



100 Wege um Recovery zu unterstützen

Ein Leitfaden für psychiatrische Fachpersonen

Rethink Mental Illness-Serie Recovery: Band 1 von Mike Slade

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der deutschen Herausgeber	3
Einleitung	4
Kapitel 1: Was ist persönliche Recovery?.....	5
Kapitel 2: Die zentrale Rolle von Beziehungen	8
Kapitel 3: Grundlagen einer recoveryorientierten psychiatrischen Dienstleistung	11
Kapitel 4: Einstufung	13
Kapitel 5: Aktionsplanung	18
Kapitel 6: Förderung der Kompetenzentwicklung im Bereich Selbstmanagement.....	19
Kapitel 7: Wege durch die Krise.....	24
Kapitel 8: Genesungsfokus in der psychologischen Betreuung	26
Kapitel 9: Umgestaltung der psychiatrischen Dienstleistungen.....	27
Anhang 1: Elektronische Ressourcen für eine bessere Recovery.....	28
Anhang 2: Quellen	29

■ Über Rethink Mental Illness

Rethink Mental Illness, die führende gemeinnützige Organisation für psychische Gesundheit in Großbritannien, bemüht sich darum, allen von schweren psychischen Erkrankungen betroffenen Menschen zu helfen, wieder mehr Lebensqualität zu gewinnen. Wir hoffen, durch wirksame Dienstleistungen und Unterstützung all denen, die uns brauchen, Hoffnung und ein Stück Selbstbestimmung zurückgeben zu können. Wir setzen uns ein für eine Veränderung in der Gesellschaft durch wachsendes Bewusstsein und Verständnis.
www.rethink.org

■ Vorwort

Rethink Mental Illness ist stolz, an dieser Publikation beteiligt zu sein, die als Band 1 einer Berichtsserie zum Thema Recovery herausgebracht wird. Unser Ziel ist es, die öffentliche Debatte darüber anzuregen, wie die psychiatrischen Dienstleistungen am besten reformiert werden könnten.

In den letzten Jahren wurden in der Betreuung von Menschen mit psychischen Problemen weltweit Fortschritte bei der Verbesserung der Dienstleistungsqualität erzielt. Im Zentrum vieler dieser Veränderungen steht das Konzept von Recovery – als philosophischer, aber auch praktischer Ansatz bei der Arbeit mit Menschen in seelischer Not. Dr. Mike Slade, der Autor dieses Berichts, ist beratender Psychologe für den South London and Maudsley NHS Foundation Trust und Professor am Health Service and Population Research Department des Institute of Psychiatry am King's College London. 2007 kehrte er seiner klinischen Praxis und seinen Forschungsprogrammen in London für einige Zeit den Rücken, um mehr über Recovery-Praktiken in Europa, Amerika und Australien zu erfahren. Dieser Bericht und die zugehörige Publikation *Personal Recovery and Mental Illness*¹

enthält Empfehlungen auf der Grundlage seiner Erkenntnisse.

Wir hoffen, mit dieser Publikation kritische Denkanstöße zum Thema Recovery und wertvolle Informationen für die Umsetzung in der Praxis zu liefern. Sie wurde speziell für psychiatrische Fachpersonen verfasst. Für andere im psychiatrischen Gesundheitswesen Beteiligte, wie Dienstleistungsnutzende und deren Angehörige, dürfte sie ebenso einen relevanten Beitrag zur öffentlichen Debatte über Recovery und psychische Gesundheit leisten.



*Paul Jenkins
Chief Executive,
Rethink Mental Illness
Mai 2009*



Vorwort der deutschen Herausgeber

Spät – aber nicht zu spät – gewinnt der Gedanke von Recovery im Hinblick auf eine zukunftsfähige Psychiatrie an Bedeutung. Recovery bietet die Chance eines Paradigmenwechsels im Hinblick auf Konzepte von psychischen Erkrankungen und infolgedessen auch auf die Frage nach entsprechenden Behandlungsangeboten und Versorgungssettings. Ein wesentliches Merkmal von Recovery ist die stärkere Einbeziehung der Nutzenden in allen Aspekten der Versorgung. Dies betrifft z.B. die Arbeit von Peers oder Genesungsbegleitenden in den Institutionen, in die Gestaltung von Versorgung und auch in der Forschung.

Die Entwicklung kommt nicht überraschend. Sie ist Teil eines insgesamt zu beobachtenden gesellschaftlichen Trends eines gewandelten Umgangs mit dem medizinischen Versorgungssystem, mit langfristigem Management von Gesundheit und Krankheit und mit einer Entwicklung zum Experten in Fragen der eigenen Gesundheit.

Soweit die Theorie. Aber wie bringt man die Theorie in die Praxis? Dies ist gerade im Hinblick auf Recovery ein herausforderndes und umfangreiches Unterfangen. Zu dieser Frage sind wir im Rahmen unserer Arbeitsgruppe immer wieder im englischsprachigen Raum fündig geworden. Wir haben Arbeitshilfen („Das Leben wieder in den Griff bekommen“) und Schulungsunterlagen („Recovery praktisch!“) ins Deutsche übertragen und auf der Seite www.pflege-in-der-psychiatrie.eu zur Verfügung gestellt.

In einem weiteren Schritt haben wir uns entschieden „100 ways to support recovery“ in deutscher Sprache zur Verfügung zu stellen. Der Autor Mike Slade gehört auch deshalb zu den bedeutendsten Wissenschaftlern zum Thema Recovery, weil er konsequent der Frage der Umsetzbarkeit und Überprüfbarkeit anhand von wissenschaftlichen Ansätzen nachgeht. Wir sind ihm dankbar, dass er einer deutschsprachigen Ausgabe zugestimmt hat. Eine Voraussetzung dafür war, dass das Dokument im Internet frei verfügbar sein muss. Dank der Unterstützung von verschiedenen Organisationen und Kliniken, die im Impressum auf Seite 33 aufgeführt sind, können wir dieser Forderung nachkommen.

Die in dieser Publikation verwendeten Fotografien sind in Rahmen des Projektes „Verrückte Bilder“ entstanden. Ganz herzlich möchten wir uns bei den Initiantinnen des Projektes, Caroline Gurtner, Beatrice Gehri, Silvia Grob und Karin Stutte, dem Institut für Pflegewissenschaften der Universität Basel und im Speziellen bei den Absolventinnen und Absolventen des Experienced Involvement Studiengangs Bern bedanken, für ihr Einverständnis, die Bilder verwenden zu dürfen.

Als Herausgeber der deutschen Fassung wünschen wir uns, dass die hier genannten Möglichkeiten zur Umsetzung des Recovery-Ansatzes von möglichst vielen Institutionen, Professionellen, Genesungsberatern, Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen und Politikern diskutiert und zur Anwendung gebracht werden.

*Michael Schulz
Gianfranco Zuaboni
Michael Löhr
† Christoph Abderhalden*

Einleitung

Dies ist ein Leitfaden für psychiatrische Fachpersonen, die auf die Entwicklung eines Fokus auf Recovery in den psychiatrischen Dienstleistungen hinarbeiten. Es werden verschiedene Ideen für eine recoveryorientierte Arbeit mit Nutzenden* der Dienstleistung präsentiert.

Dieser Leitfaden baut auf zwei Annahmen auf:

- Erstens: Recovery ist etwas, das auf eine Richtung hinarbeitet und von Menschen mit psychischen Erkrankungen erfahren wird. Es ist keine Dienstleistung, die von außen ausgeführt wird. Der Beitrag der Fachpersonen besteht darin, die Nutzenden auf ihrem Weg zu begleiten.
- Zweitens: Der Recovery-Prozess verläuft stets ganz individuell. Wie einem Individuum am besten zu helfen ist, ist immer von der jeweiligen Person abhängig.

Da es keine ideale oder „richtige“ Vorgehensweise gibt, ist es auch nicht möglich, in Schritt-für-Schritt-Anleitungen zu erklären, wie der Recovery-Prozess durch Fachpersonen unterstützt werden kann. Dieser Leitfaden soll daher eher als Landkarte denn als genaue Wegbeschreibung dienen.

Im Zentrum dieses Berichts steht ein konzeptioneller Bezugsrahmen, mit dem bestimmt werden soll, welche Arten der Unterstützung hilfreich sein könnten. Dieser Rahmen nennt sich Personal Recovery Bezugsrahmen. Er basiert auf den Berichten von Menschen, die eine psychische Erkrankung selber erfahren haben. Ziel dieser Publikation ist es, diesen Bezugsrahmen in die Praxis zu übertragen.

* Auch wenn der Terminus umstritten ist, sprechen wir hier von „Dienstleistungsnutzern“ oder von „Nutzenden“, da unser Fokus auf Menschen liegt, die persönliche Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen machen und entsprechende Dienstleistungen in Anspruch nehmen.





Kapitel 1: Was ist persönliche Recovery?

Das Wort Recovery hat zwei Bedeutungen.

Klinische Recovery ist eine Idee, die aus der Erfahrung psychiatrischer Fachpersonen heraus entstanden ist. Dabei geht es um die Beseitigung von Symptomen, die Wiederherstellung der sozialen Funktionsfähigkeit und ganz allgemein darum, „wieder zur Normalität zurückzukehren“.

Persönliche Recovery ist eine Idee, die auf den persönlichen Erfahrungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen beruht. Sie unterscheidet sich in bestimmten Bereichen grundlegend von der klinischen Recovery. Die am häufigsten genutzte Definition der persönlichen Recovery stammt von William Anthony (1993)²:

... ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess im Hinblick auf die Einstellungen, Werte, Gefühle, Ziele, Fähigkeiten und/oder Rollen eines Menschen im Leben und eine Möglichkeit, auch mit den Einschränkungen durch die Erkrankung ein befriedigendes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen. Recovery beinhaltet die Entwicklung einer neuen Bedeutung und eines neuen Sinns im Leben, während man über die katastrophalen Auswirkungen der psychischen Erkrankung hinauswächst.

Es ist allgemein anerkannt, dass die meisten psychiatrischen Einrichtungen derzeit so organisiert sind, dass sie das Ziel der klinischen Recovery erreichen können. Wie aber können wir diese Einrichtungen dahingehend verändern, dass der Fokus auf die persönliche Recovery gelegt wird? Dieser Bericht präsentiert 100 verschiedene Wege dorthin, beginnend mit einem konzeptionellen Bezugsrahmen als Fundament für diese Veränderung.

Aufgabe 1: Entwicklung einer positiven Identität

Die erste Recovery-Aufgabe besteht darin, eine positive Identität jenseits der psychischen Erkrankung zu entwickeln. Identitätsmerkmale, die für eine Person von entscheidender Bedeutung sind, können für eine andere wesentlich weniger wichtig sein, was deutlich macht, dass nur die Person selbst entscheiden kann, was für ihn persönlich eine positive Identität darstellt.

Aufgabe 2: Einordnung der „psychischen Erkrankung“

Die zweite Recovery-Aufgabe besteht darin, eine für die Person zufriedenstellende Einordnung der persönlichen Erfahrung vorzunehmen, die Fachleute als psychische Erkrankung bezeichnen würden. Dies beinhaltet, die Erfahrung verständlich zu machen, um sie dann ablegen zu können: als Teil der Person, aber nicht als die Person als Ganzes. Diese Einordnung könnte die Form einer Diagnose oder eines Konzepts annehmen, könnte aber auch gar nichts mit medizinischen Modellen zu tun haben und z.B. im Rahmen einer spirituellen, kulturellen oder existentiellen Krise erfolgen (daher die Anführungszeichen im Aufgabentitel).

Aufgabe 3: Selbstmanagement der psychischen Erkrankung

Die Einordnung der psychischen Erkrankung als Erfahrung schafft einen Kontext, in dem eine der Herausforderungen des Lebens darin besteht, der Fähigkeit zum Selbstmanagement eine Entwicklungsmöglichkeit zu geben. Es geht um den Übergang von der klinischen Betreuung hin zur Wahrnehmung der persönlichen Verantwortung durch ein entsprechendes Selbstmanagement. Das bedeutet nicht, alles allein schaffen zu müssen. Es bedeutet, für das eigene Wohlergehen selbst verantwortlich zu sein, einschließlich der Suche nach Hilfe und Unterstützung von außen, falls erforderlich.

Aufgabe 4: Entwicklung positiver sozialer Rollen

Die letzte Recovery-Aufgabe umfasst den Erwerb früherer bzw. veränderter oder neuer positiver sozialer Rollen. Dazu gehören oft soziale Rollen, die nichts mit der psychischen Erkrankung zu tun haben. Positive soziale Rollen bilden ein Stützgerüst für die aufkeimende Identität der Person in Recovery. Eine Zusammenarbeit mit der Person in seinem sozialen Umfeld ist dabei von entscheidender Bedeutung, vor allem in Krisenzeiten, wenn die normalerweise von Freunden, Familienmitgliedern oder Kollegen erfahrene Unterstützung stark beansprucht sein kann.

