolgerung

Personenzentriertes Arbeiten ist ein fester Bestandteil der recovery-orientierten Praxis.

Die zentralen Punkte – die Person ins Zentrum rücken, von Begabungen und Stärken statt Defiziten ausgehen, die Menschen in einem positiven Blickwinkel sehen – sind in vielen Situationen anwendbar.

Die detaillierteren Hilfsmittel für die Beschreibung oder Planung der Wünsche oder Ziele sind für spezifische Situationen vorgesehen. Man muss Überlegungen anstellen, um sicherzustellen, dass sie für einen bestimmten Menschen zu dieser Zeit und unter diesen Umständen die beste Option sind.

Bei der Verwendung personenzentrierter Ansätze wird von der Erfahrung der betroffenen Personen (das heisst den Erfahrungen aller Beteiligten) und den Fähigkeiten, die sie sich in den verschiedenen Phasen ihres Lebens aneignen konnte, ausgegangen.

Auf den ersten Blick scheint sich dies nicht wesentlich von traditionelleren Ansätzen oder anderen Wegen, Recovery zu beschreiben oder darüber nachzudenken, zu unterscheiden. Personenzentriertes Arbeiten und personenzentrierte Planung unterscheiden sich aber grundsätzlich von manchen anderen Ansätzen, da sie von unterschiedlichen Ausgangspunkten starten. Sie stellen die Person selber ins Zentrum und erstellen die Planung stets mit dem Ziel, die von der Person geäußerten Hoffnungen und Wünsche zu verwirklichen. Aus diesem Grund kann dieses Arbeiten manchmal die Wertvorstellungen und Tätigkeiten von Profis in Frage stellen.

Es besteht das Risiko, dass man zunächst personenzentrierte Ansätze verwendet, sich aber später von ihnen abwendet, da sie als zu unangenehm oder schwierig erscheinen. Auf diese Weise geht der potentielle Nutzen für jene Menschen, die in ihrem Leben nicht so viele Möglichkeiten haben, verloren.

Es sind die Werte und Ansätze von Personenzentriertheit, die den Menschen Kraft und Unterstützung geben, wenn sie anfangen, auf diese Weise zu arbeiten. Denken Sie an Ihre Begabungen und Stärken, suchen Sie Freunde und andere Menschen, die Ihnen helfen können, und denken Sie auf umfassendere Weise und langfristig.

Vom Lernen zur Praxis

Bevor Sie zum nächsten Modul übergehen, nehmen Sie sich die Zeit, um das in diesem Modul Gelernte zu rekapitulieren. Einige Dinge mögen Ihnen Mut machen. Denken Sie darüber nach, inwiefern Ihre jetzige Arbeitsweise dem hier bearbeiteten Thema entspricht.

Einiges davon wird neu für Sie sein oder Ihnen schwerfallen. Notieren Sie sich, wie Sie Ihre Arbeit nach Abschluss des Moduls anpassen möchten.

→

Weiterführendes Lernen

–
P. Ritchie

Modernising Services: Person Centred Planning

London 2002

Weiterführende Links

–
www.personcentredplanning.eu/index.php?lang=de

–
www.persoenliche-zukunftsplanung.de/

Literatur

–
M. Forest, J. O'Brien, J. Pierpoint

PATH: A Workbook for Planning Positive Possible Futures

Toronto 1993

–
B. Mount

Person-centred Planning. Finding Directions for Change

Using Personal Futures Planning

Toronto 2000

–
Ch. Rapp, R. Goscha

**The Strengths Model – Case Management with People
with Psychiatric Disabilities**

2. Auflage

Oxford 2006

–
J. Snow

«Participation Through Support Circles» in:

J. O'Brien, C. L. O'Brien (Hrsg.)

A Little Book About Person Centred Planning

Toronto 1998

Modul 5

Verantwortung und Risikobereitschaft teilen

Willkommen zu Modul 5

Lernziele

Nach der Bearbeitung dieses Moduls sollten Sie fähig sein:

- ◆ zu erkennen, wie wichtig Risikobereitschaft für die Recovery-Reise ist;
- ◆ professionelle, recovery-orientierte Herangehensweisen im Umgang mit Risiken und Risikomanagement zu evaluieren;
- ◆ die Risikoeinschätzung von Nutzenden und von Organisationen zu vergleichen und kritisch zu reflektieren;
- ◆ Nutzende in Entscheide über organisatorische und nutzerdefinierte Risiken mit einzubeziehen;
- ◆ Nutzende zu ermutigen Risiken einzugehen und sie bei der Umsetzung zu unterstützen, besonders wenn Dinge nicht wie geplant laufen.

Geschätzter Zeitaufwand für die Bearbeitung der Lernaktivitäten → 6 Stunden

Autorinnen des Moduls

Rachel Perkins und Kim Goddard

South West London and St. George's Mental Health NHS Trust

Verantwortliche für die deutsche Fassung:

Eva Tola

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung	134
2. Was beeinflusst die Risikoeinschätzung?	136
3. Alltags-Risiken jenseits von Gewalt und Suizid	138
Unterschiedliche Perspektiven auf Risiken	138
Wechselbeziehung zwischen verschiedenen Risiken	142
4. Institutionelle Herangehensweisen an das Risikomanagement	142
5. Verantwortung für das Risiko teilen	145
Die Verantwortung auf individueller Ebene teilen	146
Die Verantwortung auf institutioneller Ebene teilen	149
6. Unterstützung bieten beim Eingehen von Risiken	151
Eine lösungsorientierte Herangehensweise übernehmen	151
7. Schlussfolgerung	156
Vom Lernen zur Praxis	156
Weiterführendes Lernen	157
Literatur	157

1. Einführung

In Modul 1 identifizierten wir die Risikobereitschaft als ein Schlüsselement von Recovery und zeigten, dass über den, innerhalb der Versorgung vorherrschenden, Risikoansatz hinausgedacht werden sollte. Dies werden wir in diesem Modul vertiefen und dabei folgende Bereiche untersuchen:

- ◆ unterschiedliche Auffassungen von Risiken
- ◆ verschiedene Risiken, die den Menschen begegnen
- ◆ Wege, Menschen in die Entscheidungen rund um Risiken mit einzubeziehen
- ◆ Menschen helfen, Erfolge zu maximieren
- ◆ Menschen unterstützen, wenn die Dinge nicht wie geplant laufen

Wenn wir im Zusammenhang mit psychischen Problemen an «Risiko» denken, kommen uns zunächst die offensichtlichen Gefahren, welche eine Person für andere darstellen könnte (Aggression, Gewalt, bis hin zum Mord), oder für sich selber darstellt (Selbstverletzung, Vernachlässigung oder gar ein Suizid) in den Sinn.

Es vergeht kaum ein Tag, an dem die Zeitungen nicht über die zunehmende Gewalt in unserer Gesellschaft berichten. Oft werden Gewalttaten dabei mit psychischen Problemen in Zusammenhang gebracht (Philo et al. 1996). Nachfolgend einige Beispiele:

*«Taximörder auf der Flucht – Er brach aus der Psychiatrie aus»
(Blick online, 20.08.11)*

*«Mord aus Eifersucht: 28-jähriger muss in die Psychiatrie»
(Nürnberger Nachrichten, 14.7.11)*

*«Psychisch Kranke wegen Gewaltübergriffe vor Gericht»
(PZ-news.de, 14.9.11)*

Eigentlich sind es jedoch die Nutzenden selber, die einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, Opfer von Übergriffen, Gewalt und Vergewaltigungen zu werden.

Es besteht ein erheblicher politischer Druck auf die psychiatrischen Dienste, die Gefahren, die Menschen mit psychischen Problemen für andere oder sich selber darstellen könnten, möglichst gering zu halten. Sie sind folglich bemüht, Leitlinien und Abläufe zu entwickeln, um Risiken wie Gewalttaten, Aggression, Selbstverletzung und Suizid zu minimieren. Dies erfolgt in einem Ausmass, dass andere Arten von Risiken für Nutzende, die im Rahmen von Recovery wichtig sind, wie etwa die Anfälligkeit ausgebeutet oder missbraucht zu werden oder die Gefahr sozialer Isolation, nicht berücksichtigt werden.

Als Folge davon entsteht eine Kultur, in der sich die einzelne Fachperson beinahe schuldig fühlt, wenn etwas schief läuft. Dies wiederum führt dazu, dass die Angestellten Risiken jeglicher Art vermeiden möchten, was schliesslich auf Kosten der betroffenen Person und ihrer Situation, ihrer Wünsche, Anliegen und Hoffnungen geht. Die durch ein solches Klima entstehende Abneigung gegenüber Risiken geht oft weit über die Thematik der physischer Gefahr hinaus und führt zu gutgemeinten, aber fehlgeleiteten Bemühungen, Menschen vom Risiko des Scheiterns zu «beschützen». Repper und Perkins (2003) etwa schreiben:

«Gemäss einer verbreiteten Sichtweise haben Menschen mit psychischen Problemen durch zahlreiche Misserfolge oft ein erheblich beeinträchtigtes Selbstwertgefühl. Weiteres Scheitern sollte demnach verhindert werden, da dies ihr Selbstvertrauen noch weiter herabsetzen würde.»

Verständlicherweise können Menschen, die schwere psychische Probleme erfahren haben, zögern Risiken einzugehen. Dies geschieht meist aus Angst, ihre Probleme noch zu verschlimmern oder in der Welt ausserhalb der Psychiatrie auf Menschen zu stossen, die ihnen mit Voreingenommenheit begegnen. Ebenso mögen sie befürchten, auch noch das Wenige, was sie besitzen, zu verlieren. Ein Beispiel hierfür ist der mögliche Verlust von Unterstützungszahlungen, wenn sie eine Arbeit finden. Überdies können Familienangehörige befürchten, dass die betroffene Person durch neue Herausforderungen einen Rückfall erleidet und dass neue Recovery-Ideen nur «falsche Hoffnungen» wecken.

Eines der grössten Hindernisse für «Recovery» ist eine geringe Erwartungshaltung (SEU 2004). Ist das ganze Umfeld der Meinung, man bringe es sowieso nie zu etwas, ist es naheliegend und einfacher, die eigenen Wünsche und somit auch sich selber, aufzugeben. Ohne Hoffnung gibt es kein Recovery.

Geringe Erwartungen der Fachpersonen zu bestimmten Themengebieten wie dem Finden einer Arbeitsstelle können sich verheerend auf die Hoffnung des betroffenen Menschen auswirken (Perkins 2005). Als Folge davon werden auch Menschen, die eine Stelle finden könnten, ohne Anstellung sein. Sie sind in einem Teufelskreis von geringen Erwartungen und geringen Leistungen gefangen.

Die oftmals pessimistischen Erwartungen von Professionellen zu diesem Thema entsprechen jedoch nicht gänzlich der Realität. In einer dazu durchgeführten Studie wurden Menschen mit psychischen Problemen und einer Anstellung interviewt. Vierzig Prozent der Befragten gaben an, dass ihnen früher Fachperson gesagt haben, sie würden nie mehr fähig sein zu arbeiten (Rinaldi 2000).

Gemäss Rogers (1995) richtet diese Art der selbsterfüllenden Prophezeiung grossen Schaden an:

«Wenn Menschen hören, dass sie nichts wert seien, dann glauben sie es. Wenn du aber den Menschen sagst, dass sie wertvolle Mitglieder dieser Gesellschaft sind - oder jedenfalls das Potential dazu haben - dann glauben sie dir das.»

Sind Menschen nicht bereit Risiken einzugehen, verharren sie in der Rolle des «Patienten» und können nur schwer neue Kontakte ausserhalb von psychiatrischen Diensten knüpfen. Es muss also unsere Aufgabe sein, die Menschen dabei zu unterstützen, eine positive Risikobereitschaft zu entwickeln.

Recovery bedingt zwangsläufig, dass Risiken eingegangen werden. Man kann seine Möglichkeiten und sein Potential oder die Verfolgung seiner Träume und Ziele nicht erforschen, ohne ein Risiko einzugehen. Sind wir der Ansicht Menschen vor Risiken schützen zu müssen, anstatt sie dazu zu ermuntern und zu unterstützen solche einzugehen, helfen wir ihnen nicht auf ihrer Recovery-Reise.

Recovery bedeutet, „am Steuer seines Lebens zu sitzen. Sehen wir es als unsere Aufgabe die Risiken der betroffenen Personen zu beurteilen und zu managen, statt ihnen zu helfen, diese einzuschätzen und Wege zu erarbeiten, sie zu verringern, reissen wir das Steuer an uns.

2. Was beeinflusst die Risikoeinschätzung?

Der nachstehende Kasten veranschaulicht Elemente, die unsere Einschätzung über das Eingehen von Risiken beeinflussen.

Vorwissen

Bereits vorhandenes Wissen über Risiken im Zusammenhang mit verschiedenen Ereignissen und Vorgehensweisen beeinflusst unser Verhalten. «Glücklich sind die Unwissenden», mag manchmal zutreffen, aber Informationsmangel hält uns auch davon ab, sachkundige Entscheide zu treffen.

Kontext

Auch wenn wir normalerweise keine Angst haben, in der Nacht alleine spazieren zu gehen, könnte eine Serie von Überfällen in unserer Gegend diese Einschätzung ändern.

Vorurteile

Unsere Haltungen und Vorurteile beeinflussen unsere Urteile (siehe auch Modul 2). Hinzu kommen die Medien, die durch Stereotype die Angst vor Menschen mit psychischen Problemen schüren.

Kontrolle über die Risiken

Haben wir das Gefühl, ein Risiko «im Griff» zu haben, gehen wir es eher ein, als wenn wir keine Kontrolle darüber besitzen. Wenn Sie beispielsweise im Auto selber am Steuer sitzen, haben Sie eine grössere Kontrolle als Sie dies als Beifahrerin oder Beifahrer haben. Vermutlich sind Sie daher am Steuer auch eher bereit, grössere Risiken einzugehen.

Persönliche Erfahrungen

Haben wir in der Vergangenheit schlechte Erfahrungen gemacht, scheuen wir uns vermutlich davor, ähnliche Risiken wieder einzugehen. Wenn aber bislang alles problemlos lief, ist es gut möglich, dass wir Nachteile unserer Handlungen unterschätzen.

Auswirkungen auf Mitmenschen

Viele Menschen sind bereit, Risiken für sich selber in Kauf zu nehmen, vermeiden diese aber, wenn es andere, wie etwa ihre Kinder, betrifft. Ein gutes Beispiel hierfür ist das Rauchverhalten.

Dringlichkeit

Spüren wir keinen zeitlichen Druck ein Problem anzugehen, schieben wir es oft vor uns her. Wir wissen beispielsweise, dass es vernünftig ist für das Alter vorzusorgen. Für junge Menschen jedoch, liegt der Ruhestand noch in weiter Ferne, daher scheint das Risiko gering, dafür kein Geld auf die Seite zu legen.

Selbstwirksamkeit

Vertrauen wir auf unsere Fähigkeiten, sind wir eher bereit Risiken einzugehen.

Aktivität 5.1

Sie steigen gerade ins Auto, um zur Arbeit zu fahren. Welche Risiken gehen Sie mit dieser Handlung ein, und was beeinflusst ihre Risikoeinschätzung positiv oder negativ? Schreiben Sie ihre Gedanken nieder.