*Kasten 1:
Aufgaben auf dem Weg zur persönlichen Recovery*



1.1 Der Recovery-Bezugsrahmen

Um eine persönliche Recovery zu unterstützen, muss der Fokus von der Behandlung einer Krankheit hin zur Förderung des Wohlbefindens gelenkt werden. Dies erfordert ein Umdenken, in dessen Zusammenhang medizinische Modelle als Teil eines ganzheitlicheren Verständnisses der Person werden. Zum besseren Verständnis dient der Recovery-Bezugsrahmen als Orientierungshilfe. Er basiert auf den vier Recovery-Dimensionen, die sich aus den Berichten von Menschen mit psychischen Erkrankungen ergeben haben³:

- Hoffnung als eine häufig berichtete Komponente der Recovery
- Selbstidentität, einschließlich des aktuellen und zukünftigen Selbstbilds
- Bedeutung im Leben, einschließlich Lebenszweck und Zielen
- Persönliche Verantwortung – die Fähigkeit, die persönliche Verantwortung für das eigene Leben zu übernehmen

Der Recovery-Bezugsrahmen (Abbildung 1) basiert auf vier Recovery-Aufgaben, die während des Recovery-Prozesses typischerweise bewältigt werden müssen (Kasten 1). Diese sind nur grob eingeordnet, um eine allgemeine, aber nicht universell gültige Abfolge von der Überzeugung hin zur Aktion und vom Persönlichen hin zum Sozialen darzustellen.

Die Pfeile zeigen an, dass die Recovery eine Minimierung der Auswirkungen der psychischen Erkrankung (durch Einordnung und Selbstmanagement) und eine Maximierung des Wohlbefindens (durch Entwicklung einer positiven Identität sowie positiv besetzter sozialer Rollen und Beziehungen) bewirkt.

Eine persönliche recoveryorientierte psychiatrische Dienstleistung ist daher so organisiert, dass sie Individuen bei der Bewältigung der vier Recovery-Aufgaben unterstützt und dabei den Wert der Beziehungen stärkt. Die zentralen Unterschiede zwischen recoveryorientierter und traditioneller Praxis wurden von verschiedenen Autoren betrachtet, die eigene Erfahrungen mit dem Versuch gemacht haben, recoveryfördernde Veränderungen im Versorgungswesen einzuführen⁴⁻⁸. Einige dieser Unterschiede sind in Tabelle 1 aufgeführt.

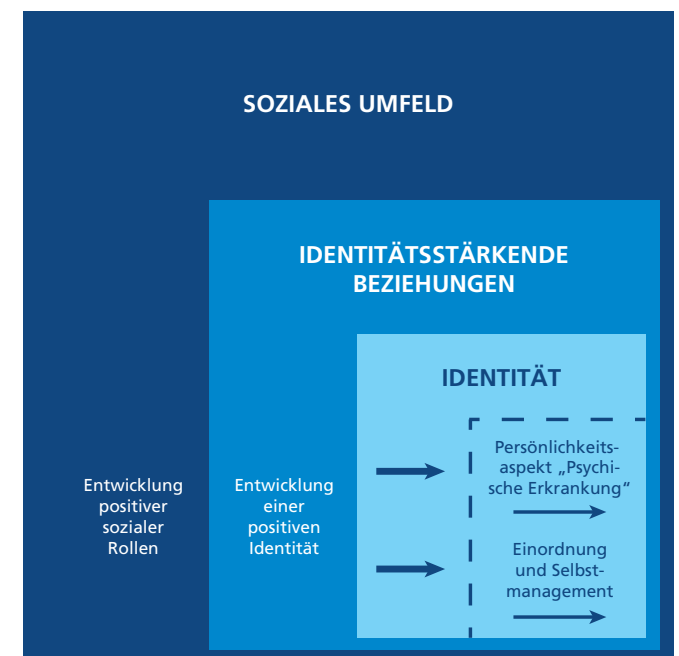


Abbildung 1:
Personal Recovery Framework

Traditioneller Ansatz Recovery-Ansatz

Werte und Machtverteilungen

(Scheinbare) Wertfreiheit	Wertorientierung
Professionelle Verantwortung	Persönliche Verantwortung
Kontrollorientierung	Wahlorientierung
Machtausübung	Machtübertragung

Basiskonzepte

Wissenschaft	Humanismus
Pathografie	Biografie
Psychopathologie	Leiderfahrung
Diagnose	Persönliche Bedeutung
Behandlung	Wachstum und Entdeckung
Fachperson und Patienten	Experten durch Ausbildung sowie Experten durch Erfahrung

Wissensgrundlage

Randomisierte Kontrollstudien	Erfahrungsberichte
Systematische Übersichten	Arbeit mit Vorbildern
Dekontextualisiert	Innerhalb eines sozialen Kontextes

Arbeitspraktiken

Beschreibung	Verständnis
Funktionsstörung im Fokus	Person im Fokus
Krankheitsbasiert	Stärkenbasiert
Grundlage ist Reduzierung von Nebenwirkungen	Grundlage sind Hoffnungen und Träume
Individuum passt sich an das Programm an	Fachperson passt sich an der Person an
Belohnung von Passivität und Konformität	Stärkung der Selbstbestimmung
Professionelle Betreuung durch Koordinatoren	Selbstmanagement

Ziele der Betreuung

Bekämpfung der Krankheit	Förderung der Gesundheit
Unter Kontrolle bringen	Selbstkontrolle
Compliance	Wahlfreiheit
Rückkehr zur Normalität	Transformation

Da Recovery sehr unterschiedlich erlebt wird, sind Fachpersonen aufgefordert, Recovery-Prozesse individuell und persönlich zu unterstützen. Im Folgenden wird beschrieben, was dies in der Praxis bedeutet.



Tabelle 1:
Unterschiede zwischen traditioneller und recoveryorientierter Betreuung



Kapitel 2:

Die zentrale Rolle von Beziehungen

Dieses Kapitel beginnt mit einer Beschreibung der 100 Wege für psychiatrische Fachpersonen, Recovery zu unterstützen. Der Fokus liegt dabei auf den persönlichen Beziehungen – zu Peer-Support-Spezialistinnen und -Spezialisten, Fachpersonen und sonstigen Personen.



2.1 Förderung der Beziehung zu Peers

Menschen, die selbst Erfahrungen mit einer psychischen Erkrankung gemacht haben („Peers“), können unmittelbar zur Recovery anderer beitragen⁹⁻¹¹. Die Einbeziehung von Peers in den Recovery-Prozess wird international mit einer innovativen, recoveryorientierten Dienstleistung in Zusammenhang gebracht. Drei Arten der Unterstützung durch Peers können für Recovery förderlich sein.

1: Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen konzentrieren sich auf gelebte Erfahrungen. Daraus ergeben sich Strukturen, die auf der Annahme basieren, dass alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer etwas zum Prozess beizutragen haben.

2: Peer-Support-Spezialistinnen und -Spezialisten*

Peer-Support-Spezialistinnen und -Spezialisten übernehmen Funktionen in der psychiatrischen Dienstleistung, für die die persönliche Erfahrung mit einer psychischen Erkrankung Voraussetzung ist. Der Einsatz von Expertinnen und Experten aus Erfahrung bringt vier Vorteile mit sich.

1. Für Peer-Support-Spezialistinnen und -Spezialisten handelt es sich um einen Job, der diverse positive Aspekte mit sich bringt. Ihre eigenen Erfahrungen werden gewürdigt, was zu einer transformativen Neueinordnung einer Krankheitserfahrung beitragen kann. Sie können anderen helfen, was eine wichtige Komponente im Heilungsprozess darstellt. Darüber hinaus werden Selbstmanagement und berufliche Kompetenzen gestärkt.

2. Für die anderen Fachpersonen führt die Präsenz von Peer-Support-Spezialistinnen und -Spezialisten zu einem erhöhten Bewusstsein persönlicher Werte. Die Interaktion mit Peer – Kollegen/ Kolleginnen verhindert die stigmatisierende Abgrenzung zwischen Fachpersonen und Nutzende auf natürliche Weise, vielmehr als wenn sie erzwungen wird.

3. Für andere Dienstleistungsnutzende sind Peer-Support-Spezialistinnen und -Spezialisten Vorbilder im Recovery-Prozess – eine wichtige Quelle der Hoffnung. Außerdem kann es sein, dass die soziale Distanz nicht so groß ist wie gegenüber dem anderen Fachpersonal, was zu einer höheren Bereitschaft zur Zusammenarbeit führen kann.

4. Für das Versorgungssystem können Peer-Support-Spezialistinnen und -Spezialisten Kulturbotschafterinnen und Kulturbotschafter sein. Personen in Recovery und ehemalige Dienstleistungsnutzende müssen aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen oft weniger darauf geschult oder daran erinnert werden, einen recoveryorientierten Ansatz zu verfolgen.

3: Von Peers organisierte Dienstleistungen

Von Peers organisierte Dienstleistungen sind mehr als lediglich Organisationen, in denen Menschen arbeiten, die selber Erfahrungen mit einer psychischen Erkrankung gemacht haben⁹. Das Ziel besteht darin, die persönliche Recovery im Rahmen der Werte und Praktiken dieser Dienstleistungen zu unterstützen. Von Peers organisierte Dienste verfolgen einen deutlich anderen Ansatz als traditionelle psychiatrische Dienste: Sie transportieren die direkte Botschaft, dass die Erfahrung einer psychischen Erkrankung ein Gewinn ist. Ihr wichtigstes Ziel ist es, Personen darin zu unterstützen, ihre Zukunft wieder selbst in die Hand zu nehmen.

* Der Begriff Peer-Support-Spezialistinnen und -Spezialisten wurde dem Englischen entlehnt. Im deutschen Sprachraum werden auch andere Bezeichnungen verwendet, wie z.B. Genesungsbegleitende, Peerworker, Peermitarbeitende oder Expertinnen und Experten aus Erfahrung.

Aktionspunkte

Fachpersonen können Peer Support auf folgende Weise fördern:

1. Zusammenarbeit mit Freiwilligenorganisationen zur Entwicklung von Selbsthilfegruppen und zur aktiven Förderung des Zugangs zu Gruppen dieser Art
2. Verteilung schriftlicher Informationen für Dienstleistungsnutzende zum Thema Recovery¹²⁻¹⁵
3. Beschäftigung von Peer-Support-Spezialistinnen und -Spezialisten im betreffenden Dienst und Unterstützung dieser Mitarbeitenden im Hinblick auf ihren Beitrag zu einem neuen Betreuungsansatz
4. Förderung der Entwicklung von Dienstleistungen, die von Peers organisiert werden
5. Menschen dabei helfen, über ihre eigene Recovery-Geschichte zu sprechen, z. B. durch Schulungen mit professionellen Erzählern, durch Aufbau eines lokalen Rednerbüros oder durch Ermutigung der Dienstleistungsnutzenden, ihre Geschichte in den lokalen und nationalen Medien zu berichten
6. Aktiver Umgang mit digitalen Ressourcen, z. B. www.mentalhealthpeers.com, www.recoveryinnovations.org

2.2 Beziehungen zu Fachpersonen

In einer recoveryorientierten Dienstleistung ist die nutzende Person der ultimative Entscheidungsträger, sofern nicht rechtlichen Bestimmungen Vorrang zu geben sind. Das bedeutet nicht in jedem Fall, dass Fachpersonen immer tun müssen, was die Nutzenden sagen. Eine Fachperson darf sich selbstverständlich nicht unethisch verhalten oder zusammen mit einer/einem Nutzenden gegen das Gesetz verstoßen. Grundsätzlich sollte sich die Fachperson jedoch aktiv bemühen, sich von der Person anleiten zu lassen. Das bedeutet, dass die professionelle Sichtweise hilfreich sein kann, die Erfahrungen einer Person zu verstehen, aber nicht notwendigerweise die einzige Möglichkeit darstellt.

Ein Begriff, der diese Art der partnerschaftlichen Beziehung beschreibt, ist **Gegenseitigkeit** – dabei wird davon ausgegangen, dass wir alle schon einmal Herausforderungen angenommen haben und dass es hilfreich ist, diese Gemeinsamkeit zu betonen. Die Fachperson ist bereit, eng mit der Person zusammenzuarbeiten und daher häufig im Kontakt mit ihr zu sein. Sie sieht ihre Aufgabe darin, Optionen zu präsentieren, anstatt Probleme zu lösen. Diese dürfen auch von der/dem Nutzenden in Frage gestellt, beeinflusst und geändert werden.

Manchmal müssen Fachpersonen jedoch Entscheidungen für die nutzenden Personen treffen. Es kommt vor, dass Menschen zeitweise nicht in der Lage sind, für sich selbst zu sorgen, sodass in Ermangelung einer besseren Lösung die Fachpersonen die Führungsrolle übernehmen und eingreifen müssen, notfalls mit Zwang. Es ist nicht hilfreich, Erwartungen an einen Menschen zu stellen, der sich noch in einem frühen Stadium seines Recovery-Prozesses befindet (von Ärzten als akute Erkrankung bezeichnet), also zu einem Zeitpunkt, an dem er diese Erwartungen nicht einmal ansatzweise erfüllen kann. Manchmal wollen Nutzende auch einfach eine professionelle Meinung hören – im Hinblick auf Diagnosen, Prognosen und Behandlungen. Nutzende, die ihre

Erfahrungen als psychische Erkrankung verstehen wollen, haben das Recht, die Meinung ihrer Fachperson darüber zu erfahren, was mit ihnen nicht stimmt und was ihnen helfen könnte.