→

Vielleicht haben Sie erwähnt, wie gut Sie fahren können, wie lange es zurück liegt, dass Sie in einen Unfall verwickelt waren, ob Sie müde sind oder in der Nacht davor Alkohol getrunken haben. Vielleicht beschrieben Sie den Strassenzustand, den Zustand des Autos oder ähnliches. Vielleicht haben Sie auch allgemeinere Risiken in Ihre Betrachtungen eingeschlossen, wie etwa die Auswirkungen von Autofahrten auf die globale Erwärmung.

Die Einschätzung eines Risikos ist individuell. Sie wird durch die gegebenen Umstände und durch persönliche Empfindungen und Erfahrungen beeinflusst. Wir müssen daher folgendes berücksichtigen und erfassen:

- ◆ individuelle Anliegen und Umstände der Beteiligten
- ◆ die Risikoeinschätzung aus der Perspektive der betroffenen Person

Ihre Risikoeinschätzung ist geprägt von Ihrer Wahrnehmung, Ihren Werten und Ihren Überzeugungen. Sind Sie beispielsweise bezüglich einer Sache besonders ehrgeizig, fällt ein Misserfolg wahrscheinlich schwerer ins Gewicht und wenn Sie die Klimaerwärmung als Gefahr ansehen, achten Sie vermutlich eher darauf, die Umwelt möglichst wenig zu belasten, oder Sie machen ihre Risikoeinschätzung von «Zeichen» abhängig, wenn Sie abergläubisch sind.

Doch was ist, wenn Ihre Meinungen und Auffassungen von niemand anderem geteilt werden? Diese sogar als «Wahnvorstellung» oder «Halluzination» abgestempelt werden? In diesem Fall fällt Ihre Beurteilung nochmals anders aus. Vielleicht schalten Sie dann den Fernseher nicht so gerne ein, weil dieser plötzlich Gedanken in Ihren Kopf einspeisen könnte. Oder Sie lehnen das Essen in der Klinik ab, da Sie es für vergiftet halten.

3. Alltags-Risiken jenseits von Gewalt und Suizid

Risiken werden oft als etwas Negatives bewertet, dass es gilt, wo immer möglich zu vermeiden. Dies ist jedoch nicht richtig.

Wir alle begegnen jeden Tag Risiken. Hätten wir das Risiko nicht auf uns genommen, eine Absage auf unsere Bewerbung zu erhalten, wären wir nun arbeitslos. Würden wir das Risiko, zurückgewiesen zu werden, gänzlich vermeiden, hätten wir keine Freunde.

Die Herausforderung für uns alle besteht also nicht darin, Risiken zu vermeiden, egal ob wir nun psychische Probleme haben oder nicht. Es geht vielmehr darum, unsere Erfolgchancen zu maximieren und mit den möglichen negativen Folgen umgehen zu können.

Unterschiedliche Perspektiven auf Risiken

Normalerweise werden Risikobeurteilungen in psychiatrischen Diensten von Psychiatriefachkräften durchgeführt. Weitere beteiligte Personen wie etwa die Betroffenen selber, ihre Freunde, Familien und Angehörigen, ihre Vorgesetzten, Politiker, ja, die allgemeine Öffentlichkeit, identifizieren alle ganz unterschiedliche Risiken.

Aktivität 5.2

Bei der Beurteilung eines Risikos sowie dem Eingehen von Risiken ist es wichtig, die Lage aus der Perspektive der verschiedenen daran beteiligten Menschen zu betrachten und zu verstehen. Oft müssen unterschiedliche Ansichten gegeneinander abgewogen werden.

Denken Sie an Ihre Zusammenarbeit mit den Betroffenen, ihren Freunden, Familien und Angehörigen, aber auch an Fachpersonen mit direktem Kontakt zu Nutzenden, an Leitungspersonen der psychiatrischen Dienste, an Politikerinnen und Politiker sowie an die breite Öffentlichkeit. Wenn Sie jede einzelne Person dieser Gruppen fragen, welches die drei grössten Risiken bezüglich psychischen Problemen seien, wie würden Ihrer Ansicht nach deren Antworten ausfallen?

Welches sind die 3 Hauptrisiken in Bezug auf Psychische Gesundheitsprobleme?	Aus der Sicht der Nutzer.	1. 2. 3.
	Aus der Sicht von Freunden, Verwandten, Angehörige von Personen mit psychischen Problemen.	1. 2. 3.
	Aus der Sicht der Mitglieder des Behandlungsteams..	1. 2. 3.
	Aus der Sicht des Managements der psychiatrischen Dienste.	1. 2. 3.
	Aus der Sicht der Politiker.	1. 2. 3.
	Aus der Sicht der Gesellschaft.	1. 2. 3.

Nutzende etwa könnten die Vorurteile und Diskriminierungen durch andere Menschen nennen, während die breite Öffentlichkeit die Angst vor Bedrohungen durch Gewaltakte von Menschen mit psychischen Problemen angibt. Freunde, Familien und Angehörige würden vielleicht Beziehungsabbrüche nennen oder ihre Befürchten, dass sich die von ihnen geliebte Person der Behandlung verweigert. Fachpersonen mit direktem Patientenkontakt könnten sagen, dass sie keine Kapazitäten mehr hätten, den Nutzenden die benötigte Behandlung zukommen zu lassen, da sie zu sehr mit Papierkram beschäftigt seien. Dem-gegenüber könnten die Leitungspersonen der Klinik ihre Sorge bekunden, dass ihre Fachkräfte die administrativen Angelegenheiten nicht vorschriftsgemäss erledigten. Politiker wiederum könnten eine zu hohe finanzielle Belastung des Gesundheitswesens befürchten oder gar eine Schädigung ihres eigenen politischen Rufs, wenn zu viele «Schreckensgeschichten» über die Psychiatrie im Zusammenhang mit Gewalttaten ihren Weg in die Medien finden.

Die verschiedenen Risikoeinschätzungen führen zu unterschiedlichen Arten des Risikomanagements, die sich gegenseitig ausschliessen können.

Die «Bevölkerung» könnte zum Beispiel verlangen, dass gefährdete Menschen an einem sicheren Ort verwahrt werden, wo sie eine Behandlung erhielten und das Gefahrenrisiko für andere Menschen minimiert würde. Dies lässt sich jedoch weder mit dem Wunsch der Nutzenden nach Selbstbestimmung (die bei einer Zwangseinweisung nicht mehr gewährleistet ist) noch mit dem politischen Ziel, die psychiatrischen Gesundheitskosten zu senken, vereinbaren.

Dies bedeutet also, dass Psychiatriefachpersonen mit vielfältigen und scheinbar widersprüchlichen Risikoeinschätzungen konfrontiert werden können.

Nehmen wir als Beispiel Maria, eine junge Frau, die eine ambulante Tageseinrichtung besucht und eigentlich wieder arbeiten gehen möchte.

Maria möchte unbedingt etwas aus ihrem Leben machen und Geld verdienen, damit sie eine eigene Wohnung finden und reisen kann. Sie glaubt mit Recht, dass ihre Probleme gut unter Kontrolle sind und fühlt sich für die nächsten Schritte bereit. Sie möchte vom Personal der Einrichtung bei der Arbeitssuche unterstützt werden.

Ihre Eltern sind anderer Meinung und möchten nicht, dass Maria eine Stelle sucht. Sie sind überzeugt, dass Marias psychische Schwierigkeiten durch die Ansprüche, mit denen Maria an ihrer letzten Arbeitsstelle konfrontiert war, ausgelöst wurden. Sie befürchten, dass der Stress der Arbeitssuche die Probleme ihrer Tochter wieder verschärfen und sie letzten Endes dadurch schlechter dastehen würde, da sie ihre Unterstützungszahlungen verlöre. Sie appellieren an die Fachkräfte, ihre Tochter in dieser Hinsicht nicht zu unterstützen.

Nehmen wir als weiteres Beispiel Jonas, der als stationärer Patient auf eine Abteilung kommt. Die Eltern von Jonas möchten, dass seine Freundin ein Besuchsverbot erhält, da sie befürchten, das Mädchen werde ihrem Sohn illegale Drogen mitbringen. Auch die Leitungspersonen der Klinik sorgen sich um die Gefahr von Drogen für Jonas' Gesundheitszustand, und sie sind sich des Risikos von Zeitungsberichten über in Kliniken eingeschmuggelte Drogen bewusst.

Obwohl Jonas einige dieser Befürchtungen nachvollziehen kann, sieht er für sich selber ganz andere Risiken, nämlich seine regelmässige Drogenration und seine Freundin zu verlieren. Er befürchtet, dass diese ihn verlassen und einen anderen Partner finden werde, wenn sie sich nicht mehr sehen können.

Auch seine Sorge ist berechtigt. Gesellschaftliche Vereinsamung führt erwiesenermassen zu einer Verschärfung von psychischen Problemen.

Die Eltern und die Klinikverantwortlichen beurteilen die Risiken zwar unterschiedlich, die Lösung aber ist dieselbe: den Besuch der Freundin zu unterbinden. Dies jedoch entspricht nicht den Wünschen des Nutzenden selber.

Dieses Beispiel macht deutlich, wie sich institutionelle Risikoeinschätzungen und jene der Nutzenden selbst widersprechen können und welches Konfliktpotential hier besteht.

Wechselbeziehung zwischen verschiedenen Risiken

Jede Handlung birgt Risiken; einige Risiken möglichst gering zu halten, kann bedeuten, andere zu erhöhen.

Betrachten wir das Beispiel von Jonas: Das Besuchsverbot für seine Freundin vermindert das Risiko, dass Jonas während seines Klinikaufenthalts Drogen konsumiert. Es kann aber andere Risiken erhöhen wie beispielsweise

- ◆ das Risiko, seine Partnerin zu verlieren und gesellschaftlich zu vereinsamen;
- ◆ das Risiko, dass er sich davonmacht, um seine Freundin zu sehen;
- ◆ das Risiko, dass sich seine Beziehungen zum Behandlungsteam verschlechtern;
- ◆ das Risiko, dass er die Behandlung verweigert und keine Hilfe mehr annehmen will bei der Bewältigung seiner Schwierigkeiten, inklusive seiner Drogenprobleme;
- ◆ das Risiko, dass er nach der Entlassung wieder in die Drogen zurückfällt, da er nicht gelernt hat, mit Situationen umzugehen, in denen ihm Drogen angeboten werden.

Die Schwierigkeit besteht darin, Kosten und Nutzen verschiedener Vorgehensweisen abzuwägen. Diese hängen von den individuellen Umständen, Vorlieben und Zielsetzungen sowie der Einschätzung möglicher negativer Folgen ab.

Hier ist zu betonen, dass sich dieser Konflikt keineswegs stets dadurch auszeichnet, dass Nutzende Risiken eingehen möchten und Fachperson diese zu vermeiden versuchen. Es gibt Nutzende, die zusätzliche professionelle Unterstützung wünschen, wenn sie sich unsicher fühlen. Einige Nutzende sehen Recovery als ein Risiko. Recovery kann nämlich bedeuten, dass sie Unterstützung verlieren, eine neue Identität finden und aus der vertrauten Welt der Psychiatrie heraustreten müssen.

4. Institutionelle Herangehensweisen an das Risikomanagement

«Der Fokus auf professionelle Herangehensweisen an die Risikoeinschätzungen und das Risikomanagement kann dazu führen, dass die Risiken, welche die nutzenden Personen als wichtig erachten, ignoriert oder heruntergespielt werden, so zum Beispiel die oft entmachtenden Aspekte von Vorschriften psychiatrischer Kliniken und die Überbewertung von Medikation zur Unterstützung von Menschen mit seelischem Leid.» (Langan/Lindow 2004)

Im Allgemeinen gründen Gesundheits- und Sicherheitsanforderungen sowie Richtlinien über Risiken für die Praxis auf vergangenen Ereignissen. Passiert etwas Unvorhergesehenes, Negatives werden, in der Absicht dieses Ereignis in Zukunft zu vermeiden, neue Richtlinien und Verfahren ausgearbeitet. Wir alle lernen in unserem persönlichen und beruflichen Leben aus unseren Erfahrungen. Die angesprochene institutionelle Herangehensweise ist jedoch nicht unproblematisch.

Vielfach werden die Begriffe «Risiko» und «Sicherheit» durcheinandergebracht. Es wird davon ausgegangen, dass bei einer durchlaufenen Risikoeinschätzung und einem angemessenen Risikomanagement keine «negativen Ereignisse» mehr geschehen. Dies ist jedoch falsch: Ein Risiko kann nie gänzlich ausgeschaltet werden, so sehr wir uns auch bemühen.

Aktivität 5.3

In früheren Modulen haben wir bereits die folgenden, für Recovery zentralen Aspekte herausgearbeitet:

- ◆ Hoffnung – den betroffenen Menschen helfen, an die Möglichkeit zu glauben, ein zufriedenstellendes Leben führen zu können
- ◆ Kontrolle – am «Steuer seines Lebens» sitzen und ein Experte in der eigenen Selbstpflege werden
- ◆ Perspektive – Chancen erhalten, Dinge zu tun, die einem wichtig sind

Machen Sie sich Gedanken zu den in Ihrer Organisation geltenden Richtlinien und Vorgehensweisen des Risikomanagement. Dieses kann zum Beispiel vorschreiben, dass niemand ohne Erlaubnis die Station verlassen darf, oder wie gehandelt werden muss, wenn jemand nicht zum erwarteten Zeitpunkt zurückkehrt. Oder es kann eine Bestimmung enthalten, die vorschreibt, was zu tun ist, wenn jemand nicht zum vereinbarten Treffen erscheint.

Wählen Sie eine dieser Richtlinien oder Vorgehensweisen aus und überlegen sich, inwiefern diese

- ◆ die Hoffnung Nutzender eher vermindert als erhöht;
- ◆ die Selbstkontrolle der Nutzenden über ihr Leben und ihre Schwierigkeiten reduziert;
- ◆ Nutzende davon abhält, Dinge zu tun, die ihnen wichtig sind.

Titel der Richtlinie	
Auf welche Weise beeinflussen die Richtlinie den Grad der Hoffnung der Nutzenden?	→
Auf welche Weise beeinflussen die Richtlinie den Grad der Kontrolle, die die Nutzenden über ihr Leben und Probleme haben?	→
Auf welche Weise behindert diese Richtlinie, dass die Nutzenden für sie wichtige Sachen machen können?	→

Nehmen wir die Richtlinie «Nichterscheinen zum vereinbarten Treffen». Hierzu könnten Sie sich diese Gedanken gemacht haben:

- ◆ dass die Richtlinie die «Patientenrolle» hervorhebt und die Ansicht stärkt, Betroffene seien unfähig, für sich selber zu sorgen;
- ◆ dass die Richtlinie den betroffenen Menschen die Kontrolle entzieht und nicht die Wahl lässt, ob sie überhaupt erscheinen möchten;
- ◆ dass die Richtlinie die Überwachung erhöht und beurteilt, was die Betroffenen tun, anstatt ihnen zu helfen, mit den eigenen Problemen umzugehen;
- ◆ dass ein Erscheinen zum Treffen die Person vielleicht von einer anderen Tätigkeit, wie etwa von der Arbeit oder gar den Ferien, abhält.