Ein spezieller Kommunikationsstil, der in der recoveryorientierten Betreuung häufig angewandt wird, ist das Coaching. Die Vorteile des **Coaching-Ansatzes** sind folgende:

1. Es wird davon ausgegangen, dass die Person in der Lage ist oder sein wird, sein Leben selbst zu regeln. Die Fähigkeit zur persönlichen Verantwortung wird als gegeben angesehen.
2. Der Fokus liegt darauf, den Recovery-Prozess zu erleichtern, und nicht auf der Person selbst. Beim Coaching geht es darum herauszufinden, wie die Person mit ihrer psychischen Erkrankung leben kann. Dieser Ansatz unterscheidet sich vom traditionellen Ansatz, bei dem der Fokus auf der Behandlung der Erkrankung liegt.
3. Die Rolle des Coaches besteht darin, die Aktivierung der Fähigkeit zur Selbstkorrektur des eigenen Verhaltens zu ermöglichen, statt das Problem zu lösen. Dies führt zur Betonung von Stärken und bestehenden unterstützenden Beziehungen statt zur Betonung von Defiziten.
4. In der Coaching-Beziehung ist die Energie auf die Ziele der Person gerichtet und nicht auf die Ziele des Coaches. Die Fähigkeiten des Coaches sind daher Ressourcen, die angeboten werden. Die Anwendung dieser Fähigkeiten ist kein Selbstzweck.
5. Beide Beteiligten müssen einen aktiven Beitrag leisten, damit diese Beziehung funktioniert.

Aktionspunkte

Fachpersonen können Recovery auf folgende Weise unterstützen:

7. Den Wünschen und Vorlieben der Dienstleistungsnutzenden mindestens ebenso viel Bedeutung beimessen wie ihren eigenen Ansichten
8. Wann immer es möglich ist, sich von den Prioritäten der Nutzenden leiten lassen statt von ihren eigenen
9. Offen sein, um von den Nutzenden zu lernen und sich in diesem Prozess selbst zu verändern
10. Wann immer es möglich ist, Coaching-Kompetenzen anwenden
11. Eine Supervision akzeptieren und anbieten, bei der sowohl die Beziehung als auch die technischen Kompetenzen berücksichtigt werden

Das medizinische Fachwissen bleibt ein zentraler Aspekt, auch wenn es genutzt wird, um das Selbstmanagement der Nutzenden zu unterstützen. Dieser Wechsel hin zu Partnerschaftlichen Beziehungen ist für die Fachperson jedoch keine Rechtfertigung, weniger intensiv zu arbeiten, schneller aufzugeben oder eine nicht fokussierte oder nicht evidenzbasierte Behandlung durchzuführen. Vielmehr geht es darum, die medizinische Fachkenntnis derart einzusetzen, dass die Prozesse der Einstufung, Zielplanung und Behandlung allesamt den Recovery-Prozess unterstützen.

Aktionspunkte

Fachpersonen können Spiritualität und die Verbindung zu anderen Menschen auf folgende Weise fördern:

12. Nutzende nach dem Sinn ihres Lebens fragen. Das könnte über den Kompetenzbereich der Fachperson hinausgehen, gleichzeitig genau in den Bedürfnisbereich der Nutzenden führen
13. Ein positives Selbstbild vermitteln durch Mitgefühl in der Interaktion mit den Nutzenden, die über Rückschläge berichten
14. Nutzenden spirituelle Erfahrungen ermöglichen, z. B. durch Bibellesungen, Gebete, Gottesdienstbesuche, Zugang zu religiösen Websites
15. Nutzenden erhebende Erfahrungen ermöglichen, z. B. Kunst, Literatur, Poesie, Tanz, Musik, Wissenschaft und Natur
16. Nutzenden Gelegenheiten zur Selbsterfahrung geben, z.B. durch Einzeltherapie, das Führen eines Tagebuchs, das Schreiben von Gedichten

oder Liedern, die Entwicklung einer Erzählung über sich selbst

17. Nutzende helfen, anderen etwas zurückzugeben, z.B. durch ehrenamtliche Arbeit, ein Haustier zu pflegen, Verantwortung für etwas oder jemanden zu übernehmen
18. Sich mit digitalen Ressourcen vertraut machen, z. B. www.spiritualcrisisnetwork.org.uk oder www.spiritualcompetency.com
19. Nutzende dazu ermutigen, soziale Verantwortung zu entwickeln, z.B. durch die Wahrnehmung ihrer Bürgerrechte, die Teilnahme an politischen Aktivitäten (auch als Aktivistin/Aktivist für die eigene Sache)
20. Nutzende dazu ermutigen, kulturelle und spirituelle Aktivitäten auszuprobieren, z.B. in kulturspezifischen Gruppen oder im Rahmen von Heilungs- und Reinigungszeremonien
21. Nutzenden Zeit zum Nachdenken geben, einen Rückzugsort und Kontemplationshilfen anbieten



2.3 Förderung anderer Beziehungen

Nutzende müssen sich nicht nur von der psychischen Erkrankung selbst erholen, sondern auch von ihren emotionalen, körperlichen, intellektuellen, sozialen und spirituellen Folgen. Zwischenmenschliche Beziehungen und ein aktiver Lebensstil sind wichtige Quellen der Lebensfreude. Viele im Recovery-Prozess befindliche Nutzende kommen zu dem Schluss, dass Glauben in der einen oder anderen Form eine wichtige Stütze sein kann, wenn man sich von anderen verlassen fühlt.

Die recoveryorientierte Arbeit beginnt mit einer Betrachtung der Werte. Ein durchgängiges Thema in kompetenten psychiatrischen Diensten ist die Erfahrung, dass Werte sowohl explizit definiert als auch in der täglichen Entscheidungsfindung genutzt werden müssen. Dies erfordert drei Prozesse:

- Explizite Formulierung von Werten
- Einbettung dieser Werte in die Alltagspraxis
- Anpassung der Praxis auf Basis von Rückmeldungen



Kasten 2: Wertevorschläge für eine recoveryorientierte psychiatrische Dienstleistung

Der erste Prozess besteht darin, **Werte explizit zu formulieren** und auf diese Weise zur Debatte zu stellen. Dazu gehört, die zugrunde liegenden organisatorischen Werte auf eine lebendige und nicht theoretische Weise zu definieren und sichtbar zu machen. Was sind die Leitwerte einer recoveryorientierten psychiatrischen Dienstleistung? Sie müssen gar nicht kompliziert sein. Die Vorschläge von Bill Anthony lauten¹⁶:

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind Menschen.

Dies bietet eine grundlegende Orientierung für psychiatrische Dienste. Menschen mit psychischen Erkrankungen wollen alle Rechte, Aufgaben und Verantwortungen wahrnehmen, die ihnen als Person zukommen. Die Aufgabe psychiatrischer Dienste besteht darin, die Nutzenden auf dem Weg zu diesem Ziel zu unterstützen.

Dieses eine Prinzip ist eine hilfreiche Zusammenfassung für diejenigen, die sich leicht mit den Recovery-Werten anfreunden können. Viele medizinische Fachpersonen werden jedoch einen detaillierteren Ansatz hilfreicher finden. Einen Vorschlag für Kernwerte finden Sie im Kasten 2.

Wert 1: Das erste und wichtigste Ziel einer psychiatrischen Dienstleistung ist es, den individuellen Recovery-Prozess zu unterstützen

Wert 2: Maßnahmen von Fachpersonen müssen sich hauptsächlich darauf konzentrieren, die Schritte in Richtung Ziele der Nutzenden zu identifizieren, ausarbeiten und zu unterstützen

Wenn die Nutzenden für ihr eigenes Leben verantwortlich sein sollen, dann bedeutet eine Unterstützung dieses Prozesses, auf die Aufdrängung von Bedeutungen und Annahmen darüber zu verzichten, was wichtig ist. Stattdessen soll man sich auf die Lebensziele der Nutzenden konzentrieren.

Wert 3: Psychiatrische Dienste gehen davon aus, dass die Nutzenden für ihr eigenes Leben verantwortlich sind oder (falls in der Krise) es sein werden. Es ist nicht Aufgabe der Fachpersonen, Menschen zu heilen. Ihre Hauptaufgabe besteht darin, sie zu unterstützen, sich weiterzuentwickeln und die Fähigkeit Selbstmanagement in ihrem Leben anzuwenden. Die instinktive Antwort einer Fachperson in jeder Situation muss sein: „Sie schaffen das, wir helfen Ihnen“:

- Sie schaffen das, weil ein fester Glauben in das immense Potenzial der Selbstkorrektur und der Übernahme persönlicher Verantwortung in jedem einzelnen Menschen und in der Gemeinschaft vorhanden ist
- Wir helfen Ihnen, weil wir gleichzeitig daran glauben, dass professionelle Kompetenz für viele Menschen einen hohen Stellenwert hat, vor allem, wenn Wert 2 vorhanden ist

Diese Werte deuten darauf hin, dass es weniger darum gehen muss, Verantwortung für die Nutzenden zu übernehmen, sondern eher, Verantwortung mit den Nutzenden zu übernehmen. Verantwortung mit den Nutzenden zu übernehmen bedeutet explizit, innerhalb einer partnerschaftlichen Beziehung zu verhandeln und zusammenzuarbeiten und dabei in rascher Abfolge immer weniger Verantwortung für sie zu übernehmen. Der Fokus von für die Nutzenden (während der Krise) hin zu mit den Nutzenden wechselt von gemeinsam übernommener Verantwortung bis zur alleinigen Verantwortung des Nutzenden. Dies setzt auch ein Wertebewusstsein seitens des Fachpersonals voraus – also eine Selbsterkenntnis im Hinblick auf persönliche und professionelle Werte.

Der zweite Prozess besteht darin, die **Werte in den Alltag und die Arbeitspraktiken der psychiatrischen Dienste einzubetten**. Dies ist eine große Herausforderung, da sich Schulungen zum Thema Werte nicht leicht in die Praxis umsetzen lassen.

Der dritte Prozess umfasst die **Anpassung der Praxis auf Basis von Rückmeldungen**. Ohne die richtige Information über Erfolge und Misserfolge wird natürlicherweise davon ausgegangen, dass alles in Ordnung ist (oder zumindest konzentriert man sich auf all die anderen dringenden Dinge).

Aktionspunkte

Fachpersonen können die Genesung auf folgende Weise unterstützen:

22. Sich über Recovery informieren – auf Websites (siehe Anhang), durch Erfahrungsberichte¹⁷⁻²¹ und durch Gespräche mit Menschen im Recovery-Prozess
23. Innerhalb ihrer Organisation Werte explizit formulieren
24. Diese Werte mit allen Beteiligten besprechen und für eine Verbreitung sorgen
25. Davon ausgehen, dass sie für die Umsetzung dieser Werte verantwortlich sind
26. Innerhalb des Fachpersonals eher Selbstbestimmung als Konformität fördern, damit Fachpersonen keine „Erlaubnis“ brauchen, wenn sie ihr Verhalten gemäß den genannten Werten ändern wollen
27. Informationen über Handlungen sammeln, die diesen Werten zuwiderlaufen, und Verhaltensweisen so ändern, dass die Werte besser umgesetzt werden
28. Durch organisatorische Veränderungen, z. B. durch die aktive Förderung – nach Möglichkeit in Wort und Tat – von „Recovery-Champions“, durch Beitritt in bestehende Netzwerke (z. B. Coalition of Psychiatrists in Recovery – www.wpic.pitt.edu/AACP/CPR), durch Lernen von anderen
29. Durch die Einstellung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Kompetenzen im Recovery-Bereich^{22;23;15}, durch bestimmte Fragen im Einstellungsgespräch, z. B. „Warum wollen Menschen mit psychischen Erkrankungen Ihrer Ansicht nach arbeiten?“, um Bewerberinnen und Bewerbern die Möglichkeit zu geben, für ihre Werte einzustehen, und um festzustellen, ob wichtige Kenntnisse, Einstellungen und Kompetenzen im Hinblick auf den Recovery-Prozess²⁴ vorhanden sind



Kapitel 4: Einstufung

Wie kann das Assessment Recovery fördern? Die Zielsetzungen des Assessments unterscheiden sich von den traditionellen Zielen der Diagnose und Behandlungsplanung.

4.1 Assessment zur Förderung und Validierung der persönlichen Sinnfindung

Die Entwicklung persönlicher Bedeutung ist ein zentrales Element der Recovery-Arbeit. Nur wenige Menschen finden etwas Erfüllendes in ihren Rollen als Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung. Wie kann die Fachperson eine Person so einschätzen, dass negative Beurteilungen vermieden werden und die Person daher auf ihren Recovery-Weg gebracht werden kann?

Der Personal-Recovery-Bezugsrahmen verdeutlicht die zentrale Unterscheidung zwischen der Person, die unter der psychischen Erkrankung leidet, und der Erkrankung selbst und damit die Bedeutung einer primären Konzentration auf die Person und nicht auf die Krankheit.