Natürlich haben Psychiatriefachkräfte auch den Auftrag, Konsequenzen zu betrachten, und können daher Menschen nicht bedenkenlos helfen zu tun, was diese tun möchten. Ebenso wenig können institutionelle Anliegen ignoriert werden. Gemäss Morgan (2000) kommt das Eingehen von Risiken nicht einem nachlässigen Verzicht klinischer Verantwortung gleich. Es geht vielmehr darum, «qualitativ gute klinische Entscheide zu treffen, um Vorgehensweisen zu fördern und zu unterstützen, die für die betroffene Person gewinnbringend sind.»

Wir Psychiatriefachpersonen können ermitteln, inwiefern man Richtlinien stärker auf die Sicherheitsbedürfnisse der Nutzenden ausrichten könnte, um sie auf ihrer Recovery-Reise zu unterstützen. Wenn zum Beispiel der psychische Zustand einer Person überwacht werden soll, könnte die betroffene Person selber in diesen Prozess mit einbezogen werden. Sie würde so mehr Kontrolle über ihre Schwierigkeiten erhalten und lernen, angemessener mit ihren Problemen umzugehen, wodurch letztendlich die Recovery-Reise gefördert würde.

Eine Möglichkeit hierfür ist es, gemeinsam mit der betroffenen Person die individuellen Zeichen zu identifizieren, die auf eine Veränderung ihres psychischen Gesundheitszustandes hindeuten. Eine Verminderung der Konzentrationsfähigkeit kann beispielsweise von Nutzenden beschrieben werden als «Unfähigkeit eine Zeitschrift zu lesen» oder als «Herumzappen beim TV schauen und nicht fähig sein, während der Lieblingssendung ruhig sitzen zu bleiben.» Die Selbstbeobachtungen der betroffenen Person sind meist exakter, wenn sie Dinge mit einbeziehen, die für sie von alltäglicher Bedeutung sind.

Aktivität 5.4

Bearbeiten Sie die folgende Aufgabe anhand der Richtlinie, die Sie bereits für die Aktivität 5.3 gewählt haben.

Wie könnten Sie diese Richtlinie so umsetzen, dass sie trotzdem ...	Hoffnung vermittelt;	→
	den Nutzenden hilft, die Kontrolle über ihr Leben und ihre Schwierigkeiten zurückzugewinnen;	→
	die Nutzenden dabei unterstützt, Dinge zu tun, die ihnen wichtig sind?	→
Haben sie Vorschläge, wie die Richtlinie abgeändert werden könnte, ohne die Anliegen der Institution zu untergraben und trotzdem ...	Hoffnung vermittelt;	→
	den Nutzenden hilft, die Kontrolle über ihr Leben und ihre Schwierigkeiten zurückzugewinnen;	→
	die Nutzenden dabei unterstützt, Dinge zu tun, die ihnen wichtig sind?	→

Wenn Sie sich mit der Regelung bezüglich dem «Nichterscheinen zu einem Termin» befasst haben, könnten Sie folgende Punkte in Betracht gezogen haben:

- ◆ sicherstellen, dass die Nutzenden wissen, dass eine Anwesenheitsüberwachung nicht für immer nötig sein wird
- ◆ es den Nutzenden vereinfachen, ausserhalb der regulären Termine Hilfe zu erhalten, und bei der Organisation von Terminen auf Verpflichtungen der Betroffenen (wie Studium, Arbeit, Kinderbetreuung, gesellschaftliche Anlässe, spirituelle Aktivitäten, Ferien) achten

Um Recovery besser fördern zu können und gleichzeitig die Anliegen der Organisation zu berücksichtigen, könnte man:

- ◆ gemeinsam besprechen, warum eine zeitlich begrenzte «Überwachung» sinnvoll sein kann
- ◆ sicherstellen, dass die Richtlinie selber explizit anerkennt, dass Kontrolle nicht nur als unterstützend, sondern auch als erniedrigend und entmachtend empfunden werden kann;
- ◆ eine Klausel anfügen, welche besagt, dass mit den Nutzenden Indikatoren erarbeitet werden müssen, welche zur Aufhebung der veranlassten Kontrollen führen; - eine Bestimmung einschliessen, die Nutzenden ein Mitbestimmungsrecht beim Festsetzen von Terminen gibt und deren persönliche Verpflichtungen anerkennt, damit Termine darauf abgestimmt werden können;
- ◆ eine Klausel festlegen, wonach mit der nutzenden Person abgesprochen wird, an wen sie sich wenden soll, wenn etwas „nicht gut läuft“, und wie sie zwischen zwei Terminen Hilfe findet.

5. Verantwortung für das Risiko teilen

«Compliance» ist traditionellerweise ein Mittel für Psychiatriefachkräfte, um sicherzustellen, dass Menschen mit psychischen Problemen die Ratschläge und Vorschriften von professionellen Expertinnen und Experten befolgen, insbesondere in Bezug auf die Medikation. Es wurden sogar Therapieformen entwickelt, um die Compliance zu erhöhen (Kemp et al. 1996).

Vorstellungen von Compliance wurzeln in einer Art «medizinischer Bevormundung», bei welcher Experten den Nutzenden sagen, was das Beste für sie sei. Dies lässt sich aber nicht mit Recovery vereinbaren. Wie Sie in den vorherigen Modulen gelernt haben, besteht die Aufgabe von Psychiatriefachkräften darin, Menschen zu helfen, Experten in ihrer eigenen Selbstpflege zu werden, sie beim Ergründen dessen, was sie tun wollen, zu unterstützen und die benötigten Hilfeleistungen zu identifizieren. Ein zentrales Element unserer Unterstützung ist die Risikoeinschätzung von verschiedenen Vorgehensweisen. Es gilt, Erfolgchancen zu maximieren und die negativen Auswirkungen von Misserfolgen möglichst gering zu halten. Wir müssen die Nutzenden dabei unterstützen, die Risiken einzugehen, die das Verfolgen ihrer Ziele mit sich bringt.

Oftmals sind die psychiatrischen Dienste jedoch nicht auf eine solche Herangehensweise ausgerichtet, wie das folgende Zitat aus Journeys of Recovery (SRN 2006) nahelegt:

«Was mich am meisten an Recovery hinderte, waren die psychiatrischen Dienste selber. Die Dienste sind auf Behandlung und Verwahrung ausgerichtet und darauf, dass die betroffenen Personen keine Gefahr für die Öffentlichkeit darstellen. Es geht nicht darum, dich zu einem handlungsfähigen Mitglied dieser Gesellschaft zu machen, sondern dich fügsam zu machen ... Ich hatte zuvor kein ‚richtiges‘ Leben, aber ich habe in den vergangenen zwei Jahren mehr Chancen ergriffen als jemals zuvor. Ich war überzeugt, dass ich nie mehr mit jemandem zusammenleben würde, nie mehr ausgehen und Sex haben würde, nichts von alledem tun und stattdessen als alte Jungfer ein langweiliges Leben führen würde! Aber ich verliebte mich wieder und fand eine Stelle, sogar eine Vollzeitstelle, stell dir vor!»

Psychiatriefachkräfte und nutzende Personen müssen zusammenarbeiten. Viele Psychiatriefachpersonen beziehen Nutzende in Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten mit ein. Bei Themen wie Risikoeinschätzung und Risikomanagement überwiegen jedoch zu oft institutionelle Bedenken. Aufgrund dessen sind sich manche Nutzende nicht einmal bewusst, dass Risikoeinschätzung und Risikomanagement eigentlich auch Teile ihrer Behandlung sind.

Nutzende müssen sowohl auf individueller als auch auf institutioneller Ebene in Entscheide mit einbezogen werden. Auf individueller Ebene müssen sie beim Prozess der Risikoeinschätzung und beim Erstellen von individuellen Plänen zum Risikomanagement Mitsprache haben, um gemeinsam mit den Fachpersonen Risiken zu definieren, die bei verschiedenen Vorgehensweisen entstehen können. Es müssen gemeinsam Wege ausgearbeitet werden, wie die nutzende Person «Kontrolle» zurückgewinnen und die Dinge, die sie tun möchte, selber in Angriff nehmen kann. Auf institutioneller Ebene sollte Nutzende bei der Entwicklung von Richtlinien und Vorgehensweisen, der Planung von Gebäuden sowie der Umsetzung von gesetzlichen Anforderungen und Reglementierungen angehört werden.

Der Risikoteilung kommt auch auf nationaler Ebene eine grosse Bedeutung zu. Menschen sollten ermutigt werden, sich an der Entwicklung von nationalen Richt- und Leitlinien im Zusammenhang mit Risiken zu beteiligen.

Die Verantwortung auf individueller Ebene teilen

Psychiatriefachpersonen sollten mit Nutzenden frei über Risiken und deren Auswertung sprechen können. Für einige kann dies schwierig sein, vor allem wenn es um die Themen «Fremdgefährdung» oder «Suizidalität» geht. (Langan/Lindow 2004).

Aktivität 5.5

Denken Sie an Menschen, mit denen Sie zusammengearbeitet haben. Warum kann es wünschenswert sein, mit jemandem über Risiken und Risikoeinschätzungen zu sprechen? Warum kann dies schwierig sein?

Gründe, warum es wünschenswert sein kann, mit jemandem über Risiken und deren Einschätzungen zu sprechen	Gründe, warum es schwierig sein kann, mit jemandem über Risiken und deren Einschätzungen zu sprechen
→	→

Schreiben Sie Ihre Gedanken auf und diskutieren Sie diese in der Gruppe.

Langen und Lindow (2004) weisen auf einige Gründe hin, warum eine offene Diskussion zum Thema Risiko wichtig ist. Dazu gehören:

- ◆ ein erhöhtes Verständnis für Auslöser von Risiken;
- ◆ ein erhöhtes Verständnis der nutzenden Person bezüglich der Gründe, weshalb sie professionelle Hilfe in Anspruch nehmen muss;
- ◆ die gegenseitige Unterstützung in einer partnerschaftlichen Beziehung, um Gefahren möglichst gering zu halten;
- ◆ ein besseres Verständnis für mögliche Risiken;
- ◆ das Erkennen von Risiken, welche die nutzende Person als wichtig erachtet, aber Fachleute sonst nicht in Betracht gezogen hätten.

Ebenso werden einige Gründe angeführt, warum manche Fachleute diese Offenheit als schwierig empfinden können. Dazu gehören Situationen, in denen die nutzende Person

- ◆ mangelnde «Einsicht» zeigt (also mit der Fachperson nicht einig ist über das Risiko);
- ◆ denkt, die Fachpersonen sorgten sich nur um Risiken, anstatt Unterstützung und Behandlung zu gewährleisten;
- ◆ sich von den psychiatrischen Diensten abwendet, da die Diskussion um Risiken sie befremdet;
- ◆ findet, dass durch die Risikodiskussion ihre Gefühle von Stigmatisierung erhöht werden;
- ◆ sich durch die Diskussion um Risiken bemüsstigt fühlt, diese einzugehen (etwa beim Diskutieren von suizidalen Gedanken diese noch verstärkt werden, so dass die nutzende Person denkt, sie müsse aktiv werden);
- ◆ sich um ihre eigene Sicherheit fürchtet.

Die Art und Weise, wie mit einer Person über Risiken gesprochen wird, ist ebenfalls von Bedeutung. Ort, Räumlichkeit, Zeitpunkt, Sprache und Themenwahl müssen bedacht werden.

Aktivität 5.6

Was können Sie tun, um mit Nutzenden eine offene Diskussion über Risiken zu führen? – Wann und wo spricht man am besten darüber? Was soll gefragt und wie soll es angesprochen werden?

→

Folgende Punkte können in Betracht gezogen werden:

- ◆ Stellen Sie die Privatsphäre sicher. Führen Sie keine Gespräche an Orten, wo jemand zuhören könnte.
- ◆ Sprechen Sie das Thema nicht an, wenn es der nutzenden Person überhaupt nicht gut geht.
- ◆ Stellen Sie klar, dass alle eine Risikoeinschätzung durchlaufen und es sich dabei also nicht um einen Einzelfall handelt (zum Beispiel: systematische Suizidrisikoeinschätzung).
- ◆ Sprechen Sie alle Risiken an und diskutieren Sie sie – diejenigen, die Sie identifizieren, und diejenigen, welche die nutzende Person angibt.
- ◆ Geben Sie acht auf die Art und Weise, wie sie sich ausdrücken. Eine gute Möglichkeit ist es, das Verhalten des Nutzenden anhand eines Beispiels zu erklären oder zu beschreiben, wie dieses Verhalten auf andere wirken könnte. Hierzu ein Beispiel: «Sie sind ein grosser Mann. Wenn sie ärgerlich sind und schreien, könnten einige Leute Angst vor Ihnen haben, selbst wenn Sie ihnen gar nichts tun wollen.»
- ◆ Versuchen Sie zu ergründen, warum die nutzende Person sich auf eine bestimmte Weise verhalten hat, und diskutieren Sie mit ihr darüber. (Vielleicht fühlte sie sich nicht respektiert oder war einfach frustriert und wütend in der Klinik zu sein.)
- ◆ Berücksichtigen Sie die Einschätzung und Erklärung der nutzenden Person zum eigenen Verhalten.
- ◆ Diskutieren Sie den Kontext des Risikos. Einige Risiken bestehen nur in gewissen Situationen, oder wenn es der Person überhaupt nicht gut geht.
- ◆ Ermitteln Sie so genau und ausführlich wie möglich Informationen zum Risiko und dessen Tragweite.

Um zu helfen, Risiken egal welcher Art (Gewalt, Ausbeutung, Selbstverletzung) zu minimieren, ist es wichtig zu verstehen, warum sich die nutzende Person auf eine bestimmte Art und Weise verhält. Beim Erstellen von Risikomanagement-Plänen müssen wir nicht nur festhalten, was Fachkräfte tun sollen, sondern auch was die nutzende Person selber zur Risikoverminderung unternehmen muss.

Dies ist auch ein Teilauftrag bei der Befähigung der betroffenen Person, einen persönlichen Recovery-Plan wie den WRAP, den wir im Modul 3 kennengelernt haben, zu erstellen.

Manchmal eskalieren Situationen auch, und die nutzende Person benötigt zu ihrer eigenen Sicherheit Hilfe von anderen. Nutzende können auch in solchen Phasen die Verantwortung für die Behandlung und Unterstützung teilen, indem sie eine gezielte Vorausverfügung verfassen. Darin sollte festgehalten sein, welche Art von Hilfe sie sich wünschen, falls sie nicht mehr in der Lage sind, für sich selber zu schauen, und auf Hilfe angewiesen sind.

Die Verantwortung auf institutioneller Ebene teilen

Im nachfolgenden Kasten werden einige Bereiche aufgeführt, in denen Nutzende sich bei Entscheidungen der Institutionen über Risiken einbringen können.

Institutionelle Entscheidungen

Menschen mit Psychiatrieerfahrung können einen grossen Beitrag zur Einschätzung von Risiken und der Entwicklung von geeigneten Richtlinien, Abläufen und Grundregeln der verschiedenen Dienstleistungsbereiche einer Institution leisten. So können Nutzende beispielsweise wichtige Hinweise geben, wie die Sicherheit auf ihren früheren Abteilungen erhöht und die Verfügbarkeit von Drogen besser kontrolliert werden könnte. Oder sie können Anregungen einbringen, wie der Zugang zu Tee- und Kaffeemaschinen mit minimalem Sicherheitsrisiko verbessert und Informationsmaterial geeigneter präsentiert werden kann. Auch haben sie vielleicht Ideen zur Gestaltung und Umsetzung der Regelungen bezüglich dem «Nichterscheinen zu einem Termin».

Kontrolle und Inspektion der Sicherheit und der Einhaltung von Vorschriften

Psychiatrieerfahrene können oft am besten darüber berichten, wie Richtlinien umgesetzt werden. Sie können ungünstige und unbeabsichtigte Folgen von Vorschriften und Vorgehensweisen benennen und vorschlagen, wie diese Auswirkungen minimiert werden können. Ein gutes Beispiel hierfür ist die Erstkontrolle beim Eintritt. Fast in jeder Klinik ist es üblich, die Habseligkeiten eintretender Personen nach potentiell gefährlichen Gegenständen zu durchsuchen, um die Sicherheit auf der Station gewährleisten zu können. Dies fühlt sich für Nutzende oft wie eine Gefängnisbehandlung an. Psychiatrieerfahrene können wichtige Informationen beisteuern zur Ausarbeitung einer möglichst würdigen Art und Weise, diese Kontrollen durchzuführen, um so den Prozess der Eingewöhnung an die Station zu verbessern.

Untersuchungen bei Zwischenfällen

Die gängige Meinung ist, dass Untersuchungen und Befragungen bei ernsten Vorfällen in den Aufgabenbereich der professionell Tätigen fallen. Doch auch hier können Nutzende aus ihrem eigenen Blickwinkel wertvolle Hinweise geben. Schulungen für Psychiatriefachpersonen sollten im Hinblick auf diese Aufgaben auch den Nutzenden angeboten werden.

Strategische Entscheide

Menschen, welche die psychiatrischen Dienste genutzt haben, können oft wichtige Beiträge zur Risikoeinschätzung strategischer Entscheide wie etwa dem Bau neuer Klinik- und Wohneinrichtungen (zum Beispiel wie eine wohnliche und einladende Einrichtung mit den Sicherheitsvorkehrungen zu vereinbaren ist) leisten.

Schulungen

Die Wichtigkeit der Einbeziehung von Betroffenen in Personalschulungen ist weithin anerkannt. Bei Schulungen über Risikoeinschätzungen und Risikomanagement, Deeskalationstraining oder Kursen zum Umgang mit schwierigen Situationen und dem Verhalten bei Gewalt und Aggression werden jedoch meist keine Nutzenden mit einbezogen.

Aktivität 5.7

Rufen Sie sich in Erinnerung, wie Sie in den Bereichen Risikoeinschätzung und Risikomanagement, Deeskalation sowie dem Umgang mit Gewalt und Aggression geschult wurden.

Wenn dabei keine Nutzenden involviert waren, überlegen Sie sich Wege, wie diese hätten mit einbezogen werden können und inwiefern Sie davon hätten profitieren können.

Falls Nutzende involviert waren, überlegen Sie sich, wie die Einbeziehung hätte ausgebaut oder verbessert werden können und inwiefern Sie davon profitiert hätten.

Man stellt sich hier die Rolle von Nutzenden gemeinhin so vor, dass diese den Lernenden von ihren eigenen Erfahrungen berichten. Es gibt jedoch viele weitere Möglichkeiten. Nutzende können auch eine beratende Funktion einnehmen oder gar als Moderierende bei Schulungs- und Übungseinheiten fungieren. Sie können Denkanstösse zu Vorschlägen und Ansätzen geben, Programmpunkte leiten oder auch bei Rollenspielen helfen.

Die Durchführung von Kursen ist nicht der einzige nützliche Beitrag, den Nutzende bei Personalschulungen leisten können. Sie können ebenso:

- ◆ Kursprogramme entwerfen;
- ◆ Kursmaterial vorbereiten (einschliesslich der Vorbereitung von DVD-Material);
- ◆ die Leistung der Kursteilnehmenden bewerten;
- ◆ den Inhalt und die Art, wie Kurse vermittelt wurden, aus der Sicht der Nutzenden bewerten.

Compton und Morrill (2006) geben ein gutes Beispiel für die Einbeziehung von Nutzenden in die Ausbildung. Sie involvierten Nutzende in Personalschulungen zu «Zwangsmassnahmen», «Risikoeinschätzung und Risikomanagement» und deren Evaluation.

Die Nutzenden stellten fest, dass die Schulungen fast ausschliesslich die Gefahr, die von einer Person für andere ausgeht, oder die Suizidgefahr behandelten. Sie formulierten daraus die Forderung, dass andere Risiken wie Selbstvernachlässigung oder die Anfälligkeit dafür, ausgenutzt und missbraucht zu werden, ebenso stark thematisiert werden sollten und empfahlen, die Schulung neu «Vulnerabilität, Risikoeinschätzung und Risikomanagement» zu nennen. Sämtliche Empfehlungen der Nutzenden wurden umgesetzt.

Weiterhin stellten die betroffenen Personen fest, dass in den Schulungen nur auf die Notwendigkeit der Nachbearbeitung mit dem in einen gewaltsamen Zwischenfall verwickelten Fachpersonal hingewiesen wurde. Eine Nachbesprechung mit der betroffenen Nutzenden selber (für welche Zwangsmassnahmen eine traumatische und entwürdigende Erfahrung sind) oder mit weiteren involvierten Personen (die eine solche Erfahrung ebenfalls beängstigend und traumatisierend empfinden können) wurde jedoch nicht thematisiert.

6. Unterstützung bieten beim Eingehen von Risiken

Das Eingehen von Risiken gehört zur Recovery-Reise und kann nicht vermieden werden. Menschen auf dieser Reise benötigen Unterstützung nicht nur während des Eingehens eines Risikos, sondern in verschiedenen Phasen wie zum Beispiel:

- ◆ **zu Beginn des Prozesses**, wenn sich die betroffene Person entscheidet, was sie tun will und wie wichtig dies für sie ist, wenn sie dabei die verfügbaren Vorgehensweisen und die damit zusammenhängenden Risiken beurteilt und Wege zur Steigerung der Erfolgchancen und Minimierung von Risiken abwägt;
- ◆ **am Ende des Prozesses**, wenn die Person zurückblickt und Bilanz zieht, beurteilt, was gut und was weniger gut ging, und festlegt, was sie aus dieser Erfahrung lernen kann.

Menschen mit psychischen Problemen werden sich für diese Art der Unterstützung höchstwahrscheinlich an Freunde, Familienmitglieder und Angehörige wenden. Aber auch den Fachpersonen kommt hier eine bedeutende Rolle zu. Es ist unerlässlich, Menschen beim Eingehen von Risiken zu unterstützen, wenn Recovery gefördert werden soll.

Eine lösungsorientierte Herangehensweise übernehmen

Hat sich jemand ein Ziel gesetzt, gibt es mit grösster Wahrscheinlichkeit zahlreiche Herangehensweisen, um dieses zu erreichen. Die Herausforderung hierbei besteht darin, den Nutzen und die Risiken gegeneinander abzuwägen und zu beschliessen, welcher Weg eingeschlagen wird.

Eine abgeänderte Version eines grundlegenden Problemlösungsansatzes könnte dafür hilfreich sein (Falloon et al. 2007). Sie schliesst eine Reihe von Phasen mit ein:

1. Identifizieren Sie das Ziel. →

Dies kann alle Bereiche des Lebens betreffen: etwa wenn man einen Weiterbildungskurs besuchen, sich ein Haustier zulegen, Ferien machen, umziehen oder jemanden ansprechen und um eine Verabredung bitten möchte.

2. Identifizieren Sie die verschiedenen Möglichkeiten →

das Ziel zu erreichen – darunter den Entscheid, es nicht zu tun. Es ergibt Sinn, der Person vor einer Entscheidung zu helfen, alle zur Verfügung stehenden Wege zur Zielerreichung zu überdenken. Hier sollte möglichst nichts ausgelassen und jede Möglichkeit notiert werden.

3. Erwägen Sie die Vorteile →

und möglichen Nachteile jeder der zuvor festgehaltenen Vorgehensweisen.

4. Entscheiden Sie sich →

mit welcher Vorgehensweise am besten begonnen werden soll. Wenn man sich die Liste der Vor- und Nachteile anschaut, wird ersichtlich, welche Vorgehensweise mit dem grössten Nutzen und dem geringsten Risiko verbunden ist.

5. Überlegen Sie sich, wie der Erfolg des gewählten Vorgehens gesteigert und die Auswirkungen der Risiken, wenn es nicht gut läuft, vermindert werden kann.

6. Entscheiden Sie, ob Sie fortfahren wollen. →

Die betroffene Person könnte zum Schluss kommen, dass der Nutzen zu gering und die Risiken zu hoch seien. In diesem Fall können Sie die Liste konsultieren, die Sie bei Punkt 2 erstellt haben und eine andere Möglichkeit wählen.

7. Erstellen Sie einen detaillierten Plan, wie Sie fortfahren wollen. →

Vereinbaren Sie, was die betroffene Person wann, wo und wie sagen und tun wird, und bereiten Sie die dazu benötigte Unterstützung vor.

8. Rückblick und weiteres Vorgehen. →

Verläuft alles wie erhofft, ist es wichtig, dies anzuerkennen und vom Erfolg zu lernen sowie über das weitere Vorgehen zu entscheiden. Wenn die Dinge nicht laufen wie geplant, muss geschaut werden, welche Lehren daraus gezogen werden können. Auch muss der nutzenden Person aufgezeigt werden, dass dies kein Weltuntergang ist und sie es entweder noch einmal versuchen oder sich einer neuen Vorgehensweise zuwenden kann. In dieser Phase ist Unterstützung elementar: Die Menschen brauchen jemanden, der an sie glaubt. Hier haben Psychiatriefachkräfte eine wichtige Rolle inne.

Aktivität 5.8

Psychiatriefachkräfte sind manchmal mit der Situation konfrontiert, dass jemand etwas tun will, das in der Vergangenheit nicht funktioniert hat. Schauen Sie folgendes Beispiel an:

Julian möchte gerne nach Übersee fliegen, um eine Woche mit seiner Familie zu verbringen. Er hat seine Familie kontaktiert und sie freuen sich auf seinen Besuch. Im Moment geht es ihm gut. Seine Pflegefachperson Andreas sieht also keinen Grund, der gegen das Vorhaben spricht.

Als Andreas mit dem Team über Julians Plan spricht, schätzen diese die Situation jedoch ganz anders ein. Das Team findet, Julian sollte von der Idee abgebracht werden. Sie erzählen Andreas, dass Julians letzter Besuch bei seiner Familie vor drei Jahren in einem «Desaster» endete. Er nahm dort seine Medikamente nicht (er sagte, er habe es vergessen). Als er zurückkam, erlitt er einen Rückfall und verbrachte die darauffolgenden zwei Monate in der Klinik. Da es ihm nun so gut geht, befürchten sie, ein Besuch könne ihn zurückwerfen.

Julian ist jedoch weiterhin zuversichtlich und will gehen.

Wie würden Sie sich in dieser Situation entscheiden und was würden Sie vermutlich tun?

→

In Julians Fall gibt es offensichtlich keinen eindeutig «richtigen Weg». Bei jeder Vorgehensweise bestehen eindeutige Vorteile und Risiken.

Andreas entscheidet sich, mit Julian das Gespräch zu suchen und mit ihm folgende Punkte zu diskutieren:

- ◆ die Vorteile und Risiken, wenn Julian seine Familie besucht (seine Familie wiederzusehen und die Beziehungen zu vertiefen versus das Risiko einer Wiederverkrankung, einer Klinikeinweisung und der Beeinträchtigung seines Fortschritts)
- ◆ die Vorteile und Risiken, wenn Julian seine Familie nicht besucht (das Festigen seines Fortschrittes versus die weitere Entfremdung von seiner Familie und gesellschaftliche Vereinsamung)

Julian entschliesst sich trotz allem für den Besuch, also klärt Andreas Wege und Mittel ab, um die Risiken möglichst gering zu halten. Dazu gehört, sich die Unterstützung zu vergegenwärtigen, die Julian bei seinem letzten Besuch erhalten hat. Weiter diskutieren sie, welche Dinge Julian als risikoverringend empfindet, und wie die Chancen auf einen erfolgreichen Besuch erhöht werden können. Sie entscheiden sich dafür:

- ◆ den Besuch zu verkürzen;
- ◆ einen spezifischen Krisenplan zu erstellen, damit bei jeder Art von Krise, die während der Reise auftreten könnte, angemessen gehandelt werden kann;
- ◆ zur Erinnerung immer einen Medikamentendispenser mitzuführen (Julian beschliesst auch, seine Familie über seine Medikamenteneinnahme zu informieren);
- ◆ Julian und seiner Familie die Telefonnummer von Andreas und eine lokale Notfallnummer zu geben, damit sie anrufen können, wenn sie besorgt sind oder ein Problem auftritt;
- ◆ dass Andreas Julian zum Flughafen begleitet und ihn auch wieder abholt;
- ◆ in der Woche nach dem Besuch einen gemeinsamen Termin zu vereinbaren, um zu besprechen, wie der Familienbesuch verlaufen ist.

Mit diesen Vereinbarungen kann sich auch das Team mit dem Besuch einverstanden erklären.

Nach dem Familienbesuch: Auch wenn Julian die Zeit bei der Familie manchmal als belastend empfand, ist er doch sehr zufrieden, seinen Wunsch umgesetzt zu haben. Er verfügt nun über mehr Zuversicht für künftige Besuche.

In der nachstehenden Aktivität wird die Situation einer Nutzenden geschildert, die sich ein Ziel gesetzt hat, das sie für ihr Recovery als wichtig erachtet, bei dessen Umsetzung sie jedoch Unterstützung benötigt.

Aktivität 5.9

Susanne ist zwanzig Jahre alt und lebt zurzeit in einer betreuten Wohnform. Drei Mal pro Woche wird sie von einer Fachperson besucht, die sie bei der Budgetplanung, beim Einkaufen und beim Kochen unterstützt. Die Organisation, bei welcher Susanne diese Dienste in Anspruch nimmt, arbeitet mit personenzentrierten Planungsmethoden.

Bei einem kürzlich erfolgten Standortgespräch zu ihrem Unterstützungsplan gab Susanne an, dass sie sich imstande fühle, einige Aufgaben selber zu erledigen, bei denen die Betreuenden sie bis anhin unterstützt hatten. Sie benötige jedoch etwas Hilfe, damit sie auch diejenigen Dinge wieder aufnehmen könne, die sie wirklich gerne tue. Genauer gesagt hat Susanne den Wunsch geäußert, dass eine Fachperson sie in einen Nachtclub begleite, den sie früher regelmässig besucht hatte. Sie sei damals mit Freunden in den Club gegangen, zu welchen sie nun den Kontakt verloren habe. Sie befürchtet auch, dass sie Schwierigkeiten haben könnte, mit dem Lärm und den vielen Leuten umzugehen.

Bei der Beantwortung folgender Fragen könnten Ihnen die problemlösungsorientierten Ansätze im Modul 4 behilflich sein. Wir empfehlen hier eine Gruppendiskussion.