Für den Menschen, der unter einer psychischen Erkrankung leidet, ist die Integration dieser Erfahrung in seine Gesamtidentität ein wichtiger Schritt im Recovery-Prozess. Dies kann nicht von außen kommen, daher gehört zum Assessment die Arbeit mit der Person, um ihr zu helfen, ihre eigene Erklärung zu entwickeln.

Der Prozess beginnt normalerweise mit der Frage nach dem Sinn – welchen Sinn hat das, was geschehen ist und noch geschieht. Viele Menschen versuchen, ihre Ängste zu bekämpfen, indem sie Antworten von einer psychiatrischen Fachperson erwarten. Teil der Einstufung wird

daher sein, genug Informationen zu sammeln, um in der Lage zu sein, ein professionelles Assessment zu liefern. Die professionelle Sicht der Diagnose sollte selbstverständlich der Person mitgeteilt werden, aber es sollte dennoch Zurückhaltung darin gewahrt werden, wie diese Einschätzung im Assessment-Prozess zum Tragen kommt. Sie ist eine Ressource, die den Nutzenden angeboten wird, aber nicht „die“ Antwort.

Eine Diagnose zu erhalten, kann hilfreich sein, beispielsweise weil man erkennt, dass andere Menschen ähnliche Dinge erlebt haben. Es kann aber auch weniger hilfreich sein, wenn die Fachperson oder die Dienstleistungsnutzenden davon ausgehen, dass eine Diagnose eine Erklärung ist (wo sie doch nur eine Beschreibung sein kann). Es kann die Recovery sogar aktiv behindern, wenn die/der Nutzende von der Fachperson – der jetzt weiß, was vor sich geht – die Heilung erwartet.

Für viele, vielleicht die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung gibt es, trotz allem, was sie hoffen mögen, keine Zaubерlösung. Die Realität ist die, dass der Recovery-Prozess aus unzähligen kleinen Handlungen besteht. Zurückhaltung im Hinblick auf die eigene professionelle Einschätzung muss aus Überzeugung geschehen und darf kein therapeutisches Manöver sein, um den Schlag der diagnostischen Realität etwas abzumildern.

Das Ergebnis der Suche der Person nach dem Sinn kann, muss aber nicht, mit der professionellen Einschätzung übereinstimmen. Das spielt keine Rolle! Ziel des Recovery-Prozesses ist es nicht, normal zu werden. Es ist vielmehr das Ziel, unsere menschliche Berufung anzunehmen, in Tiefe und Vollkommenheit Mensch zu werden²⁵.

Aktionspunkte

Fachpersonen können die persönliche Sinnfindung auf folgende Weise fördern:

30. Forschungsergebnisse über den Sinn des Lebens²⁶ in ihrer Arbeit berücksichtigen
31. Neue Fragen stellen, die die persönliche Bedeutung der Erfahrung untermauern, z. B. bei der Aussage „Ich leide unter Schizophrenie“ mit der Entgegnung „Denken Sie das selbst oder sagen das andere über Sie?“
32. Auch außerhalb des klinischen Kontextes Umgang mit Menschen pflegen, die unter psychischen Problemen leiden, z. B. mit Stimmenhörern, die Teil des Hearing Voices Network (www.hearing-voices.org) sind und die Stimmen, die sie hören, als real akzeptieren, durch Erarbeitung von Psychoseseminaren²⁷ oder als Kollegen psychiatriee erfahrener Mitarbeiter
33. Verstehen, dass zwischen der Person, die Stimmen hört und den wahrgenommenen Stimmen eine soziale Beziehung besteht²⁸, sodass Themen wie Opferrolle, Macht, Angst und Selbstbestimmung geeignete Einstufungsthemen sind

4.2 Assessment zur Betonung von Stärken

Genau genommen ist niemand normal. Wer nur nach Defiziten fragt, vermittelt ein sehr unausgewogenes Bild des Nutzenden als eines Menschen mit wenigen Stärken und persönlichen oder sozialen Ressourcen. Wie kann das Assessment Stärken ebenso wie Schwierigkeiten herausarbeiten?

Ein Ansatz besteht darin, einen strukturierten Dialog zu entwickeln, entsprechend einem Psychostatus-Test, um die Stärken, Werte, Bewältigungsstrategien, Träume, Ziele und Wünsche des Nutzenden zu identifizieren. Wie könnte das aussehen? Kasten 3 enthält ein Beispiel für eine solche psychologische Untersuchung mit den entsprechenden Äquivalenten aus einem normalen Anamnesegespräch in eckigen Klammern.



Aktuelle Stärken und Ressourcen [Verlauf der bestehenden Erkrankung]

Was hilft Ihnen weiterzumachen? Denken Sie an Spiritualität, soziale Rollen, kulturelle/politische Identität, Glaube an sich selbst, Lebenskompetenzen, Entschlossenheit, Durchhaltevermögen, Humor, Gestaltung der Umweltbedingungen, Unterstützung von anderen, die Fähigkeit, Emotionen künstlerisch auszudrücken.

Persönliche Ziele [Risikobewertung]

Inwiefern sollte Ihr Leben anders sein? Welche Träume haben Sie zurzeit? Wie haben sich diese Träume verändert?

Bisherige Bewältigungsgeschichte [Bisherige psychiatrische Krankengeschichte]

Wie haben Sie es durch die schwierigen Zeiten in Ihrem Leben geschafft? Welche Unterstützung fanden Sie dabei hilfreich? Was hätten Sie sich gewünscht?

Ererbte Ressourcen [Genetischer Hintergrund]

Gab es in Ihrer Familie herausragende Talente? Künstler, Schriftsteller, Sportler oder Akademiker?

Familiäres Umfeld [Familiäres Umfeld]

Gab es jemanden, den Sie als Kind sehr bewundert haben? Welche wichtigen Erfahrungen haben Sie in Ihrer Kindheit gemacht?

Lernen aus der Vergangenheit [Auslösende Ereignisse]

Was haben Sie aus diesen Erfahrungen gelernt? Haben Sie sich als Mensch in irgendeiner Weise positiv verändert? Denken Sie an Dankbarkeit, Altruismus, Empathie, Mitgefühl, Selbstannahme, Selbstwirksamkeit, Bedeutung/Sinn.

Entwicklungsgeschichte [Entwicklungsgeschichte]

Wie war Ihr Leben in Ihrer Kindheit und Jugend? Was haben Sie genossen? Was ist Ihre schönste Erinnerung? Welche Fähigkeiten oder Talente haben Sie an sich entdeckt?

Positive soziale Rollen [Beruflicher Werdegang]

Was würde jemand, der Sie wirklich gut kennt und mag, über Sie sagen? Was sollte er Ihrer Ansicht nach sagen? Inwiefern sind Sie für andere hilfreich oder wertvoll?

Soziale Stützen [Beziehungsverlauf]

Auf wen können Sie sich in schweren Zeiten verlassen? Wer verlässt sich auf Sie?

Persönliche Talente [Forensische Vorgeschichte, Drogen und Alkohol]

Was ist besonders an Ihnen? Hat Ihnen jemals jemand ein Kompliment gemacht? Welche Dinge, die Sie getan haben, oder welche Verhaltensweisen machen Sie wirklich stolz?

Kasten 3: Psychologische Untersuchung

Eine positive Identität kann auch aus einer gesunden Lebensweise, Ernährung und Fitness kommen – oder allem, was dafür sorgt, dass sich der Nutzende wohl in seiner Haut fühlt.

Aktionspunkte

Fachpersonen können die Entwicklung einer positiven Identität auf folgende Weise fördern:

34. Fähigkeiten genauso wie Einschränkungen berücksichtigen, z. B. mithilfe der Fragen in Kasten 3, durch Umsetzung des Stärkenmodells²⁹ sowie durch Verwendung des Online-Fragebogens „Values in Action Inventory of Strengths“ (www.viastrengths.org)³⁰ oder des körperlichen Gesundheitstests von Rethink (www.rethink.org/physicalhealthcheck)

4.3 Assessment zur Förderung persönlicher Verantwortung

Ziel der Einstufung ist es, eine partnerschaftliche Beziehung aufzubauen, die die Bemühungen der Person auf ihrem Weg zur Genesung verstärkt. Die Herausforderung besteht darin, der Recovery der Person nicht im Weg zu stehen, indem z.B. Beziehungen, die Abhängigkeiten schaffen, defizitorientierte Assessments, standardisierte Behandlungen oder eine nur schrittweise Übertragung der Verantwortung an die Person vermieden werden. Welche Unterschiede ergeben sich durch diese Orientierung in der Praxis?

Ein Beispiel dafür ist zielorientierte Aktivität. Viele Nutzende haben Schwierigkeiten, zielgerichtete Aktivitäten zu entwickeln. Fachpersonen können dies durch Fragen unterstützen, die die Person in den Mittelpunkt rücken:

- Wann haben Sie sich in Ihrem Leben am lebendigsten gefühlt?
- Wann hatten Sie zum letzten Mal Spaß?
- Was würde Ihr Leben verändern?
- Was sind Ihre Träume?
- Was wünschen Sie sich vom Leben?
- Was würde Ihr Leben besser machen?
- Was würde Ihrem Leben mehr Sinn verleihen?
- Was würde Ihr Leben angenehmer machen?

Die Herausforderung liegt dann darin, nicht im Weg zu stehen, indem man die Verantwortung übernimmt. So sollte man vermeiden, für die Person zu entscheiden, ob das Ziel realistisch ist, oder die nötigen Schritte in Richtung Ziel zu definieren.

Das Gegenmittel gegen die Tendenz psychiatrischer Fachkräfte, die Verantwortung zu übernehmen, liegt darin, Coaching-Techniken zu benutzen, um die partnerschaftliche Beziehung zu stärken: „Was wäre nötig, um dieses Ziel zu erreichen?“, „Was würde geschehen,

wenn Sie die Regel, die besagt, dass Sie das nicht tun dürfen, einfach ignorierten?“ Fachperson müssen im Er-möglichen ebenso erfahren sein wie im Tun.



■ ■ 4.4 Assessment zur Unterstützung einer positiven Identität

Fachpersonen wissen, dass die Erfahrung einer psychischen Erkrankung einen Menschen mit ziemlicher Sicherheit verändert. Die Veränderungen der Identität während des persönlichen Recovery-Prozesses sind so individuell wie die Menschen selbst. Es kann jedoch allgemein zwischen zwei Arten von Veränderungen unterschieden werden: Neudefinition bestehender Identitätselemente (Neudefinition der Identität) und Entwicklung neuer Elemente (Identitätswachstum). Recoveryorientierte Fachpersonen wissen, dass diese Identitätsarbeit so früh wie möglich beginnen muss: Wer sich nur auf die Heilung der psychischen Erkrankung in der Zukunft konzentriert, hilft den Nutzenden nicht, zum aktuellen Zeitpunkt ein gutes Leben zu führen.



Aktionspunkte

Fachpersonen können die Entwicklung einer positiven Identität auf folgende Weise fördern:

35. Wege finden, die Person auch dann zu erkennen, wenn die Erkrankung gerade sehr akut ist. Dies kann unter Zuhilfenahme von Zeitachsen erfolgen, um der Person den breiteren Kontext ihres Lebens vor Augen zu führen, durch stärkere Interaktion mit den Nutzenden, wenn sie sich wohl fühlen, um ihnen in Krisen dieses positivere Bild zu vermitteln, durch Einbeziehung von Bezugspersonen
36. Aus nicht-psychiatrischen Ansätzen lernen, um die positive Identität zu stärken (z. B. www.bluesalmon.org.uk)
37. Zusammenarbeiten, um eine für die betroffene Person hilfreiche Erklärung zu finden
38. Das Gespräch auf die Person und nicht auf die Krankheit bringen: Dazu gehören Wohlbefinden, Fähigkeiten und Vorlieben genauso wie Symptome und Einschränkungen

■ ■ 4.5 Assessment zur Entwicklung von Hoffnung

Die Veränderung der Identität ist eine beängstigende Aussicht, daher kann die Hoffnung, dass Recovery möglich ist, von entscheidender Bedeutung für die Person sein. Wie kann diese Hoffnung auf die Zukunft auf realistische Weise unterstützt werden, wenn wir doch nicht wissen, was die Zukunft für einen Menschen bereithält? Es ist möglich, Werte, Haltungen und Verhaltensweisen von Fachpersonen zu identifizieren, die bei den Menschen, mit denen sie arbeiten, die Entwicklung von Hoffnung fördern³¹⁻³³.

Tabelle 2 enthält Strategien, mit denen die Entwicklung von Hoffnung gefördert werden kann.