Worin bestehen im geschilderten Szenario Ihrer Meinung nach die Risiken aus Susannes Perspektive? Worin diejenigen der Organisation, die Susanne unterstützt?

1. in den Nachtclub gehen

→

2. nicht in den Nachtclub gehen

→

Worin könnten aus der Perspektive der Fachpersonen die Risiken bestehen, Susanne in den Club zu begleiten?

→

Wie in Modul 1 festgehalten, geht das Recovery-Konzept über die psychiatrischen Dienste an und für sich hinaus. Zentral für Recovery ist auch, seinen Interessen nachgehen und sich am Angebot der Gemeinde beteiligen zu können. Es scheint also, dass es für Susanne an diesem Punkt ihrer Recovery-Reise wichtig ist, diesen Nachtclub zu besuchen.

In Situationen wie diesen werden die Fähigkeiten der Fachpersonen und der Organisationen, Nutzende bei der Verfolgung ihrer Ziele zu unterstützen, auf die Probe gestellt. Manche Organisationen können auf Bedürfnisse eingehen, die denjenigen von Susanne entsprechen. In den meisten Diensten jedoch gehört dies nicht zum Aufgabenbereich, und man würde nach anderen Unterstützungsmöglichkeiten suchen.

Vermutlich wäre es hier auch ratsam, andere Unterstützungsquellen für Susanne zu finden. Das Szenario erinnert uns aber daran, worauf es beim «Teilen der Verantwortung für Risiken» ankommt. Es geht nämlich nicht nur darum, dass die Dienste in ihrer Einschätzung von Risiken und in der Art und Weise, wie sie diese handhaben, offener werden, sondern auch um partnerschaftliche Zusammenarbeit, damit die Wichtigkeit von Risikobereitschaft für alle Beteiligten anerkannt wird.

7. Schlussfolgerung

Ein positiver Umgang mit Risiken ist zentral für Recovery. Zu Recovery gehört, dass man die Kontrolle wieder zurückgewinnt über sein Leben, sein Schicksal, seine Probleme sowie über die Unterstützung, die man erhält. Ebenso gehört dazu, die Kontrolle über die Risiken wiederzuerlangen, die man eingeht, und die Art und Weise, diese zu handhaben, selber zu gestalten.

Dies führt zu folgenden Schlussfolgerungen:

- ◆ Risiko und Recovery sind ineinander verflochten. Es gibt keine schnellen Lösungen oder «richtige Antworten» beim Eingehen von Risiken.
- ◆ Ein Risiko ist nichts Schlechtes, das um jeden Preis vermieden werden sollte. Risiken gehören zum Leben. Wenn wir Risiken eingehen, wachsen wir, entwickeln uns, können unser Potential entfalten und unsere Zielsetzungen verfolgen.
- ◆ Risikofaktoren im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit beinhalten nicht nur Gewalt oder Suizid, sie beinhalten auch gesellschaftliche Vereinsamung, Institutionalisierung, Vorurteile, Diskriminierung, Ausbeutung, Misserfolge, Potential und Begabungen brach liegen zu lassen ... – die Liste könnte beinahe endlos fortgesetzt werden.
- ◆ Risiken können nicht ausgeschaltet werden. Die Einschätzung und das Umgehen mit Risiken hängen von deren Beurteilung ab. Wenn ein Risiko minimiert wird, kann ein anderes erhöht werden. Wir können jedoch helfen, die Erfolgchancen einer Person zu maximieren.
- ◆ Zwei Köpfe sind besser als einer. Wenn Risikoeinschätzung als alleinige Aufgabe der Fachpersonen angesehen wird, können dabei Risiken ignoriert werden, die für die nutzende Person zentral sind.

Ein wirksamer Umgang mit Risiken erfordert also zwei Experten: die Psychiatriefachperson, die ihr Fachwissen durch eine fundierte Ausbildung mitbringt, und die nutzende Person selber, deren Fachwissen auf ihrer gelebten Erfahrung gründet. Wenn wir anhand unserer jeweiligen Informationen geteilt und partnerschaftlich die besten Wege zur Steigerung der Erfolgchancen erarbeiten, sowie eine Verminderung der Risiken planen, sind wir in der idealen Lage, die Menschen zu befähigen, das Beste aus ihrem Leben herauszuholen und ihre Ziele zu verfolgen.

Vom Lernen zur Praxis

Bevor Sie zum nächsten Modul übergehen, nehmen Sie sich die Zeit, um das in diesem Modul Gelernte zu rekapitulieren. Einige Dinge mögen Ihnen Mut machen. Denken Sie darüber nach, inwiefern Ihre jetzige Arbeitsweise dem hier bearbeiteten Thema entspricht.

Einiges davon wird neu für Sie sein oder Ihnen schwerfallen. Notieren Sie sich, wie Sie Ihre Arbeit nach Abschluss des Moduls anpassen möchten.

→

Weiterführendes Lernen

– G. Thornicroft

Shunned. Discrimination Against People with Mental Illness

Oxford 2006

Kapitel 7 dieses Buchs («Danger and disinformation: the facts about violence and mental illness») bietet einen umfassenden Überblick über die Literatur hinsichtlich der Beziehung zwischen psychischen Problemen und Gewalt.

– J. Langan, V. Lindow

Living with Risk. Mental Health Service User Involvement in Risk Assessment and Management

York 2004

In dieser Publikation werden die Ergebnisse einer Studie präsentiert, die Nutzende in Risikoeinschätzung und Risikomanagement mit einbezog. Sie enthält weiterhin Empfehlungen zum Umgang mit Risiken, die von Fachpersonen und Nutzenden gemeinsam erarbeitet wurden.

Literatur

– S. Compton, J. Morrill

Service User and Carer Involvement in Training Project

London 2006

– I. R. H. Falloon et al.

«Problem solving training for schizophrenia: rationale and review», in:

Journal of Mental Health

Bd. 16, Nr. 5 (2007)

S. 553–568

– R. Kemp et al.

«Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial» in:

British Medical Journal

312 (1996)

S. 315–319

– J. Langan, V. Lindow

Living with Risk. Mental Health Service User Involvement in Risk Assessment and Risk Management

York 2004

– S. Morgan

Clinical Risk Management: a Clinical Tool and Practitioner Manual

London 2000

– R. Perkins

«Is what we offer to patients half acceptable?», in:

C. McDonald et al. (Hrsg.), Bipolar Disorder:

Upswing in Research and Treatment

Oxford 2005

– G. Philo et al.

«Media content», in:

G. Phil (Hrsg.), Media and Mental Distress

London 1996

– J. Repper, R. Perkins

Social Inclusion and Recovery. A Model for Mental Health Practice

London 2003

– M. Rinaldi

Insufficient Concern

London 2000

– J. Rogers

«Work is key to recovery», in:

Psychosocial Rehabilitation Journal

Nr. 18 (1995)

S. 5-10

– Scottish Recovery Network (SRN)

Journeys of Recovery

Glasgow 2006

[www.scottishrecovery.net/Download-document/](http://www.scottishrecovery.net/Download-document/81-Journeys-of-Recovery.html)

[81-Journeys-of-Recovery.html](http://www.scottishrecovery.net/Download-document/81-Journeys-of-Recovery.html)

– Social Exclusion Unit (SEU)

Mental Health and Social Exclusion

London 2004

Modul 6

Am gesellschaftlichen Leben teilnehmen

Willkommen zu Modul 6

Wir haben zu Beginn unserer Arbeit in Modul 1 gelernt, dass Recovery nicht nur innerhalb von psychiatrischen Diensten stattfindet. Es ist entscheidend für Menschen in Recovery, dass sie Zugang zu denselben Diensten in der Gesellschaft haben wie alle anderen Mitbürger auch.

Dieses Modul beleuchtet die Tatsache, dass wir alle unseren eigenen Platz in der sozialen Gesellschaft haben, der sich im Laufe der Zeit verändert und mal mehr, mal weniger zufriedenstellend sein kann. Wenn man einer Person einen bestimmten Lebensstil oder bestimmte Entwicklungsschritte aufzwingt, wird dies ihrer sozialen Inklusion nicht förderlich sein.

Recovery und soziale Inklusion werden verstärkt, wenn wir an einem Ort leben und arbeiten, wo die Menschen mehr als nur unsere Schwierigkeiten sehen, sondern an unser Potential glauben, unsere Leistungen anerkennen, wir angemessene Unterstützung erhalten und unsere Entscheidungsmöglichkeiten akzeptiert und ernst genommen werden. In diesem Modul konzentrieren wir uns darauf, wie wir uns einen inklusiven Ansatz aneignen können, der von uns verlangt, dass wir Orte aufsuchen, in denen das Gesellschaftsleben stattfindet, und wie wir optimistisch daran arbeiten können, dieses zu verstärken.

Lernziele

Nach dem Bearbeiten des Moduls sollten Sie fähig sein:

- ◆ die Rolle von Gesellschaftsressourcen (neben den professionellen psychiatrischen Diensten) in Bezug auf Recovery anzuerkennen und wertzuschätzen;
- ◆ die vorhandenen Ressourcen der Gesellschaften, in denen Nutzende arbeiten und mit denen sie sich identifizieren, zu kennen und entsprechende Verbindungen aufzubauen;
- ◆ mögliche Hindernisse, die Nutzende bei der Teilnahme an der Gesellschaft hindern, zu identifizieren und Lösungen anzubieten;
- ◆ zu zeigen, dass Sie sich zu einer toleranten und respektvollen Arbeitsweise verpflichten und Ungleichheiten angehen wollen.

Geschätzter Zeitaufwand für die Erarbeitung der Lernaktivitäten → 6 Stunden

Autor des Moduls

Peter Bates, The National Development Team

Verantwortlicher für die deutsche Fassung

Daniel Fischer

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung	162
2. Die Inklusion von Nutzenden in die Gesellschaft – allgemeine Werte	163
Auf eigene Erfahrungen zurückgreifen	163
Wieder Hoffnung schöpfen	165
3. Verstärkte Inklusion durch die Arbeit mit Nutzenden	167
Neugier und Offenbarung	167
Assessment	168
Detailliertes Assessment der Inklusion	170
Plan des Gesellschaftslebens	171
Erstellung eines Inklusionsplans	173
Aktiv werden	175
Subtile Unterstützung	177
4. Schlussfolgerung	179
Vom Lernen zur Praxis	180
Weiterführendes Lernen	181
Literatur	181

1. Einführung

Das Konzept der sozialen Inklusion beschreibt einen Prozess, durch den Menschen den Zugang zum Alltag erlangen, respektive zurückerlangen, wie wir dies aus unserem eigenen Leben kennen und schätzen. Dazu gehören folgende Punkte:

- ◆ Viele Menschen, die von psychischen Beeinträchtigungen genesen, fühlen sich benachteiligt und ausgeschlossen – ohne Arbeit, isoliert, in einer unattraktiven Wohnsituation und ohne Geld. Manche Menschen fühlen sich zusätzlich diskriminiert durch die Art, wie einige Bereiche ihres Lebens wahrgenommen werden. Dies kann zu einer mehrfachen Diskriminierung führen.
- ◆ Ein Programm zur sozialen Inklusion erfordert von psychiatrischen Diensten herauszufinden, auf welche Art die Nutzenden am Gesellschaftsleben teilhaben möchten und ihnen zu helfen, aktive Schritte in diese Richtung zu unternehmen.
- ◆ Die soziale Inklusion muss von Beginn an Teil Ihrer Arbeit sein und darf nicht erst später hinzukommen. Manche Menschen brauchen lediglich die nötigen Informationen und Ermutigungen dazu, andere aber benötigen ein detailliertes Programm und intensive Unterstützung, damit ihr Leben wieder an Form gewinnt und sie aktiv werden.
- ◆ Die Inklusion am gesellschaftlichen Leben muss über den psychiatrischen Versorgungsdienst hinaus stattfinden. Zudem sollen die Menschen unterstützt werden, neben den psychiatrischen (stationären wie ambulanten) Diensten weitere Hilfestellungen und Peer-Unterstützung in Anspruch zu nehmen.
- ◆ Die psychiatrischen Dienste müssen Verbindungen zu den wichtigsten Organisationen und Behörden in den Gemeinden wie etwa den örtlichen Bildungsinstituten, Arbeitsvermittlungsstellen, Gemeinschaftszentren, religiösen Gruppen, Freiwilligenorganisationen und kulturellen Vereinen aufnehmen, Sie müssen diesen Institutionen helfen, die nötigen Vorrichtungen zu treffen, damit sie geeignete Anlaufstellen für Menschen «in Recovery» werden können.
- ◆ Ihr Wissen über die soziale Inklusion zu vertiefen, sollte ein integraler Bestandteil Ihrer beruflichen Entwicklung sein.

Einige dieser Themen werden wir in diesem Modul eingehender betrachten.

2. Die Inklusion von Nutzenden in die Gesellschaft – allgemeine Werte

In Modul 1 stellten wir Ihnen das narrative Forschungsprojekt «Recovering Mental Health in Scotland» des Scottish Recovery Network (SRN) vor (Brown/Kandirikirira 2007). Aus diesem Projekt ging eine Sammlung von Recovery-Geschichten hervor, die unter dem Titel Journeys of Recovery (SRN 2006) veröffentlicht wurden. Nachstehend finden Sie einen Auszug aus einer dieser Geschichten.

«Meine Recovery-Reise begann, als ich nach einer Überdosis im Spital landete. Ich kam mit den Problemen am Arbeitsplatz nicht mehr zurecht und wurde mit einem Monat Kündigungsfrist entlassen. Ziemlich rasch nach der Auflösung meines Arbeitsvertrags nahm ich die Überdosis zu mir. Ich war viereinhalb Monate im Spital ... Mir wurde gesagt, es sehe so aus, als ob ich mein ganzes Erwachsenenleben hindurch unter Depressionen gelitten habe, und das war wohl auch so. Wahrscheinlich seit ich vierzehn oder fünfzehn Jahre alt war. Die Sache mit dem Spital war, dass die Leute nett zu mir waren. Dies mag simpel klingen, aber es war einfach so. Ich musste mich nicht verstellen. Sie schienen einfach zu verstehen, was ich empfand. Es bedeutete auch, dass ich nicht mehr alleine war.» (SRN 2006).

Die Nutzende beginnt ihre Erzählung mit der Überdosis, die sie wegen des Verlusts ihrer anstrengenden Stelle nach einer anscheinend beträchtlichen Periode der sozialen Isolation eingenommen hat. Sie fährt fort, ihre Recovery-Reise zu beschreiben, die zu einem erfüllten Leben mit Freiwilligenarbeit, Wandern, Einkaufen, einer Fotografie-Gruppe, Freunden, einer bezahlten Arbeit sowie einer persönlichen Entwicklungsplanung, Beratung, persönlichen Zielsetzung und -erreicherung führt.

Die Begriffe «soziale Inklusion» und «die Gesellschaft» beinhalten offensichtlich eine umfassende Palette möglicher Rollen und Beziehungen und verhüllen dabei eine vielschichtige Reihe von Hindernissen, Unterschieden und Konflikten. Die Nutzende beginnt ihren Bericht mit einer Arbeitsstelle, die jedoch mit Problemen behaftet ist; nach dem Klinikaufenthalt wird sie in ihre Wohnung in „die Gesellschaft“ entlassen und baut kontinuierlich ein Netzwerk von Rollen in verschiedenen Gruppen und Organisationen (Freiwilligenarbeit, Fotografie-Club) auf. Dies führt jedoch nicht zu festen Freundschaften; diese brauchen vielmehr weiterhin gezielte Aufmerksamkeit.

Auf eigene Erfahrungen zurückgreifen

Wie auch die betreffende Nutzende nehmen die meisten von uns den Weg der sozialen Inklusion als langen Prozess wahr, in dem sich feste und wechselnde Rollen, Aktivitäten und Beziehungen miteinander verflechten. Im Laufe der Zeit nehmen wir neue Aktivitäten auf und treffen neue Menschen, können aber auch bestehende Freundschaften vertiefen oder beenden. Es kann Jahre dauern, bis man sich in einer Gruppe wohl und zugehörig fühlt und eine sinnvolle Beteiligung gefunden hat.

Wenn wir andere Menschen in diesem Prozess unterstützen wollen, ist es entscheidend, dass wir verstehen, wie dieser Prozess bei uns selber verlaufen ist. Dies bringt wichtige Einblicke und stellt sicher, dass wir den Menschen, mit denen wir zusammenarbeiten, nicht unbeabsichtigt unsere eigenen Erfahrungen aufdrängen.

Aktivität 6.1

1. Was heisst »soziale Inklusion« für Sie? Diskutieren Sie Ihre Vorstellungen wenn möglich mit einer Kollegin oder einem Kollegen.

→

Zeichnen Sie eine Skizze Ihres persönlichen Rollen- und Beziehungsnetzwerks. Sie können dazu an die Familie, Arbeit oder Freizeit denken, an Menschen, die Sie durch die psychiatrischen Dienste kennen, oder aber an die Gesellschaft ausserhalb dieser Dienste, an feste Freundschaften und lose Bekanntschaften.

Überlegen Sie, wie diese Skizze vor zehn Jahren ausgesehen hätte. Wie wird sie wohl in der Zukunft aussehen?

Versuchen Sie nun, sich für jeden eingezeichneten Bereich Ihres Lebens an die Geschichte Ihrer Inklusion zu erinnern. Wie begann zum Beispiel eine lockere Freundschaft? Wer stellte Euch vor? Wie wurde die Beziehung vertieft? Welche Hindernisse, Probleme oder Konflikte begleiteten das Wachsen der Freundschaft? Wenn es eine formelle Tätigkeit betrifft, wie begann sie? Was hält sie weiterhin am Laufen?

→

Die Studie von Brown und Kandirikirira (2007) erläutert sechs externe Faktoren, die Recovery unterstützen. Nachstehend werden diese kurz aufgelistet (mit Zusätzen in Klammern), um die Allgemeingültigkeit dieser Bedürfnisse, die wir alle kennen, zu unterstreichen.

- ◆ Familie und Freunde haben, die einen unterstützen und die Selbstbestimmung nicht untergraben
- ◆ erfahren, dass Recovery möglich ist (und/oder das Potential zur Zielerreichung vorhanden ist)
- ◆ die eigene Beteiligung anerkannt und wertgeschätzt wissen
- ◆ formelle Unterstützung erhalten, die auf wechselnde Bedürfnisse reagiert
- ◆ in einer Gemeinschaft leben und arbeiten, in der Menschen über die Krankheit (und/oder die Probleme, die vorhanden sein können) hinaussehen
- ◆ die selbstgewählten Ziele anerkannt und ernst genommen wissen

Überlegen Sie, inwieweit das von Ihnen in Aktivität 6.1 skizzierte Netzwerk diesen Bedürfnissen entspricht. Bedenken Sie auch, inwiefern die An- oder Abwesenheit dieser Faktoren Ihre Zufriedenheit mit diesem Lebensbereich beeinflusst.

Falls Sie die Möglichkeit haben, Ihre Arbeit in Aktivität 6.1 mit anderen anzuschauen, kann dies die Einzigartigkeit jeder einzelnen Recovery-Reise hervorheben. Menschen können auf unterschiedliche Weise ihrem Leben einen positiven Sinn geben und sich in die Gesellschaft eingliedern. Gleichfalls können sich negative Erfahrungen beim Versuch der Partizipation in der Gesellschaft wie Enttäuschungen, Konflikte, Diskriminierung oder Betrug auf verschiedene Art äussern.

Zentral ist, dass die soziale Inklusion eher gelingt, wenn sie der betroffenen Person etwas bedeutet und gemächlich ein Schritt nach dem anderen vollzogen wird, als wenn sie von jemand anderem verschrieben wird. Wer sagt, dass dazu eine feste Anstellung, Weiterbildungstätigkeiten, der Besuch eines Fitnessstudios oder eine bestimmte Anzahl sozialer Kontakte nötig sind? Eine weitere Betroffene beschreibt es so:

*«Ich weiss, was ich vom Leben erhalten und wo ich sein möchte und bin glücklich und zufrieden mit mir selber. Meinen Lebensstil habe ich mir selber ausgesucht. Sollte ich allfälligen Hindernissen begegnen, dann weiss ich mit ihnen umzugehen.»
(Brown/Kandirikirira 2007)*

Wieder Hoffnung schöpfen

Unsere unterschiedlichen Erfahrungen und Persönlichkeiten beeinflussen das Bild, das wir von einer Gesellschaft haben. Einige der folgenden Vorstellungen mögen veranschaulichen, was unter «breiterem gesellschaftlichen Umfeld» verstanden wird:

- ◆ die Gesellschaft als eine reiche Quelle an Möglichkeiten und potentiellen Verbindungen (Rapp/Wintersteen 1989)
- ◆ die Gesellschaft als Einöde, in der es wenige feste und wertgeschätzte Rollen gibt und sich nur wenige Menschen kennen
- ◆ die Gesellschaft in der Eiszeit, in der die Menschen sich nach ihren kurzen aber mutigen Ausflügen in die feindliche Aussenwelt aneinander schmiegen müssen, um sich zu wärmen
- ◆ die Gesellschaft als raues Terrain, auf dem es zwar viele Möglichkeiten und gute Verbindungen gibt, aber auch viele Schranken und Schwierigkeiten

Solche oder ähnliche Vorstellungen mögen sich zwischen den Zeilen verbergen, wenn Nutzende ihr Bild der «Gesellschaft» umschreiben. So beginnt die von uns befragte Person die Schilderung ihrer eigenen Recovery-Reise mit der Beschreibung ihrer Isolation (Einöde) und landet dann bei den vielfältigen Möglichkeiten und Verbindungen (Oase), während sie gleichzeitig ihre eigenen Herausforderungen und Erfolge bezüglich einer bezahlten Arbeitsstelle und dem Aufbau von Freundschaften anerkennt.

Wie die breite Öffentlichkeit äussern auch Menschen, die in der psychiatrischen Versorgung tätig sind, vielfältige Ansichten über die Gesellschaft, in der sie leben. Im stärkenfokussierten Ansatz von Recovery müssen sich Profis optimistische und auf Hoffnung ausgerichtete Denkweisen aneignen, welche die positiven Attribute der einzelnen Nutzenden wie auch der Gemeinschaften anerkennen und ernst nehmen.

In der Recovery-Geschichte der betreffenden Person scheint der Wendepunkt gekommen zu sein, als sie die Einöde verlässt und sich vom Bild der Eiszeit löst, um ihre eigene reiche Oase zu finden, indem sie hoffnungsvoll und mutig die Verantwortung für das «raue Terrain» übernimmt. Auch Profis in der Psychiatrie, die mit dem Recovery-Ansatz arbeiten, müssen nach einem guten Beteiligungsangebot in der Gesellschaft suchen und mit anderen darüber sprechen. Gleichzeitig müssen sie eine hoffnungsvolle Sichtweise annehmen und überzeugt sein, dass neue Gelegenheiten generiert werden können und der Zugang zu schon bestehenden verbessert werden kann.

Aktivität 6.2

Menschen und Organisationen verdeutlichen ihre Vorstellungen einer Gesellschaft auf alle möglichen Arten.

Überprüfen Sie Anschläge auf dem Schwarzen Brett und andere Informationen in Ihrer Umgebung, die mit den Nutzenden geteilt werden – Cafeteria, Korridor, Treffpunkte. Wie wird Ihrer Meinung nach die Gesellschaft ausserhalb der psychiatrischen Dienste dargestellt? Ist sie überhaupt sichtbar?
→

Überprüfen Sie die Telefonlisten in Ihrem Büro oder Ihrem Terminkalender, um zu sehen, welche Organisationen vertreten sind.

Fragen Sie Ihre Teammitglieder nach den Kontakten in ihrem sozialen Umfeld.

Hören Sie sich selber und Ihren Kollegen zu, wenn Sie mit den Nutzenden die Beteiligungsmöglichkeiten in der Gesellschaft besprechen. Ist dies ein Hoffnung stiftendes Gespräch?
→

Tätigkeiten dieser Art und die verwendeten Bilder können helfen, unsere Ansichten zu untersuchen. Man sollte jedoch zu starke Vereinfachungen vermeiden. Es steht fest, dass jede einzelne Person ihre eigenen Vorstellungen hat, die komplex, vielschichtig und möglicherweise auch widersprüchlich sein können. So können etwa Frauen und Männer ebenso wie Menschen mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund, unterschiedlicher Erziehung oder unterschiedlichen Wohngebieten unterschiedliche Erfahrungen gemacht haben. Es ist daher wichtig, die Vielfalt der Meinungen und Erfahrungen zu berücksichtigen.

3. Verstärkte Inklusion durch die Arbeit mit Nutzenden

Neugier und Offenbarung

In Modul 4 identifizierten wir personenzentrierte Ansätze mit Fokus auf die Neugier, die auf einer Anerkennung der Einzigartigkeit eines Menschen und der Verpflichtung zur Personenzentriertheit basieren. Wenn dies in einer hoffnungsvollen Stimmung geschieht, gewinnen Nutzende wie auch Profis ein gemeinsames Verständnis von Wohlbefinden. Dadurch wird Recovery gefördert.

Wir müssen aber aufpassen, dass wir die Schwierigkeit nicht unterschätzen, einen wahrhaftigen Sinn in den Ambitionen und Hoffnungen eines anderen Menschen und darin, was Inklusion für ihn bedeutet, zu sehen. Joe Bidder schreibt:

«Ich erzählte nie die Wahrheit über diese Tage, versteckte die Realität hinter einer selbstgefälligen Maske voller falschem Vertrauen. Ich liess nie jemanden in mich hineinblicken. Nie sprach ich über die acht Elektroschock-Stösse, Chlorpromazine-Dosen, die Schmerzen und die Demütigung. Ich befürchtete abgestempelt zu werden, den Verlust meiner Freunde, meines Selbstwertgefühls, meiner Arbeit. Meine Familie half nicht – sie verneinte ihre eigene Geschichte; und so ging es weiter und weiter. Eine Generation spiegelt die vorangegangene. Ich versuchte also, ein Leben der Verleugnung zu führen, schlich von der Arbeit zum Psychiater, ging auf die Toilette, um meine Lithium-Tabletten zu nehmen und schluckte abends Schlafmittel, wenn der Schlaf auf sich warten liess. Ich verdrängte den manischen Rausch, um den ehelichen Stress zu reduzieren» (Thompson 2006)

Diese «Verdrängungskultur» ist oft anzutreffen, insbesondere wenn:

- ◆ die kulturellen Erwartungen in einem Land oder einer geografischen Region von Menschen verlangen «ein mutiges Gesicht» aufzusetzen, anstatt persönliche Schwierigkeiten einzugestehen – Parr et al. (2004) vermuten, dass dies besonders im schottischen Hochland der Fall sei, jedoch auch viele kleinere Gemeinschaften, Arbeitsgruppen (etwa Notfalldienste) oder Wohngebieten diese Ansätze teilen;
- ◆ Menschen mit psychischen Problemen sich gezwungen fühlen, ihre Erfahrungen vor Nachbarn, Arbeitskollegen, Geschäftspartnern oder Freunden geheim zu halten (wir haben uns in Modul 1 mit einigen Gründen dafür befasst);
- ◆ Psychiatriefachleute ihre Erkundungen auf gewisse Themen, Zeiten oder Plätze beschränken. Über Symptome oder Defizite zu sprechen, wird im Allgemeinen eher akzeptiert als die Offenbarung von Lebenszielen. Die tägliche Arbeitsbelastung kann verhindern, dass Neugierde offen zum Ausdruck gebracht wird.

Aktivität 6.3

Denken Sie an eine Person, die Sie gut kennen und die Nutzende der psychiatrischen Dienste ist. Notieren Sie, inwiefern Ihre Dienste die Selbstoffenbarung der Nutzenden erleichtert oder auch behindert hat.

→

Führen Ihre Dienste Menschen manchmal unbeabsichtigt dazu, die Wahrheit über sich selber zu verstecken? Verhält es sich unterschiedlich für Menschen in einem Spital, Menschen, die Zwangsmassnahmen erfahren haben oder Menschen, die ambulante Dienste nutzen? Konzentrieren Sie sich insbesondere darauf offenzulegen, wie die Nutzenden momentan ihr Leben ausserhalb der psychiatrischen Dienste leben und wie sie dies künftig tun möchten.

→

Überprüfen Sie Ihre Beobachtungen mit dem Nutzenden.

Assessment

Die Neugierde, respektive das Interesse der Profis und die Selbstoffenbarung der nutzenden Person erleichtern den Assessment-Prozess, der zum Ziel hat:

- ◆ versteckte stereotypische Betrachtungen durch eine klare Linie und einen systematischen Ansatz, einen Menschen kennenzulernen, zu ersetzen;
- ◆ Beobachtungen in Ursache und Wirkung gliedern zu können;
- ◆ das Vorhandensein von Problemen ernst zu nehmen;
- ◆ bei der Wahl, wem wir wie helfen wollen, zu helfen;
- ◆ die nutzende Person, Profis und andere Menschen zu befähigen, miteinander über die Geschehnisse zu reden;
- ◆ unsere Neugierde aufrechtzuerhalten und unsere Selbstgefälligkeit abzulegen, zu identifizieren, was wichtig ist und sich nur darauf zu konzentrieren – die Privatsphäre der nutzenden Person zu schützen.

Die Entwicklung eines Programms, das auch nur ansatzweise als ein «offizielles Programm der Inklusion» beschrieben werden könnte, steckt – ganz im Gegensatz zu den komplizierten Ansätzen zur Beurteilung von Symptomen und Diagnosen – noch in den Kinderschuhen.

Dieser Mangel an anerkannten Programmen sowie die in manchen psychiatrischen Diensten verbreitete «Das geht mich nichts an»-Haltung erhöhen das Risiko, dass die Menschen insbesondere in Krisenzeiten rasch ihre Bedeutung im sozialen Gefüge verlieren.

Aktivität 6.4

Jimmy Wong wurde letzten Freitag um 18.30 Uhr eingewiesen. Es ist sein erster Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik. Er hat sich seither kaum bewegt, sitzt wie eingefroren da, nur seine Augen bewegen sich ängstlich hin und her. Er ist zwanzig Jahre alt und versteht Deutsch, hat aber nicht mit dem Behandlungsteam oder anderen Nutzenden gesprochen. Nur am Sonntagnachmittag sprach er zwanzig Minuten ununterbrochen Kantonesisch mit einem Besucher. Dieser verliess anschliessend eilig das Gebäude, ohne jemanden vom Personal anzusprechen.