Aktionspunkte

Fachpersonen können die Entwicklung von Hoffnung auf folgende Weise fördern:

39. Die in Tabelle 2 aufgeführten Strategien anwenden
40. Jedes Gespräch als Gelegenheit nutzen, der Person zu helfen, mehr über sich selbst zu erfahren
41. Im Hinblick auf die Grenzen ihres fachlichen Vermögens Bescheidenheit und Zurückhaltung an den Tag legen
42. Über Recovery sprechen

	Nutzung zwischenmenschlicher Ressourcen	Aktivierung interner Ressourcen	Zugang externer Ressourcen eröffnen
Werte des Fachpersonals	Wertschätzung der Nutzenden als einzigartige menschliche Wesen	Versagen ist ein positives Zeichen von Engagement und trägt zur Selbsterkenntnis bei	Die Bemühungen sollten darauf gerichtet sein, Nutzende darin zu unterstützen, ihre Beziehungen und sozialen Rollen zu pflegen
	Vertrauen in den Wahrheitsgehalt dessen, was Nutzende sagen	Mensch sein heißt Grenzen haben – die Herausforderung liegt darin, diese zu überwinden oder zu akzeptieren	Ein Publikum für die Einzigartigkeit, die Stärken und die Bemühungen der Nutzenden finden oder aufbauen
Haltung des Fachpersonals	An das Potenzial und die Stärken der Nutzenden glauben	Um Verluste muss getrauert werden	Wohnung, Beschäftigung und Bildung sind wesentliche externe Ressourcen
	Nutzende so akzeptieren, wie sie sind	Nutzende müssen einen Sinn in ihren psychischen Erkrankungen und vor allem in ihrem Leben finden	Integration von genesenen Dienstleistungsnutzern und ehemaligen Nutzern als Vorbilder (Peermitarbeiter)
	Rückschläge und „Rückfälle“ als Teil des Recovery-Prozesses sehen		
Verhalten des Fachpersonals	Vorurteilsfrei zuhören	Nutzende bei der Definition und beim Erreichen ihrer persönlichen Ziele unterstützen	Kontakt zu Vorbildern in Form von anderen Nutzenden und Selbsthilfegruppen anbahnen
	Unsicherheit in Bezug auf die Zukunft akzeptieren	Nutzende darin unterstützen, bessere Bewältigungsansätze zu entwickeln	In der Krise zur Verfügung stehen
	Echtes Interesse am Wohlbefinden ausdrücken und zeigen	Nutzenden helfen, sich an frühere Leistungen und positive Erfahrungen zu erinnern	Den Zugang zu einer umfassenden Palette von Behandlungen und Informationen unterstützen
	Humor in angemessener Weise einsetzen	Die Entdeckung von Spiritualität unterstützen und aktiv fördern	Enge Beziehungen fördern

Tabelle 2: Strategien zur Förderung von Hoffnung



Kapitel 5: Aktionsplanung

In einer psychiatrischen Dienstleistung, die sich auf persönliche Recovery-Prozesse konzentriert, führt das Assessment zur Definition von zwei Arten von Zielen.

Recovery-Ziele sind die Träume und Wünsche der betroffenen Person. Sie sind beeinflusst durch die Persönlichkeit und die individuellen Werte. Sie sind einzigartig und oft charakteristisch. Sie sind auf die Zukunft gerichtet, obwohl sie natürlich mit der Vergangenheit verknüpft sein können. Sie basieren darauf, was die Person will, und nicht darauf, was sie vermeiden will. Recovery-Ziele sind stärkenbasiert und darauf ausgerichtet, eine positive Identität zu untermauern sowie positive soziale Rollen zu entwickeln. Sie können für die Fachperson eine Herausforderung darstellen, entweder weil sie unrealistisch oder unangemessen erscheinen oder weil eine Unterstützung in diese Richtung nicht in den Kompetenzbereich der Fachperson fällt. Manchmal erfordern sie den Einsatz der Fachperson, in anderen Fällen haben sie gar nichts mit der psychiatrischen Dienstleistung zu tun. Sie setzen jedoch immer voraus, dass die Person persönliche Verantwortung übernimmt und sich bemüht. Recovery-Ziele werden von Nutzende definiert und sind Träume mit entsprechender zeitlicher Frist.

Behandlungsziele ergeben sich durch die gesellschaftlichen Anforderungen und die professionelle Verantwortung psychiatrischer Dienstleistungen, bestimmte Verhaltensweisen unter Kontrolle zu bringen und den Gesundheitszustand der Nutzenden zu verbessern. Bei diesen Zielen geht es normalerweise darum, die Auswirkungen der Krankheit zu minimieren und zu verhindern, dass negative Ereignisse eintreten, wie z. B. Rückfälle, stationäre Einweisungen, gefährliche Risiken usw. Die daraus resultierenden Aktionen sind häufig Aufgaben, die das Fachpersonal aktiv übernimmt. Behandlungs-

ziele und die damit verbundenen Interventionen sind die Basis für eine sinnvolle Behandlung und daher wichtig und notwendig.

Zwischen Recovery-Zielen und Behandlungszielen besteht ein Unterschied. Recovery-Ziele sehen nicht anders aus als die Ziele psychisch gesunder Menschen. Die Identifikation von Recovery-Zielen muss daher ein expliziter Fokus innerhalb des Assessmentprozesses sein.

Aktionspunkte

Fachpersonen können Nutzende auf folgende Weise helfen, ihre Recovery-Ziele zu definieren:

43. Durch eine auf die Person ausgerichtete Planung^{34;35}
44. Durch Förderung der Verwendung von Arbeitshandbüchern, die von anderen Nutzenden entwickelt wurden^{36;37}. Wellness Recovery Action Planning (WRAP)³⁸ ist international der am häufigsten genutzte Ansatz (www.mentalhealthrecovery.com). In Deutsch ist das Handbuch „Das Leben wieder in den Griff bekommen“ erhältlich (<http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/html/recovery.html>)
45. Durch Ausfüllen eines eigenen WRAP (Anmerkung: zu deutsch Wellness-Recovery-Aktions-Plan) – die Erkenntnis, dass sich die Fachperson vielleicht selbst in einem Recovery-Prozess befindet, macht es leichter, aus Erfahrungen zu lernen und stigmatisierende Abgrenzungen zu vermeiden



Kapitel 6: Unterstützung der Kompetenzentwicklung im Bereich Selbstmanagement

Fachpersonen unterstützen Recovery, indem sie Behandlungen und Interventionen anbieten, die die Selbstmanagement-Fähigkeiten der betroffenen Person stärken. Zugang zu einer kompetenten und wirksamen Behandlung ist daher für viele Nutzende eine entscheidende Unterstützung des Recovery-Prozesses. Eine solche Behandlung ist jedoch nicht primärer Zweck psychiatrischer Dienstleistungen. Ein recoveryorientierter Dienst unterstützt die Nutzenden darin, Medikamente, andere Formen der Behandlung und entsprechende Dienstleistungen als Ressourcen für ihre Recovery-Prozesse zu nutzen.

Recovery wird gefördert, wenn Nutzende die entsprechende Behandlung auf sich beziehen und als Verstärkung bereits natürlich vorhandener Kräfte, als stärkenbasiert und gemeinschaftsorientiert erleben. Die Herausforderung liegt darin, mit den Nutzenden zusammenzuarbeiten: Dienstleistungen als Angebot, nicht als Zwang.

Aktionspunkte

Fachpersonen können auf folgende Weise das Selbstmanagement fördern:

46. Eine angenehme, respektvolle und freundliche Umgebung schaffen – Recovery-Geschichten an der Info-Wand, frische Früchte und Getränke
47. Den ersten persönlichen Kontakt so positiv wie möglich gestalten. Clubhäuser stellen beispielsweise spezielles Begrüßungspersonal ein, um neue Mitglieder willkommen zu heißen. Die stationäre Abteilung The Living Room (www.recoveryinnovations.org) beschäftigt in der Aufnahme Peers, damit der Erstkontakt einer Person, die sich in einer persönlichen Krise befindet, mit einer anderen Person erfolgt, die selbst Erfahrung mit einer psychischen Erkrankung hat und sich im Recovery-Prozess befindet



6.1 Unterstützung der Entwicklung des Handlungsvermögens

Eine notwendige Voraussetzung für das Selbstmanagement ist ein entsprechendes Handlungsbewusstsein: der Glaube daran, dass die betroffene Person ihr Leben selbst in die Hand nehmen kann. Das kann ein schwieriger Prozess sein, gerade weil eine psychische Erkrankung oft den Glauben an sich selbst angreift. Von Nutzenden zu erwarten, dass sie die Verantwortung für ihr Leben übernehmen, bevor sie dazu in der Lage sind, wird nicht helfen. Dabei geht es nicht darum, die Erwartungen möglichst niedrig zu halten – oft wachsen Menschen an ihren Herausforderungen. Es ist aber wichtig, einer betroffenen Person genau die Unterstützung zukommen zu lassen, die in ihrer jeweiligen Recovery-Phase angebracht ist.

Aktionspunkte

Fachpersonen können die Entwicklung des Handlungsvermögens von Dienstleistungen auf folgende Weise fördern:

48. Die persönliche Erfahrung von Lebensplänen, die geändert werden mussten, nutzen, um das Selbstbewusstsein dafür zu schärfen, wie schwierig es sein kann, sein Leben in den Griff zu bekommen
49. Zielstrebigkeit unterstützen
50. Die Nutzenden in die Lage versetzen, Erfolge zu erleben
51. Die Nutzenden ermutigen, anderen etwas zurückzugeben
52. Gelegenheiten schaffen, um Freude zu empfinden
53. Durch Bekräftigen persönlicher Erfolge und der Integration positiver Erfahrungen in die persönliche Identität

■ ■ 6.2 Unterstützung der Entwicklung von Empowerment

Empowerment entsteht aus dem Bewusstsein des eigenen Handlungsvermögens heraus und umfasst Verhaltensweisen, die sich positiv auf das eigene Leben auswirken. Der traditionelle Ansatz bestand bislang darin, Nutzende als Problem zu betrachten. Die grundlegende Veränderung im recoveryorientierten Ansatz liegt darin, dass Nutzende als Teil der Lösung angesehen werden. Ein recoveryorientierter Ansatz geht davon aus, dass betroffene Personen in der Lage sind, die Verantwortung für ihr eigenes Leben zu übernehmen. Dann stellt sich die Frage nicht mehr, wie Fachpersonen schädigendes Verhalten stoppen können, sondern vielmehr, wie Nutzende darin unterstützt werden können, an einen Punkt zu gelangen, an dem sie selbst diese Verhaltensweisen aufgeben wollen.

Das WIIFM-Prinzip, also die Frage „What’s In It For Me?“ („Was habe ich davon?“), motiviert die Entscheidungen und das Verhalten der meisten Menschen. Die Herausforderung besteht darin, festzustellen, welches persönliche Recovery-Ziel durch das jeweilige Verhalten unterminiert wird. Wenn dies nicht möglich ist, könnte das Verhalten (wie z. B. ein Abbruch der Zusammenarbeit mit Diensten, die nicht auf die Ziele des Nutzenden ausgerichtet sind) völlig rational sein und nichts mit der Krankheit zu tun haben.

Aktionspunkte

Fachpersonen können die Entwicklung von Empowerment auf folgende Weise fördern:

- 54. Ein Beschwerdeverfahren einführen und umsetzen
- 55. Möglichkeiten anbieten, die Fachperson zu wechseln
- 56. Zugang zu Informationen über Selbstmanagement bieten (z. B. www.glasgowsteps.com) anbieten
- 57. Interaktionen mit Menschen möglich machen, die sich im Recovery-Prozess befinden und als Vorbild für Selbstbestimmung, Empowerment und Selbstmanagement dienen
- 58. Arbeitgeber dazu auffordern, der psychischen Erkrankung positiv zu begegnen³⁹
- 59. Bewertung von Behandlungen und Dienstleistungen durch die Nutzer unterstützen
- 60. Durchsetzungsvermögen der Nutzenden trainieren (z. B. mithilfe des DESC-Scripts⁴⁰) und dann das Empowerment-Verhalten stärken
- 61. Bemühungen im Bereich Selbstmanagement durch nicht-psychiatrische Ansätze anerkennen, z. B. spirituelle Unterstützung oder kulturelle Feierlichkeiten
- 62. Empowerment fördern und in jedem Team-Meeting einem Mitglied des Teams die Rolle des „Recovery – Fürsprechers“ zuweisen. Aufgabe dieser Fachperson ist es dann, die Interessen der Person zu vertreten, über die gerade gesprochen wird. Dabei sollen sich die Anmerkungen darauf konzentrieren, inwieweit der Dienst den Recovery-Prozess der betroffenen Person unterstützt.
- 63. Widerstand gegenüber Veränderungen als nachvollziehbar, verständlich und normal ansehen, weil Recovery in mehreren Stufen erfolgt

■ ■ 6.3 Unterstützung der Entwicklung von Motivation

Der Ansatz der Motivierenden Gesprächsführung beschäftigt sich damit, wie eine Bewegung in Richtung der Recovery-Ziele angestoßen werden kann⁴¹. Motivierende Gesprächsführung ist ein personenzentrierter Ansatz zur Unterstützung von Verhaltensänderungen durch die Aufdeckung und Auflösung von Widersprüchen. Der Ansatz ist auf Zusammenarbeit, Evokation und Autonomie ausgerichtet.