Wie würden Sie mit Jimmy Wong in Kontakt treten, um etwas über sein jetziges Leben, sein Umfeld und seine Ansicht von sozialer Inklusion zu erfahren? Was würden Sie sofort und was zu einem späteren Zeitpunkt unternehmen?

→

Zentral ist, dass die Art und Weise, wie Profis mit Nutzenden in Verbindung treten und professionelles Assessment sich mit der Selbsteinschätzung überlagert, den ganzen Unterschied ausmachen kann. Recovery geschieht, wenn das Behandlungsteam wirksame Unterstützung bietet, ohne die nutzende Person zu entmachten, und weiterhin versucht herauszufinden, was für die nutzende Person von Bedeutung und Wichtigkeit ist. Eine nutzende Person hat folgendermassen auf den Punkt gebracht, wie wichtig es ist, einen Lebensstil zu finden, der persönliche Bedeutung hat:

«Ich versuchte immer mich umzubringen und solches Zeugs, denn ich hasste mich selber so sehr. Nun aber ist das nicht mehr so, denn ich habe etwas gefunden, das ich gerne mache und wodurch ich Feedbacks erhalte.» (Secker et al. 2007)

Detalliertes Assessment der Inklusion

Manche Menschen haben starke soziale Netzwerke und prägnante Rollen in der Gesellschaft, während andere sorgfältige Unterstützung brauchen, um ihre Ziele zu erreichen.

Jeder dieser Lebensbereiche kann von seinem eigenen spezifischen Assessment-Ansatz profitieren. Dadurch können Profis vermeiden, vorgefasste, stereotypische Meinungen zu haben und einen ausgewogenen Überblick über die Stärken und Ressourcen sowie die Ziele und die zu ihrer Erreichung benötigte Unterstützung gewinnen. Die Einbeziehung der betroffenen Person in das Assessment ist von zentraler Bedeutung.

Es stellt sich heraus, dass der sonntägliche Besucher von Jimmy Wong der chinesischen Kirche angehört. Es ist also wichtig, ein tieferes Verständnis vom Wert und der Bedeutung dieser Verbindung zu erhalten. Nachfolgend sind einige Fragen aufgelistet, die klären könnten, wie er bis anhin in seiner Gesellschaft gelebt hat und wie er dies künftig tun möchte.

Assessment-Fragen bezüglich Spiritualität (White 2006)

Bedeutung und Zweck

- Welche Sachen geben Ihnen einen Sinn?
- Haben Sie im Moment ein bestimmtes Ziel, das Ihnen wichtig ist?
- Glauben Sie an ein Leben nach dem Tod?
- Hat Ihre Krankheit Ihre Haltung gegenüber der Zukunft geändert?
- Was stört Sie am meisten an der Krankheit?

Sicherheit und Hoffnung

- Welches sind Ihre Quellen der Stärke und Hoffnung?
- An wen wenden Sie sich, wenn Sie Hilfe brauchen?
- Auf welche Art und Weise helfen diese Menschen?
- Aus welchen inneren Ressourcen können Sie schöpfen?
- Wohin wenden Sie sich, um Trost und Zuspruch zu erhalten?
- Auf wen oder was verlassen Sie sich, wenn etwas schiefgeht?

Religion und Spiritualität

- Betrachten Sie sich selber als religiös oder spirituell?
- Wie wirkt sich das bei Ihnen aus? Hat sich durch die Krankheit etwas verändert?
- Helfen Ihnen Gebete? Können Sie erklären wie?
- Gibt es etwas, was wir tun können, um Ihr spirituelles oder religiöses Leben zu unterstützen?

Jimmy scheint sich wohler zu fühlen, wenn er Kantonesisch spricht. Durch einen Dolmetscher kann er sich nun besser mit dem Personal verständigen. Es sollte alles unternommen werden, einen professionellen Dolmetscher zu organisieren, anstatt diese Aufgabe Freunden, Familienmitgliedern oder Besuchern zu überlassen.

In einigen Kliniken wurde Personal angestellt, das extra dafür zuständig ist, einen bestimmten Lebensbereich genau anzuschauen (Geistliche, Berufsberater oder Ernährungsspezialistinnen). Diese Menschen entdecken Schritt für Schritt die fruchtbarsten Fragen und nützlichsten Ansätze, indem sie den Nutzenden helfen, sich auf die für sie geeignete Weise in die Gesellschaft einzubringen. So könnte sich eigentlich jedes Team die Verantwortung für das Auskundschaften der Gesellschaft aufteilen. Die Effektivität würde gesteigert, und im Leben der Nutzenden würden positive Wendepunkte gesetzt.

Aktivität 6.5

Suchen Sie sich einen Bereich der Gesellschaft aus (Arbeit, Bildung, Freiwilligenarbeit, Kunst, Sport, spirituelle Organisationen), mit dem Sie sich eingehender befassen wollen. Suchen Sie sich entweder einen Bereich aus, der Sie seit langem interessiert, oder einen, in dem Sie sich noch nicht gut auskennen und daher hinzulernen müssen.

Erstellen Sie eine Liste aller Fragen, die Sie im Gespräch mit dem Nutzenden bezüglich seiner Erfahrungen und Ziele in diesem Bereich als hilfreich erachten. Gehen Sie über die praktischen Vorbereitungen hinaus und fragen Sie nach der Motivation, den Empfindungen sowie den Interaktionen mit anderen vorhandenen Personen.

→

Testen Sie in den nächsten Wochen gelegentlich die Fragen mit Nutzenden, Freunden und Kollegen. Schauen Sie dabei, welche Fragen hilfreich sind, und notieren Sie sich neue, die Ihnen spontan in den Sinn kommen. Verbessern Sie die Liste der Fragen, die Sie als wirksam erachten und gerne verwenden.

Plan des Gesellschaftslebens

Wenn Sie herausgefunden haben, welche Ziele und Hoffnungen die nutzende Person hat, müssen Sie sich ein fundiertes Wissen der Möglichkeiten aufbauen, wie sich die betroffene Person in der Gesellschaft betätigen kann. Der zeitliche Aufwand, den Sie betreiben, und die Anzahl der Verbindungen, die Sie mit gewöhnlichen Gesellschaftsorganisationen aufrechterhalten können, hängen zum Teil von Ihrer Funktion in der psychiatrischen Versorgung ab. Es wird jedoch von jeder in der Psychiatrie tätigen Person erwartet, dass sie eine zuversichtliche Grundhaltung einnimmt, einige Quellen kennt und den Menschen hilft, sich auf dem rauen Terrain zurechtzufinden.

Aktivität 6.6

Jedes Ihrer Teammitglieder wird schon einen gewissen Bereich des Gemeinschaftslebens kennen oder über eine bestimmte Aktivität in einer bestimmten Gegend Bescheid wissen. Vielleicht kennt jemand einen Fussballfan, einen Bewohner aus einer bestimmten Gegend, vielleicht jemanden aus dem Schrebergartenverein, jemanden aus der Kirchengemeinde oder jemanden aus dem Quartierladen. Notieren Sie sich diese spezifischen Punkte.

→

Schauen Sie sich nun die Notizen an und fügen Sie Bereiche hinzu, die noch nicht vorhanden sind. Eventuell fehlen die Freiwilligenarbeit, politische Organisationen oder Gay-Netzwerke.

→

Einige der Bereiche des Gemeinschaftslebens scheinen «neutral» zu sein; andere jedoch können starke Gefühle hervorrufen. Die einzelnen Mitglieder des Behandlungsteams können begeistert, argwöhnisch oder gar nervös sein, wenn sie mit einer bestimmten Gruppe oder Aktivität in Verbindung treten sollen. Untersuchen Sie diese Reaktionen und Gefühle. Wie kommt es dazu? Sind sie gerechtfertigt?

→

Setzen Sie sich das Ziel, innerhalb des nächsten Monats etwas über die fehlenden Bereiche herauszufinden.

Das britische Gesundheitsdepartement entwickelte einen strategischen Ansatz für die Teamentwicklung, der auf einer ähnlichen Methodik wie derjenigen von Aktivität 6.6 basiert. Dieser Ansatz («Creating Capable Teams Approach»; DH 2007) schreibt multidisziplinären Teams vor, ihre vorhandenen Fähigkeiten gemeinsam mit den Nutzenden konstant zu reflektieren und zu überdenken, um so auf die bestmögliche Weise den Bedürfnissen der Betroffenen zu entsprechen.

Erstellung eines Inklusionsplans

Im Folgenden stellen wir ein Sieben-Punkte-System für einen sogenannten «Inklusionsplan» vor (siehe Kasten unten).

Das Sieben-Punkte-System zum Aufbau eines Inklusionsplans

1. Finden Sie heraus, wie sich die nutzende Person ihre Inklusion vorstellt und welches ihre diesbezüglichen Ziele sind.
2. Finden Sie heraus, welche entsprechenden Möglichkeiten in der Gesellschaft bestehen.
3. Stellen Sie sicher, dass Sie Unterstützung von den Kolleginnen und Kollegen des Gesundheits- und Sozialsystems erhalten.
4. Unterstützen Sie die entsprechende Gruppe oder Organisation bei der Einrichtung von angemessenen Beteiligungsmöglichkeiten.
5. Stellen Sie sicher, dass keine anderen Einflüsse (Familienangelegenheiten oder Geldsorgen) dem Plan im Wege stehen.
6. Bereiten Sie die Aktivität gut vor; planen Sie eine Einführungs- und Angewöhnungszeit.
7. Intensivieren Sie die Teilnahme und finden Sie Lösungen für allenfalls entstehende Schwierigkeiten.

Dieses System hilft, die nötigen Aspekte des Plans abzudecken. Es ist jedoch nur ein Leitfaden und wird der Komplexität der zeitweise auftretenden Probleme nicht gerecht. Nehmen Sie das folgende Szenario als Beispiel.

Aktivität 6.7

Patrizia ist seit einigen Jahren mit dem psychiatrischen Dienst ihrer Gemeinde in Kontakt. Sie hat gerade einen Computerkurs abgeschlossen und ist nun auf der Suche nach einer Anstellung. Sie hat in der Lokalzeitung eine Stellenanzeige gesehen und den Arbeitgeber angerufen, um genauere Informationen zur ausgeschriebenen Stelle zu bekommen.

An Ihrem letzten Treffen bespricht Patrizia mit Ihnen die Bewerbungsunterlagen. Sie hat einige Fragen dazu und ist sich vor allem nicht sicher, ob sie ihre Einschränkung erwähnen soll oder nicht. Von Ihnen will sie wissen, ob sie angeben soll, dass sie eine Einschränkung hat, und was sie über ihre psychische Gesundheit sagen soll.

Machen Sie sich Gedanken zu den folgenden Fragen und diskutieren Sie danach in der Gruppe.

Was sind Ihrer Ansicht nach die Vor- und Nachteile, wenn Patrizia ihre psychischen Beschwerden in der Bewerbung erwähnt?

→

Welche Worte sollte sie besser vermeiden, wenn sie diese erwähnt? Wie könnte sie ihre Situation positiver formulieren?

→

Einem Arbeitgeber (oder eben auch anderen Menschen) die psychische Gesundheit zu offenbaren, ist eine komplexe Angelegenheit. Menschen, die Erfahrungen mit psychischen Problemen haben, würden nicht von sich selber sagen, sie hätten eine «Behinderung» oder «Krankheit», oder aber sie befürchten, dass die Erwähnung eines psychischen Problems zur sofortigen Ablehnung führt.

Andererseits gibt es Firmen, bei denen das Vorenthalten relevanter Informationen in den Bewerbungsunterlagen eine sofortige Kündigung zur Folge haben kann.

Befassen wir uns nun mit der Offenlegung von psychischen Beschwerden und damit, wie zumutbare Anpassungen am Arbeitsplatz für Patrizia, die wir Ihnen in Aktivität 6.7 vorgestellt haben, aussehen könnten.

Aktivität 6.8

Patrizia hat die Stelle erhalten und mit der Arbeit begonnen. Zu Beginn findet sie diese anstrengend und ermüdend, jedoch genießt sie es wieder zu arbeiten und schliesst sogar einige Freundschaften mit ihren Arbeitskollegen.

Zwölf Monate später stirbt plötzlich ihre Mutter. Damit kommt Patrizia nur schwer zurecht. Sie wird zwei Monate beurlaubt und erholt sich nun wieder etwas. Sie möchte gerne wieder arbeiten, jedoch ist nicht sicher, ob sie den Ansprüchen ihrer Arbeit gerecht werden kann. Ihr Hausarzt empfiehlt ihr, mit ihrem direkten Vorgesetzten darüber zu sprechen, inwiefern ihre Arbeitstätigkeit «zumutbar angepasst» werden könnte, damit sie wieder zur Arbeit gehen kann, ohne ihre psychische Gesundheit zu gefährden.

Patrizia ist unsicher, was unter «zumutbare Anpassungen» zu verstehen ist, und bittet Sie um Rat.

Wie würden Sie diese Bezeichnung erklären? Welche Beispiele von zumutbaren Anpassungen würden Sie ihr geben, die für sie nützlich sein könnten? Notieren Sie sich Ihre Gedanken und diskutieren Sie in der Gruppe.

→

Wenn wir an Anpassungen für Menschen mit einer Behinderung denken, befassen wir uns hauptsächlich mit der physischen Zugänglichkeit (etwa der Verfügbarkeit von Rampen oder einem Lift) und entsprechenden Vorrichtungen. Anpassungen für Menschen mit psychischen Problemen dürften schwieriger zu definieren sein. Es gibt aber einige Punkte, die Patrizia nützen könnten, wie zum Beispiel:

- ◆ ein stufenweiser Wiedereintritt ins Arbeitsleben, also Teilzeit zu starten und dann Schritt für Schritt aufzubauen bis zur Vollzeittätigkeit;
- ◆ einen Teil der Zeit oder sogar die ganze Zeit von zuhause aus zu arbeiten (sofern dies die Arbeit zulässt);
- ◆ die Arbeit zu einer späteren Tageszeit zu beginnen und später aufzuhören (könnte helfen, die Auswirkungen einiger Medikamente aufzufangen);
- ◆ Zeit zur Verfügung zu stellen, um eine Seelsorgestelle oder einen Therapeuten aufzusuchen;
- ◆ regelmässige Sitzungen mit dem Vorgesetzten abzuhalten, um die Fortschritte zu beurteilen und Schwierigkeiten zu besprechen.

Aktiv werden

Menschen in Recovery müssen Risiken abwägen, wenn es um den Entscheid der Transparenz geht. Das Thema fordert jedoch auch Profis. Wie wir im Sieben-Punkte-Plan gesehen haben, genügt es nicht, einen Weiterbildungsprospekt aufzulegen oder Wegbeschreibungen zu den örtlichen Fitnessstudios aufzuhängen.

Sie werden sich vielmehr auch selber gelegentlich an den Schauplatz des Geschehens begeben, Gespräche mit Vertretenden gemeinschaftlicher Organisationen führen und allfällige Änderungen diskutieren müssen, damit Nutzende partizipieren können. Manchmal werden Sie dabei auch über psychische Probleme und die psychiatrischen Dienste aufklären und informieren müssen. Sie werden also gemeinsam mit Arbeitgebern, Freunden und anderen Leuten zusammen Lösungen erarbeiten müssen.