Aktionspunkte

Fachperson können auf folgende Weise die Motivation stärken:

64. Aktives Zuhören einsetzen, um herauszufinden, was tatsächlich gemeint ist: „Es hört sich an, als ob Sie ...“, „Sie haben also das Gefühl ...“, „Sie denken also ...“
65. Sich darauf konzentrieren, warum sich eine Person verändern will, und nicht darauf, wie sie sich verändern kann
66. Motivationen stärken, die in Richtung Veränderung gehen: „Denken Sie an Ihr Recovery-Ziel. Bitte stufen Sie Ihre Bereitschaft, Ihr Verhalten zu ändern, um Ihr Ziel zu erreichen, auf einer Skala von 1 (nicht bereit) bis 10 (absolut bereit) ein. Was hat Sie dazu veranlasst, mehr als 1 anzugeben?“
67. Gezielte Untertreibungen einsetzen, z. B. „Es bereitet Ihnen also überhaupt keine Probleme, dass Sie sich ritzen?“
68. Gezielte Übertreibungen einsetzen, z. B. „Es scheint also überhaupt keine Möglichkeit für Sie zu geben, Ihr Ziel zu erreichen?“
69. Die Motivation durch Fragen stärken – „Warum denken Sie, dass Sie es schaffen können?“, „Was wird sich verändern, wenn Sie Erfolg haben?“, „Wie waren Sie, bevor das Problem auftrat?“, „Was beunruhigt Sie an dieser Situation?“, „Was könnte schlimmstenfalls passieren, wenn Sie nichts ändern?“
70. Werte ausloten – „Was ist das Wichtigste in Ihrem Leben?“ – und Widersprüche zwischen diesen Werten und dem Verhalten aufdecken
71. Belohnungen und Rituale einführen, um Erfolge nachhaltig zu verstärken



■ ■ 6.4 Beitrag der Medikation zur Genesung

In der recoveryorientierten psychiatrischen Dienstleistung steht gegebenenfalls eine ganze Reihe von Psychopharmaka zur Verfügung. Aufgabe des Dienstes ist es jedoch nicht, um jeden Preis für eine Einnahme von Medikamenten zu sorgen. Allerdings ist es selbstverständlich die Aufgabe des Dienstes, persönliche Recovery-Ansätze zu unterstützen. Dies kann für eine betroffene Person zu einem bestimmten Zeitpunkt in ihrem Leben die Einnahme von Medikamenten bedeuten, muss es aber nicht. Medikamente – mit all ihren Vor- und Nachteilen – sind also nur ein potenzielles Mittel von vielen, um Recovery voranzutreiben.

Aktionspunkte

Fachpersonen können den Einsatz von Medikamenten als Recovery-Mittel auf folgende Weise unterstützen:

72. Die zentrale Bedeutung der persönlichen Verantwortung der Nutzenden für ihr Wohlbefinden hervorheben.
73. Medikation als „austauschbare Schutzmaßnahme gegen ein Rezidiv“⁴² ansehen, bei der sowohl der pharmakologische als auch der psychosoziale Ansatz für die Nutzenden als Puffer gegen einen Rückfall dienen. Fokus eher auf die Stärkung der Resilienz (das definitiv eine Rolle spielt) als auf die Medikation (die helfen kann oder auch nicht) setzen. Weitere Informationen zum Thema Resilienz siehe www.resilnet.uiuc.edu.
74. Pharmakologisches Wissen einsetzen, um Nutzenden zu helfen, für sich zu entscheiden
75. Der Person die Kontrolle über ihre Medikation geben und anerkennen, dass bei Verschreibungsraten von 100 % fraglich ist, ob die betroffenen Personen tatsächlich eine Wahl haben
76. Dafür sorgen, dass die verschriebenen Medikamente für alle, die sie einnehmen wollen, auch tatsächlich zur Verfügung stehen
77. Personen unterstützen, die unsicher sind, ob sie Medikamente einnehmen sollen, z. B. durch erhellende Fragen, Gespräche über den Beitrag der Medikation zum Erreichen der Recovery-Ziele, objektive Informationen (auch über Nebenwirkungen) und Unterstützung der betroffenen Person bei der Planung und Durchführung von Versuchen verfolgen
78. Innovative Ansätze zur Unterstützung der Entscheidungsfindung hinsichtlich der richtigen Medikation wie Share Decision Making, oder Adherence Therapie anbieten (z. B. www.dv-adherence.de / www.dhmc.org/shared_decision_making.cfm, decisionaid.ohri.ca/odsf.html) und in der psychiatrischen Dienstleistung, z. B. CommonGround (patdeegan.com) erlernen
79. Nutzende, die ihre Medikamente absetzen wollen, unterstützen, z. B. durch Informationen über Vor- und Nachteile, der Nennung von Alternativen (weitere Einnahme der Medikamente für einen bestimmten Zeitraum und dann erneute Evaluation, Aufzeigen früher Warnsignale und Erstellung gemeinsamer Krisenpläne vor dem Absetzen der Medikamente, schrittweise Entwöhnung usw.), der Anerkennung der Entscheidung der Nutzenden, selbst wenn diese von der Ansicht der Verschreibenden abweicht, und das Aufzeigen von nicht-medikamentösen Hilfsmitteln
80. Sich mit den digitalen Ressourcen⁴³⁻⁴⁷ und Websites (z. B. www.comingoff.com) vertraut machen, die zur Verfügung stehen, um Personen zu unterstützen, die ihre Psychopharmaka absetzen wollen

6.5 Beitrag der Risikobereitschaft zur Recovery

Ein wichtiges Thema ist das Eingehen von Risiken. Wenn Nutzende Verantwortung für und Kontrolle über ihr eigenes Leben übernehmen sollen, kommt man um eine Diskussion der Risiken nicht herum. Die politische und professionelle Realität sorgt dafür, dass die psychiatrische Dienstleistung eher auf Risikovermeidung ausgelegt ist. Dies spielt insofern eine Rolle, als Menschen Risiken eingehen müssen, um zu wachsen, sich zu entwickeln und sich zu verändern. Das Eingehen von Risiken im Leben ist ein wichtiger Teil des Menschseins. Die Verschmelzung der beiden folgenden Verwendungen des Begriffs Risiko ist wenig hilfreich und sollte möglichst vermieden werden. In einem recoveryorientierten Dienst muss klar zwischen den beiden Bedeutungen unterschieden werden.

Gefährliche Risiken beziehen sich auf illegale oder sozial unverträgliche Verhaltensweisen, z. B. Mord und Selbstmord, antisoziales und kriminelles Verhalten, persönliche Verantwortungslosigkeit, selbstzerstörerische Verhaltensweisen und Rezidiv einer psychischen Erkrankung. Gefährliche Risiken sind zu vermeiden, daher konzentrieren sich die Behandlungsziele auf die Reduzierung gefährlicher Risiken. Die Vermeidung gefährlicher Risiken kann auch Teil eines Recovery-Ziels sein, obwohl diese dann eher vor einem ganz bestimmten Hintergrund zu sehen ist: „Meine ehrenamtliche Arbeit ist mir so wichtig, dass ich nicht riskieren möchte, sie zu verlieren, weil ich feindselig werde, wenn ich mich unwohl fühle.“

Positive Risiken beziehen sich auf Verhaltensweisen, die beinhalten, dass die Person Herausforderungen annimmt, die zu ihrer Entwicklung und zu persönlichem Wachstum führen. Dazu gehören die Entwicklung neuer Interessen, das Ausprobieren von Dingen, bei denen man nicht sicher ist, ob man sie schaffen kann, die Entscheidung, das eigene Verhalten innerhalb einer Beziehung zu ändern, und die Annahme neuer Rollen. Dies hat fast immer Vorteile – selbst wenn alles misslingen sollte, entwickelt sich durch Versuch und Misserfolg ein gestärktes Durchhaltevermögen. Positive Risiken – Risiken aus einem guten Grund – sind für die Erreichung vieler Recovery-Ziele erforderlich.



Aktionspunkte

Fachpersonen können auf folgende Weise ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Recovery und Risiko schaffen:

- 81. Sich bewusst sein, dass ein Fokus auf Risikovermeidung durch die Fachpersonen letztlich zu einer verminderten Ausbildung von Fähigkeiten aufseiten der betroffenen Person führen kann, die Verantwortung für seine eigenen Handlungen zu übernehmen
- 82. Anerkennen, dass die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit den psychiatrischen Diensten wesentlich größer ist, wenn Recovery-Ziele in den Vordergrund gerückt werden und nicht Behandlungsziele
- 83. Sicherstellung von überprüften und organisatorisch unterstützten Systemen, welche Maßnahmen, die positive Risiken im Sinne der Recovery-Ziele beinhalten, bewerten, ausarbeiten und dokumentieren
- 84. Sich mehr auf positive Risiken konzentrieren statt auf die Vermeidung gefährlicher Risiken, da auf diese Weise die Fähigkeit zum eigenen Risikomanagement entwickelt werden kann
- 85. Maßnahmen zur Reduzierung gefährlicher Risiken so weit wie möglich in Zusammenarbeit mit den Nutzenden festlegen



Kapitel 7: Recovery durch die Krise

Während der Krise ist auch in der recoveryorientierten psychiatrischen Dienstleitung manchmal eine Zwangsbehandlung nötig. Wenn jemand Gefahr läuft, sich selbst oder andere zu verletzen, ist es besser einzugreifen – die Konzentration auf die persönliche Recovery ist kein Freibrief, um sich zurückzuhalten und Tragödien geschehen zu lassen, weil die betroffene Person keine Hilfe erbeten oder gewollt hat. Eine Zwangsbehandlung während der Krise ist also akzeptabel, wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind. Ein recoveryorientierter Ansatz zielt in der Krise auf Folgendes ab:

- Vermeidung unnötiger Krisen
- Minimierung des Verlusts der persönlichen Verantwortung während der Krise
- Unterstützung der Identität während der Krise und darüber hinaus

Aktionspunkte

Fachpersonen können Nutzende vor der Krise auf folgende Weise unterstützen:

86. Mit den Nutzenden zusammenarbeiten, um frühe Warnsignale einer drohenden Krise zu erkennen
87. Den Nutzenden deutlich machen, wie ein hilfreiches Maß an Selbstüberwachung aussehen kann
88. Betonen, dass Rückschläge oder Phasen der Wiedererkrankung ganz normal sind – das Entscheidende ist wie man darauf reagiert



7.1 Vermeidung unnötiger Krisen

Die beste Art und Weise, die Wahrscheinlichkeit einer Krise zu reduzieren, besteht in der Entwicklung von Selbstmanagement-Fähigkeiten. Dies führt zu Handlungsvermögen, Empowerment und der nötigen Widerstandskraft, um mit Rückschlägen fertig zu werden. Eine wichtige Selbstmanagement-Fähigkeit ist die Fähigkeit, Symptome der Erkrankung zu erkennen und entsprechend darauf zu reagieren. Die Herausforderung im Hinblick auf die Recovery besteht darin, dafür zu sorgen, dass frühe Warnsignale die Fähigkeit der betroffenen Person, das eigene Verhalten selbst zu korrigieren, stärken, anstatt Ängste und eine übermäßige Wachsamkeit in Bezug auf einen Rückfall zu schüren.

Es ist nötig, die beiden folgenden Botschaften richtig zu kommunizieren. Erstens sind nicht alle Widrigkeiten des Lebens Anzeichen für einen potenziellen Rückfall. Mindestens ebenso viel Energie muss darin investiert werden, die Nutzenden dabei zu unterstützen, sich auf das Leben einzulassen und die Gewissheit zu erlangen, dass sie in der Lage sind, mit Widrigkeiten umzugehen (statt sie zu meiden).

Zweitens sind Rückschläge (im Sinne von Rückschritten) normal. Menschen, die sich von früheren Verhaltens- oder Gefühlsmustern freimachen möchten, erleben Rückschläge. Es kann z. B. helfen, den Nutzenden zu erklären, dass die meisten heute abstinenten Raucher zwölf bis vierzehn Versuche benötigen, bevor sie das Rauchen endgültig aufgeben⁴⁸, oder dass jeder Millionär im Durchschnitt 3,2 Pleiten oder Fastpleiten durchlebt⁴⁹. Das Eingehen positiver Risiken und die damit verbundenen Rückschläge gehören zum Leben – sie sind ein Zeichen von Gesundheit, nicht von Krankheit.



7.2 Minimierung des Verlusts persönlicher Verantwortung während der Krise

Ein recoveryorientierter Dienst zielt darauf ab, so wenige Entscheidungen wie möglich für eine betroffene Person zu treffen. Dies wird dadurch erreicht, dass der Prozess der Entscheidungsfindung so nah wie möglich bei der betroffenen Person bleibt. Im Idealfall trifft sie ihre eigenen Entscheidungen. Wenn sie dazu zeitweise nicht in der Lage ist, sollten bei der Entscheidung ihre zuvor geäußerten Ansichten berücksichtigt oder Bevollmächtigte mit der Entscheidung in ihrem Namen betraut werden. Nur wenn diese Wege nicht gegangen werden können, sollte die Fachperson Entscheidungen im besten Interesse der Person treffen.

Ein wichtiger Ansatz zur Vermeidung eines Autonomieverlusts ist daher der Einsatz von Patientenverfügungen. Es gibt viele verschiedene Formen und ihr rechtlicher Status variiert von Land zu Land. Richtig genutzt liefern sie die Informationen, die das Fachpersonal braucht, um ihren Job zu machen – nämlich Nutzende und ihre Werte während einer Krise in den Mittelpunkt von Entscheidungen zu stellen.

Aktionspunkte

Fachpersonen können den Verlust persönlicher Verantwortung während einer Krise auf folgende Weise minimieren:

- 89. Nutzende und ihre Werte während einer Krise in den Mittelpunkt stellen
- 90. Vor einer Krise routinemäßig Patientenverfügungen und andere Ansätze nutzen (z. B. integrierte Versorgungsvereinbarungen, bei den Nutzenden verbleibende Aufzeichnungen)

■ ■ 7.3 Unterstützung der Identität während der Krise und darüber hinaus

Beziehungen sind während der Krise von höchster Bedeutung. Die traditionelle Reaktion auf Menschen in einer Krise war bisher die stationäre Einweisung. Wie wichtig es ist, in recoveryorientierten stationären Abteilungen eine partnerschaftliche Beziehung aufzubauen, wird deutlich. Auch gibt es zunehmend neue, alternative Formen kurzfristiger stationärer Aufenthalte für Menschen in der Krise, wie z. B. das von Rethink betriebene Cedar House in Rotherham.

Aktionspunkte

Fachpersonen können die Identität während der Krise auf folgende Weise unterstützen:

- 91. Dem Bedürfnis nach Sicherheit die Möglichkeiten entgegenstellen, die eine Krise bietet, z. B. aus der Vergangenheit zu lernen und Pläne für die Zukunft neu zu überdenken
- 92. Dafür sorgen, dass das normale Leben der Nutzenden weiterläuft: Post abholen und Haustiere füttern lassen, sicherstellen, dass für Angehörige gesorgt ist, dass Rechnungen bezahlt werden, das Haus gesichert ist, Lieferungen abbestellt werden usw.
- 93. Die Unterstützung durch das Umfeld der Nutzenden maximieren, z. B. durch unbegrenzte Besuchszeiten, aktive Einbindung von Besuchern, Teilnahme von Besuchern an Mahlzeiten und anderen Aktivitäten
- 94. Dafür sorgen, dass die Person ihre Alltagsfertigkeiten nicht verliert. Wenn die Person in der Lage ist, für sich selbst (und andere) zu kochen, ist es nicht hilfreich, wenn ihr die Mahlzeiten einfach automatisch hingestellt werden. Wenn die Person gern liest oder Sport treibt (oder sein persönliches Wohlbefinden auf andere Weise findet⁵⁰), ist es wichtig, diese Tätigkeiten zu fördern
- 95. Die Identität der Person vom ersten Kontakt an bewusst wahrnehmen, anstatt mit krankheitsbezogenen Aufnahmeverfahren zu beginnen. Stattdessen sollte mit ihr über ihr Leben gesprochen werden, was sie sich von der Aufnahme erhofft, was sie hinterher tun möchte usw.
- 96. Nutzende im Lauf der Zeit dabei unterstützen, über ihre Krise nachzudenken und einen Sinn darin zu finden. Wie kam es dazu? Was ist daran gut oder schlecht? Was kann man daraus lernen? Welche Pläne, Ziele, Stützen oder Fähigkeiten wird die Person in Zukunft brauchen?
- 97. Die Zeit strategisch nutzen, statt einfach nur ein Pflichtprogramm anbieten. Unterstützende Maßnahmen müssen auf die Bedürfnisse des Einzelnen abgestimmt werden. Dazu kann gehören, einer Person ihren Freiraum zu lassen, den Recovery-Prozess mit einer Therapie zu unterstützen oder ihr die Möglichkeit zu geben, sich künstlerisch auszudrücken/an einer Kunsttherapie teilzunehmen, um ihre Erfahrungen zu verarbeiten



Kapitel 8: Erkennen eines Recovery-Fokus in den psychiatrischen Dienstleistungen

Wie können wir einen Recovery-Fokus in den psychiatrischen Dienstleistungen erkennen? Derzeit gibt es noch kein Verfahren zur Identifikation eines Recovery-Fokus in den psychiatrischen Dienstleistungen. Es stehen aber immer mehr Tools zur Unterstützung der Dienste zur Verfügung:

- Die am häufigsten angewandten Qualitätsstandards sind die Practice Guidelines for Recovery-Oriented Behavioral Health Care^{51;52}
- Ein Messinstrument für von Nutzenden organisierte Dienste nennt sich Fidelity Assessment Common Ingredients Tool (FACIT)⁵³
- Ein weiteres Instrument zur Messung der Service-Entwicklung ist das Pillars of Recovery Service Audit Tool (PoRSAT)⁵⁴
- Ein auf der Wertung von Nutzenden basierendes Messinstrument, das dazu dient, festzustellen, inwieweit die Beziehungen den Recovery-Prozess unterstützen, trägt den Namen Recovery-Promoting Relationships Scale⁵⁵

Wie können wir den Einfluss einer psychiatrischen Dienstleistung so bewerten, dass ein Fokus auf Recovery gefördert wird? Die Ergebnismessung (Outcome) sollte auf einem theoretischen Bezugsrahmen basieren und feststellen, was wirklich zählt. Der Personal-Recovery-Bezugsrahmen bietet eine theoretische Basis für die Ergebnismessung. Er unterscheidet zwei Arten von Ergebnissen, die wirklich wichtig sind: positive soziale Rollen, die die soziale Identität stärken, und Recovery-Ziele, die zur persönlichen Identität beitragen. Eine allgemeine Strategie für die Ergebnismessung würde die folgenden beiden Aspekte berücksichtigen. Erstens, objektive Indikatoren für die Lebensqualität wie eine adäquate Wohnsituation, Freundschaften, Sicherheit, Beschäftigung, enge Beziehungen, Einkommen usw. Zweitens, Fortschritte auf dem Weg zu den persönlichen Zielen. Wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, handelt es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um einen recoveryorientierten psychiatrischen Dienst.

Fachpersonen können Recovery-Ergebnisse auf folgende Weise besser sichtbar machen:

98. Recoveryunterstützende Qualitätsstandards und Entwicklungstools nutzen
99. Recovery-Prozesse und deren Ergebnisse einstufen, z. B. durch Messung und Bekanntgabe der Empowerment-Levels der Nutzenden der Dienstleistung
100. Das erfolgreiche Erreichen sozial anerkannter Rollen und persönlicher Recovery-Ziele routinemäßig im Auge behalten und öffentlich bekannt geben





Kapitel 9: Umgestaltung des psychiatrischen Gesundheitssystems

Die recoveryorientierte Arbeit ist im psychiatrischen Gesundheitssystem vielleicht keine Selbstverständlichkeit. Ohne grundlegende Veränderungen könnte sich die Entwicklung hin zu einer recoveryorientierten Vision sogar als unmöglich erweisen. Bei der Argumentation zugunsten einer Konzentration auf den persönlichen Recovery handelt es sich eigentlich um die Forderung eines Paradigmenwechsels, bei dem es um Folgendes geht:

1. Die intellektuelle Herausforderung entspringt nicht dem vorherrschenden wissenschaftlichen Paradigma (das Verständnis von Recovery verdanken wir Menschen, die eine psychische Erkrankung erlebt haben, nicht psychiatrischen Fachkräften)
2. Frühere Prioritäten (z.B. Risiken, Symptome, stationäre Behandlungen) werden als Teilmenge oder Sonderfall des neuen Paradigmas wahrgenommen
3. Was früher nur von peripherem Interesse war (z. B. die „Patientenperspektive“) wird zum zentralen Element

Im Zentrum des Recovery-Ansatzes steht die Umkehrung einiger traditioneller Annahmen:

- Die Erfahrung der psychischen Erkrankung wird als Teil der Person angesehen und definiert nicht die Person als „Psychiatriefall“ oder z. B. als „Schizophrener“
- Positive soziale Aufgaben können Symptome lindern und stationäre Behandlungen begrenzen. Das ist sinnvoller als ein Wiedereingliederungsprogramm zu beginnen, noch bevor die Person in der Lage ist, Verantwortung und entsprechende Rollen in ihrem Leben zu übernehmen

- Die Recovery-Ziele stammen von den betroffenen Personen und die nötige Unterstützung, um diese Ziele zu erreichen, kommt unter anderem vom Betreuungspersonal. Dies ist sinnvoller als Behandlungsziele zu definieren, die die Bereitschaft der betroffenen Person voraussetzen
- Das Assessment konzentriert sich eher auf die Stärken, Vorlieben und Fähigkeiten der Person als auf das, was sie nicht kann
- Die normalen menschlichen Bedürfnisse wie Arbeit, Liebe und Freude gelten auch für die Nutzenden – sie sind die Endziele, zu deren Erfüllung die Behandlung beitragen kann oder auch nicht
- Menschen mit psychischen Erkrankungen sind im Grunde normal, d.h. sie unterscheiden sich in ihren Wünschen und Bedürfnissen nicht von anderen Menschen
- Mit der Zeit werden die Nutzenden richtige Entscheidungen für ihr Leben treffen, wenn sie die Gelegenheit, Unterstützung und Förderung dazu bekommen. Dies vorausgesetzt, dass sie nicht wie Menschen behandelt werden, die grundsätzlich falsche Entscheidungen treffen und denen daher die Verantwortung für ihr Leben von einer Fachperson abgenommen werden muss

Der Aufbruch in Richtung Recovery-Orientierung hat sowohl für Nutzende als auch für Fachpersonen tief greifende Auswirkungen. Dieser Ansatz hat ganz offensichtlich das Potenzial, den Nutzenden mehr Selbstbestimmung zu verschaffen und ihr Leben zu verändern. Doch das ist noch nicht alles. Der Recovery-Ansatz kann außerdem das Betreuungspersonal von unerfüllbaren Erwartungen befreien: die Diagnose zu stellen; die Krankheit zu behandeln; den Patienten zu heilen; mit Risiken richtig umzugehen; Sicherheit für die Öffentlichkeit zu gewährleisten; Verhaltensauffälligkeiten von der Gesellschaft fernzuhalten. Ein Fokus auf Recovery ist im Interesse aller.



Anhang 1: Digitale Ressourcen zur Unterstüt- zung des Recovery-Prozesses



Allgemeine Ressourcen

Rethink Mental Illness
www.rethink.org
 Mental Health Commission
www.mhc.govt.nz
 Boston University Center for Psychiatric Research
www.bu.edu/cpr
 Ohio Department of Mental Health
www.mhrecovery.com
 National Empowerment Center
www.power2u.org
 Queensland Alliance
www.qldalliance.org.au/resources/recovery.shtml
 Scottish Recovery Network
www.scottishrecovery.net
 Recovery Devon
www.recoverydevon.co.uk
 Section for Recovery, Institute of Psychiatry
www.iop.kcl.ac.uk/recovery
 Yale Program for Recovery and Community Health
www.yale.edu/prch



Speziell Recovery-Ansätze

Intentional Care
www.intentionalcare.org
 Tidal Model
www.clan-unity.co.uk
 Intentional Peer Support
www.mentalhealthpeers.com
 Wellness Recovery Action Planning (WRAP)
www.mentalhealthrecovery.com
 The Village
www.mhavillage.org
 Hearing Voices Network
www.hearing-voices.org
 Promoting Resilience
www.resilnet.uiuc.edu



Stigma-Initiativen/Erfahrungsberichte

Mental Health Media
www.mhmedia.com
 Time to Change
www.time-to-change.org.uk
 Like Minds, Like Mine
www.likeminds.org.nz
 See me
www.seemescotland.org
 Narratives Research Project
www.scottishrecovery.net
 Mental Health Stigma
www.mentalhealthstigma.com
 National Mental Health Awareness Campaign
www.nostigma.org
 StigmaBusters
www.nami.org



Ressourcen der Positiven Psychologie

Australian Coalition
www.positivepsychologyaustralia.org
 Centre for Applied Positive Psychology
www.cappeu.org
 Positive Psychology Center
www.ppc.sas.upenn.edu
 Centre for Confidence and Well-being
www.centreforconfidence.co.uk
 Values in Action Inventory of Strengths
www.viastrengths.org