Aktivität 6.9

Judith besucht seit 1987 eine zentrale Anlaufstelle für Menschen mit psychischen Problemen. Sie sagt, sie treffe dort ausser ihren Freunden niemanden an. Sie habe mehrmals die Gruppe für über sechzig-jährige Menschen im Gemeindezentrum aufgesucht, fühlte sich aber nicht willkommen und werde nicht wieder hingehen.

Die Leitung der Anlaufstelle hat beantragt, dass diese in zwei Monaten geschlossen werde, und zwar aus mehreren Gründen – restriktivere Eignungskriterien, neuer Fokus auf Therapiesitzungen mit messbaren Zielen, Programm für soziale Inklusion.

War dies Ihrer Ansicht nach der richtige Entschluss? Welche Schritte müssten in einem guten Plan für Judith und die Anlaufstelle umgesetzt werden? Wer müsste noch einbezogen werden, und was müsste der- oder diejenige tun? Welchen Zeitplan würden Sie festlegen?

→

Die grössten organisatorischen Änderungen im Rahmen des sozialen Inklusionsprogramms betreffen die Tagesanlaufstellen. Es müssen jedoch alle Bereiche des psychiatrischen Gesundheitssystems die Herausforderungen angehen, recovery-orientiert zu arbeiten und soziale Inklusion zu ermöglichen. Tagesdienste bieten zwar weniger Sitzungen in ihren eigenen Räumlichkeiten an, konzentrieren sich dafür aber stärker auf die Einbeziehung der Menschen in Gemeindeaktivitäten.

Für einige Nutzende der psychiatrischen Dienste ist der Zugang zum generellen Dienstleistungsangebot einfacher als für andere. In diesem und den vorangegangenen Modulen haben wir aufgezeigt, dass manche Menschen in mehrfacher Weise diskriminiert werden können, etwa Personen mit psychischen Problemen, die einer anderen ethnischen Gruppe angehören. Gerade bei Menschen, die aus der geschlossenen Abteilung einer psychiatrischen Klinik kommen, besteht ein hohes Risiko der Ausgrenzung. Sie sehen sich oft vor grössere Hindernisse gestellt, wenn sie im Gesellschaftsleben wieder Fuss fassen möchten.

Aktivität 6.10

Alain ist 38 Jahre alt und lebt seit seiner Entlassung aus der halbgeschlossenen Abteilung vor zwölf Monaten alleine in einer Genossenschaftswohnung. Er war in die halbgeschlossene Abteilung eingewiesen worden, nachdem er vier Jahren in einer forensischen Abteilung verbracht hatte. Er war straffällig geworden, als es ihm nicht gut ging. Es handelte sich aber um relativ geringfügige Delikte, bei denen keine Gewalt gegen andere Menschen im Spiel war.

Seit Alain in seine Wohnung gezogen ist, hat er kaum Freundschaften geschlossen, da er die meiste Zeit zuhause verbringt und fernsieht, Musik hört oder malt. Er ist ein talentierter Maler und möchte Kunst studieren, um seine Fähigkeiten weiterzuentwickeln. Er hat Angst davor, neue Leute zu treffen, da er Fragen über die Vergangenheit befürchtet. Er schämt sich sehr ob seines Klinikaufenthalts. Er glaubt, wenn er den Leuten dies erzähle, könnten sie glauben, er sei dort gewesen, weil er gewalttätig sei.

Wenn Sie mit Alain arbeiteten, wie sähe Ihre Unterstützung für seine Ziele aus?

→

Auf welche Art könnten Sie Alain darin unterstützen, sein Selbstvertrauen wieder aufzubauen, so dass er mit seiner Vergangenheit Frieden schliessen könnte? Gibt es jemanden, den Sie beiziehen möchten?

→

Nutzende von psychiatrischen Diensten machen häufig Erfahrungen mit «Stigma» und «Diskriminierung». Die Angst, abgelehnt, zurückgewiesen oder ausgelacht zu werden, kann verinnerlicht werden und so zu Selbststigmatisierung führen. Diese Verinnerlichung macht es schwierig, mit anderen in Kontakt zu treten, und behindert den Recovery-Prozess (Brown/Kandirikira 2007).

Es ist aus diesem Grund eine zentrale Aufgabe aller in der psychiatrischen Versorgung tätigen Personen, dass sie sich aktiv gegen Stigmatisierung und Diskriminierung einsetzen – bei sich selber, bei den Kolleginnen und Kollegen, bei den Betroffenen und auch in der Gesellschaft.

Diskriminierung bekämpfen heisst:

- ◆ in Aus- und Weiterbildungen für alle Zielgruppen Personen, die sich in Recovery befinden, integrieren und dabei den Nutzen einer faireren Gesellschaft betonen;
- ◆ Kontakte fördern, die es ermöglichen, Geschichten auszutauschen sowie Begabungen und Stärken kennenzulernen;
- ◆ gesetzliche Vorlagen erarbeiten, Proteste organisieren und die öffentliche Unterstützung verstärken, indem mit Menschen zusammengearbeitet wird, die über das Selbstbewusstsein und die Widerstandskraft verfügen, um ihre Rechte auszuüben (Gibbons/Read 2004).

Wenn sich Profis nicht selber in Gemeinschaftszentren begeben, um in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Verantwortlichen die Zugangsmöglichkeiten zu erleichtern und Diskriminierung zu bekämpfen, werden die bestehenden Beteiligungsmöglichkeiten nur für Personen mit starkem Selbstvertrauen zugänglich sein.

Subtile Unterstützung

Dies bringt uns zum Kern dieses Kapitels. Die psychiatrischen Dienste richten sich immer mehr auf die soziale Inklusion aus. Das heisst, dass Psychiatrieprofis mit grosser Wahrscheinlichkeit zunehmend in lokalen Anlaufstellen in der Gemeinde anzutreffen sein werden, damit sie Nutzende direkt unterstützen können. Die Aufgabe indirekter, subtiler Unterstützung von Menschen ist schwierig, vor allem wenn die nutzende Person ein auffälliges Verhalten an den Tag legt.

Nachstehend sind einige allgemeine Ideen aufgelistet, wie subtile Unterstützung geschehen kann:
Subtile Unterstützung in lokalen Anlaufstellen:

Fragen Sie die nutzende Person → was sie tun möchte; wie die Hindernisse der Beteiligung identifiziert und bewältigt werden sollen; wie sie sich ihre Unterstützung vorstellt; wie die Transparenz aussehen soll und wie positive Risiken eingegangen werden können; welches ihre Bedürfnisse für zusätzliche Unterstützung und Flexibilität sind.

Denken Sie daran → welches die am besten geeignete Person ist, um Unterstützung zu bieten; sich mit jemandem zu treffen, den Sie kennen; mit Ihren Gefühlen bezüglich der Zusammenarbeit mit der Person umzugehen; wie Sie mit Privatangelegenheiten in einem öffentlichen Umfeld umgehen; was Sie tun, wenn die nutzende Person laut wird und sich öffentlich auffällig verhält; die Wirkung von Wetter, Schultagen oder Tageszeit zu beachten.

Planen Sie → Einführungen und Erklärungen; Dinge, welche die Nutzende ohne Unterstützung tun kann; das Übertragen der Unterstützung auf andere Teilnehmende und den diskreten Rückzug; Anpassungen der Aktivität des Anbieters.

Am Tag selber → Notieren Sie, wie sich die nutzende Person fühlt; allfällige Planänderungen; Tonfall und Körpersprache ruhig und zuversichtlich; begleiten Sie die Person zu Beginn, aber ermutigen Sie sie auch, eigene Beziehungen aufzubauen.

Das sollten Sie vermeiden → Zuviel Kontrolle; sich als die Person, welche die Verantwortung innehat, aufspielen; Namensschilder und unpassende Kleidung; private Einkäufe und Telefongespräche tätigen.

Auch wenn diese Vorschläge letztlich auf gesundem Menschenverstand basieren, haben doch zahlreiche Fachpersonen ihre prägenden Erfahrungen in einer Zeit gemacht, als ein paternalistisches Verhältnis vorherrschte.

Die Arbeitsweise vermehrt auf die soziale Inklusion auszurichten, verlangt von den meisten Diensten, dass sie ihre Qualitätsmechanismen sowie ihre Unterstützungs- und Supervisionsangebote verbessern, um solchen Situationen und ihren Konsequenzen angemessen entsprechen zu können. Sie als Profi in den psychiatrischen Diensten werden das Konzept der sozialen Inklusion fest in Ihren persönlichen Lern- und Entwicklungsplan einbauen müssen.

4. Schlussfolgerung

Der Ausbau und die Innovation psychiatrischer Dienste können missverstanden oder auch in eine schadvolle Richtung gehen. Ein positiver Fokus auf Inklusion verlangt also stetige Aufmerksamkeit, damit solche Verzerrungen sofort identifiziert und korrigiert werden und ethisch korrekt gearbeitet wird. In der letzten Aktivität stellen Sie sicher, dass soziale Inklusion in Ihrer täglichen Arbeit und in dem Dienst, für den Sie tätig sind, auf positive Art entwickelt wird.

Aktivität 6.11

Haben Sie oder die Versorgungsdienste, in denen Sie tätig sind, (vielleicht durch die Überwachungssysteme) entschieden, was für die Nutzenden als «Inklusion» gilt, und angefangen, sie in ein Leben nach diesen Vorgaben drängen zu wollen? Oder hören Sie darauf, wie sich die Nutzenden selber über ihre eigene Recovery-Reise äussern?

→

Haben Sie und die Dienste, in denen Sie tätig sind, das Konzept der «sozialen Inklusion» auf blossen «Gemeinschaftssinn» reduziert? Oder achten Sie darauf, dass Unterstützung, Arbeit, Trainingsprogramme und berufliche Weiterbildung auf der Agenda stehen?

→

Haben Sie und die Dienste, in denen Sie tätig sind, die Aufgabe, soziale Inklusion zu fördern, entsprechenden Fachleuten übergeben oder es auf die letzte Etappe der Recovery-Reise der Nutzenden verschoben? Oder sehen Sie dies vom ersten Tag als die Verantwortung aller Beteiligten?

→

Werden Aktivitäten und Beteiligungsmöglichkeiten fragmentiert und ohne Zusammenhang angeboten, oder besteht eine klare Verbindung zwischen den einzelnen Möglichkeiten (wie etwa kreatives Schreiben auf der Notfallstation), wodurch die Beteiligung am Angebot in Gemeinschaftszentren angepeilt werden kann?

→

In diesem Modul wurden folgende Themen behandelt:

- ◆ Menschen mit psychischen Beschwerden werden auf viele Arten von manchen Bereichen des täglichen Lebens ausgeschlossen. Dies geschieht oft in Ergänzung zu weiteren Formen von Diskriminierung.
- ◆ Recovery und soziale Inklusion fördern, heisst, für die nutzende Person Möglichkeiten zu schaffen, die ihr etwas bedeuten und wodurch sie einen eigenen Platz in der Gesellschaft finden kann.
- ◆ Profis müssen mit bestehenden Gemeinschaften zusammenarbeiten, an diese Zusammenarbeit glauben und nach guten Beteiligungsmöglichkeiten suchen. Sie müssen bereit sein, allfällige Hindernisse zu überwinden.
- ◆ Eine zugängliche und respektvolle Gemeinschaft aufzubauen, verlangt gerade von der Gemeinschaft selber Einsatz und Energie.
- ◆ Das Verständnis der Ambitionen und Ziele der nutzenden Person bezüglich ihres Lebens in der Gesellschaft und gegenüber der Gesellschaft an sich setzt Neugierde, aber auch detaillierte Assessment-Instrumente voraus.
- ◆ Die Bekämpfung der Diskriminierung ist ein zentraler Aspekt der Arbeit. Sie verlangt von Profis, dass sie mit Menschen in Recovery und den verschiedenen Angeboten in den Gemeinden partnerschaftlich zusammenarbeiten.
- ◆ Eine kontinuierliche berufliche Weiterbildung heisst, dass die Profis regelmässig ihre eigene Arbeitsweise reflektieren und neue Wege finden, sich zu öffnen und Menschen auf ihrer Recovery-Reise und dem Weg ihrer sozialen Inklusion neue Beteiligungsmöglichkeiten zu bieten.

Vom Lernen zur Praxis

Bevor Sie zum nächsten Modul übergehen oder falls es das letzte von Ihnen bearbeitete ist, nehmen Sie sich die Zeit, um das in diesem Modul Gelernte zu rekapitulieren. Einige Dinge mögen Ihnen Mut machen. Denken Sie darüber nach, inwiefern Ihre jetzige Arbeitsweise dem hier bearbeiteten Thema entspricht.

Einiges davon wird neu für Sie sein oder Ihnen schwerfallen. Notieren Sie sich, wie Sie Ihre Arbeit nach Abschluss des Moduls anpassen möchten.

Weiterführendes Lernen

–
www.equalityhumanrights.com

–
P. Bates

With Inclusion in Mind

Edinburgh 2007

www.scotland.gov.uk/Publications/2007/10/18092957/11

–
J. Repper, R. Perkins

Social Inclusion and Recovery.

A Model for Mental Health Practice

London 2003

–
D. Richter

«Exklusionsmechanismen in der modernen Gesellschaft», in: Kerbe

Nr. 2/2010

S. 8-10

www.kerbe.info/files/Kerbe_ausgaben/2010-01-14_Kerbe1_10-Artikel-Richter.pdf

Links zum Thema Reintegration in den Arbeitsmarkt:

www.stiftung-ipt.ch

www.rehafirst.ch

Literatur

–
W. Brown, N. Kandirikirira

Recovering Mental Health in Scotland. Report on Narrative Investigation of Mental Health Recovery

Glasgow 2007

www.scottishrecovery.net/content/mediaassets/doc/Methods.pdf

–
Department of Health (DH)

Creating Capable Teams Approach

London 2007

www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_074501

–
M. Gibbons, J. Read

Open Up Toolkit

London 2004

–
H. Parr, C. Philo, N. Burns

Social Geographies of Rural Mental Health:

Experiencing Inclusions and Exclusions, in:

Transactions of the Institute of British Geographers

Bd. 29, Nr. 4 (Dez. 2004)

S. 401–419

–
C. A. Rapp, R. Wintersteen

The Strengths model of case management: Results from twelve demonstrations”, in:

Psychosocial Rehabilitation Journal

Bd. 13, Nr. 1 (Juli 1989)

S. 23–32

–
Scottish Government

With Inclusion in Mind

Edinburgh 2007

www.scotland.gov.uk/Topics/Health/health/mental-health/section25-31/Localauthorityguidance

–
Scottish Recovery Network (SRN)

Journeys of Recovery

Glasgow 2006

www.scottishrecovery.net/content/default.asp?page=s5_4_10

–
J. Secker, S. Hacking, H. Spandler et al.

Mental Health, Social Inclusion and Arts:

Developing the Evidence Base

London 2007

–
J. Thompson (Hrsg.)

One in Four

Leicester 2006

–
G. White

Talking about Spirituality in Healthcare Practice

London 2006