Anhang 2: Quellenverzeichnis

- (1) Slade M. Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
- (2) Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Innovations and Research* 1993; 2:17-24.
- (3) Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2003; 37:586-594.
- (4) Allott P, Loganathan L, Fulford KWM. Discovering hope for recovery: a review of a selection of recovery literature, implications for practice and systems change. *Canadian Journal of Community Mental Health* 2002; 21(2):13-34.
- (5) May R. Making sense of psychotic experience and working towards recovery. In: Gleeson JFM, McGorry PD, editors. *Psychological Interventions in Early Psychosis*. Chichester: John Wiley & Sons; 2004. 246-260.
- (6) Roberts G, Wolfson P. The rediscovery of recovery: open to all. *Advances in Psychiatric Treatment* 2004; 10:37-49.
- (7) Roberts G, Wolfson P. New directions in rehabilitation: learning from the recovery movement. In: Roberts G, Davenport S, Holloway F, Tattan T, editors. *Enabling recovery. The principles and practice of rehabilitation psychiatry*. London: Gaskell; 2006. 18-37.
- (8) Farkas M, Gagne C, Anthony W. Recovery and rehabilitation: a paradigm for the new millennium. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation; 1999.
- (9) Clay S, Schell B, Corrigan P, Ralph R, (eds). *On our own, together. Peer programs for people with mental illness*. Nashville, TN: Vanderbilt University Press; 2005.
- (10) Scottish Recovery Network. *The role and potential development of peer support services*. Glasgow: Scottish Recovery Network; 2005.
- (11) Mead S. *Intentional Peer Support: an alternative approach*. Plainfield, NH: Shery Mead Consulting; 2005.
- (12) Heyes S, Tate S. *Art of Recovery*. Yeovil: Speak Up Somerset; 2005.
- (13) Perkins R. *Making it! An introduction to ideas about recovery for people with mental health problems*. London: South West London and St George's Mental Health NHS Trust; 2007.
- (14) Green J. *The Recovery Book. Practical help for your journey through mental and emotional distress*. Norwich: Norwich Mind; 2005.
- (15) Mental Health Commission. Oranga Ngākau. *Getting the most out of mental health services. A recovery resource for service users*. Wellington: Mental Health Commission; 2003.
- (16) Anthony W. *The Principle of Personhood: The Field's Transcendent Principle*. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2004; 27:205.
- (17) Lapsley H, Nikora LW, Black R. *Kia Mauri Tau! Narratives of Recovery from Disabling Mental Health Problems*. Wellington: Mental Health Commission; 2002.
- (18) Ridgway P. *Restorying psychiatric disability: Learning from first person narratives*. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2001; 24(4):335-343.
- (19) McIntosh Z. *From Goldfish Bowl to Ocean: personal accounts of mental illness and beyond*. London: Chipmunk Publishing; 2005.
- (20) Scottish Recovery Network. *Journeys of Recovery. Stories of hope and recovery from long term mental health problems*. Glasgow: Scottish Recovery Network; 2006.
- (21) Barker PJ, Davidson B, Campbell P, (eds). *From the Ashes of Experience*. London: Whurr Publications; 1999.
- (22) O'Hagan M. *Recovery Competencies for New Zealand Mental Health Workers*. Wellington: Mental Health Commission; 2001.
- (23) Hope R. *The Ten Essential Shared Capabilities - A Framework for the whole of the Mental Health Workforce*. London: Department of Health; 2004.
- (24) Farkas M, Gagne C, Anthony W, Chamberlin J. *Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs: Identifying the Critical Dimensions*. *Community Mental Health Journal* 2005; 41:141-158.
- (25) Deegan P. *Recovery as a journey of the heart*. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1996; 19:91-97.
- (26) Baumeister RF. *Meanings of life*. New York: Guilford; 1991.
- (27) Bock T, Priebe S. *Psychosis seminars: an unconventional approach*. *Psychiatric Services* 2005; 56:1441-1443.
- (28) Byrne S, Birchwood M, Trower P, Meaden A. *A Casebook of Cognitive Behaviour Therapy for Command Hallucinations*. Routledge: Hove; 2005.
- (29) Rapp C, Goscha RJ. *The Strengths Model: Case Management With People With Psychiatric Disabilities, 2nd Edition*. Second ed. New York: Oxford University Press; 2006.
- (30) Resnick SG, Rosenheck RA. *Recovery and positive psychology: Parallel themes and potential synergies*. *Psychiatric Services* 2006; 57(1):120-122.
- (31) Russinova Z. *Providers' Hope-Inspiring Competence as a Factor Optimizing Psychiatric Rehabilitation Outcomes*. *Journal of Rehabilitation* 1999; Oct- Dec:50-57.
- (32) Perkins R, Repper J. *Social Inclusion and Recovery*. London: Baillière Tindall; 2003.
- (33) Snyder CR. *Handbook of hope*. San Diego: Academic Press; 2000.
- (34) Adams N, Grieder DM. *Treatment Planning for Person-Centered Care*. Burlington, MA: Elsevier; 2005.

- (35) Tondora J, Pocklington S, Osher D, Davidson L. Implementation of person-centered care and planning: From policy to practice to evaluation. Washington DC: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2005.
- (36) Coleman R, Baker P, Taylor K. Working to Recovery. Victim to Victor III. Gloucester: Handsell Publishing; 2000.
- (37) Ridgway P, McDiarmid D, Davidson L, Bayes J, Ratzlaff S. Pathways to Recovery: A Strengths Recovery Self-Help Workbook. Lawrence, KS: University of Kansas School of Social Welfare; 2002.
- (38) Copeland ME. Wellness Recovery Action Plan. Brattleboro: VT: Peach Press; 1999.
- (39) Becker DR, Drake RE. A Working Life for People with Severe Mental Illness. Oxford: Oxford University Press; 2003.
- (40) Bower SA, Bower GH. Asserting yourself. A practical guide for positive change. Cambridge, MA: Da Capo Press; 2004.
- (41) Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: Preparing people to change (addictive) behavior. New York: Guilford Press; 2002.
- (42) Libermann RP. Future directions for research studies and clinical work on recovery from schizophrenia: Questions with some answers. International Review of Psychiatry 2002; 14:337-342.
- (43) Icarus Project and Freedom Center. Harm Reduction Guide to Coming Off Psychiatric Drugs. <http://theicarusproject.net/HarmReductionGuide-ComingOffPsychDrugs> [2007 [cited 2007 Nov. 15];
- (44) Darton K. Making sense of coming off psychiatric drugs. London: Mind; 2005.
- (45) Lehmann P (ed). Coming Off Psychiatric Drugs: Successful Withdrawal from Neuroleptics, Antidepressants, Lithium, Carbamazepine and Tranquilizers. Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing; 2004.
- (46) Breggin P, Cohen D. Your Drug May Be Your Problem: How and Why to Stop Taking Psychiatric Medications. Reading, MA: Perseus Books; 2007.
- (47) Watkins J. Healing Schizophrenia: Using Medication Wisely. Victoria: Michelle Anderson; 2007.
- (48) Zhu S-H. Number of Quit Smoking Attempts Key to Success. Scoop Health 2007; 6 September.
- (49) Tracy B. 21 Success Secrets of Self-made Millionaires. San Francisco, CA: Berrett-Koehler; 2000.
- (50) Deegan P. The importance of personal medicine. Scandinavian Journal of Public Health 2005; 33:29-35.
- (51) Tondora J, Davidson L. Practice Guidelines for Recovery-Oriented Behavioral Health Care. Connecticut: Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services; 2006.
- (52) Davidson L, Tondora J, Lawless MS, O'Connell M, Rowe M. A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice Tools for Transforming Mental Health Care. Oxford: Oxford University Press; 2009.
- (53) Johnsen M, Teague GB, Herr EM. Common Ingredients as a Fidelity Measure for Peer-Run Programs. In: Clay S, Schell B, Corrigan P, Ralph R, editors. On our own, together. Peer programs for people with mental illness. Nashville, TN: Vanderbilt University Press; 2005. 213-238.
- (54) Higgins A. A recovery approach within the Irish Mental Health Services. A framework for development. Dublin: Mental Health Commission; 2008.
- (55) Russinova Z, Rogers ES, Ellison ML. Recovery-Promoting Relationships Scale (Manual). Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation; 2006.

© Mike Slade, 2009

Der Inhalt kann kopiert werden, sofern keine Änderungen vorgenommen werden. Der Literaturhinweis für die Publikation lautet: Slade, M. (2013) 100 Wege um Recovery zu unterstützen. Schulz M., Zuaboni, G., Löhr, M., Abderhalden, C. (Hrsg.). Bielefeld: Fachhochschule der Diakonie.

Der Literaturhinweis für die englische Version lautet: Slade, M. (2009) 100 ways to support recovery, London: Rethink Mental Illness.

Teile dieser Publikation wurden mit Genehmigung aus einer längeren und umfassenderen Publikation entnommen: Slade, M. (2009) Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals. Cambridge: Cambridge University Press.



Helfen Sie mit

Rethink Mental Illness kämpft unermüdlich für die Verbesserung der Lebensbedingungen von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Wenn wir darin auch weiter Erfolg haben wollen, brauchen wir Ihre Hilfe. Sie können uns auf verschiedene Arten unterstützen, z. B. indem Sie Mitglied werden, spenden oder sich als Aktivist engagieren.

Bitte helfen Sie uns heute, die Lebensbedingungen zukünftiger Generationen zu verbessern. Wenn Sie erfahren möchten, wie Sie uns unterstützen können, besuchen Sie unsere Website www.rethink.org oder kontaktieren Sie uns telefonisch unter 0845 456 0455 oder per E-Mail an info@rethink.org.

Informationen zur mentalen Gesundheit

Weitere Informationen zu Publikationen von Rethink sowie andere Unterlagen zum Thema mentale Gesundheit erhalten Sie unter www.mentalhealthshop.org oder telefonisch unter 0845 456 0455.

Spenden Sie

Ohne die lebenswichtige Unterstützung durch Ihre Spenden können wir unsere Ziele nicht erreichen. Spenden Sie noch heute telefonisch unter 0845 456 0455 oder online unter www.rethink.org.

Danksagung

„Dieser Bericht basiert auf den Beiträgen vieler Menschen, die persönlich und/oder beruflich Erfahrung mit psychischen Erkrankungen gemacht haben. Ich bin ihnen unendlich dankbar für ihre Erfahrungsberichte. Um diesen Bericht zu schreiben, konnte ich mir eine Auszeit von meinen beruflichen Verpflichtungen nehmen. Dafür danke ich dem Institute of Psychiatry und dem South London and Maudsley NHS Foundation Trust von ganzem Herzen. Mein Dank gebührt außerdem John Larsen und Vanessa Pinfold von Rethink Mental Illness für ihre grenzenlose Unterstützung und den Enthusiasmus, mit dem sie sich dafür einsetzen, dass die persönliche Recovery zu einer Realität im psychiatrischen Alltag wird.“

Mike Slade (Autor)

Der Druck dieses Berichts wurde durch die großzügige Spende an Rethink Mental Illness von June und David Proudler im Gedenken an ihren Sohn Roger möglich gemacht.

Eine Kopie dieses Berichts steht zum kostenlosen Download zur Verfügung: www.rethink.org/100ways

Für weitere Informationen über Rethink:

Telefon: 0845 456 0455

E-Mail: info@rethink.org

www.rethink.org/research

Gedruckt auf 100 % Recyclingpapier

Registriert in England unter der Nummer 1227970.

Vereinsregisternummer 271028

Eingetragener Gesellschaftssitz: 89 Albert Embankment, London, SE1 7TP

Rethink Mental Illness ist der offizielle Firmenname der National Schizophrenia Fellowship, einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung

© Rethink 2009

RET0382

Kämpfen wir gemeinsam für die Verbesserung der Lebensbedingungen aller Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Impressum

Englische Originalausgabe:

Slade, M. (2009) 100 ways to support recovery, London: Rethink Mental Illness. Autor: Mike Slade, © Mike Slade www.rethink.org/100ways

Autor: Mike Slade, © Mike Slade

www.mentalhealthrecovery.com/recovery-resources/documents/100_ways_to_support_recovery1.pdf

Herausgeber der deutschen Ausgabe:

Michael Schulz, Christoph Abderhalden,
Michael Löhr, Gianfranco Zuaboni

Deutsche Übersetzung und Bearbeitung:

Gianfranco Zuaboni, Michael Schulz,
Stephanie Ventling, Petra Krause, Michael Löhr

Gestaltung:

Greif Design Werbeagentur
Loebellstraße 10
33602 Bielefeld
0521 3057174
www.greif-design.de

Fotos:

Die Fotografien entstanden im Projekt: „Verrückte Bilder“ in Zusammenarbeit mit Absolventen des Ex-In Studienganges Bern. Initiantinnen sind Caroline Gurtner, Beatrice Gehri, Silvia Grob und Karin Stutte. Träger der Bildrechte: Institut für Pflegewissenschaften der Universität Basel

© für die deutsche Ausgabe:

Prof. Dr. Michael Schulz
Lehrstuhl Psychiatrische Pflege
Fachhochschule der Diakonie
Grete-Reich-Weg 9
33617 Bielefeld
michael.schulz@fhdd.de

Unterstützende Organisationen

Deutsche Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege
www.dfpp.de



Evangelisches Krankenhaus Bielefeld
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel
Remterweg 69-71
33617 Bielefeld



Sanatorium Kilchberg
Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Alte Landstrasse 70
CH-8802 Kilchberg

sanatoriumKILCHBERG

PRIVATKLINIK FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHOTHERAPIE

LWL-Klinikum Gütersloh

Psychiatrie · Psychotherapie · Psychosomatische
Medizin · Neurologie · Innere Medizin
im LWL-Psychiatrie Verbund Westfalen
Buxelstraße 50
33334 Gütersloh



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)

Abteilung Forschung / Entwicklung Pflege und
Pädagogik
Bolligenstrasse 111
CH-3000 Bern 60

