

Berner Fachhochschule

Gesundheit

Recovery, Empowerment, Inklusion:
Die zukünftigen Aufgaben der
psychiatrischen Pflege

Dirk Richter

Psychiatrische Pflege in der Krise?

- “Psychiatric nursing stands at a crossroads” (McCabe 2000)
- “Rekonzeptionalisierung als wesentliches Element einer qualitativ hochwertigen psychiatrischen Pflege” (Schulz 2003)
- “Neuorientierung und Paradigmenwechsel: Psychiatrische Pflege im Umbruch” (Schulz 2005)
- “The slow death of psychiatric nursing” (Holmes 2006)
- “Contemporary mental health nursing: Crisis and opportunity?” (Happell 2008)

- “Die verpassten Chancen: Subjektive Anmerkungen zur psychiatrischen Pflege in der Bundesrepublik Deutschland” (Richter 1996)

Hintergrund: Mit der Krankheit leben lernen

„Also: selbständig wohnen: das kann ich nur, weil ich mit meinem Partner zusammen wohne. Finanziell abhängig bin ich von der IV-Rente. Ein Beruf: ich habe im geschützten Rahmen ein Beruf. Aber ... äh, tja, ... das ist weit weg davon. Und mich dünkt es, die Stigmatisierung ist noch so (betont) gross! Also, ich rede nicht mit Leuten, die ich nicht kenne, über meine Geschichte, über meine Diagnose, darüber, wie lange ich in der Psychiatrie gewesen bin, das mache ich nicht.“

Hintergrund: Mit der Krankheit leben lernen

„Also, für mich war es früher so, dass ich immer so zwischen diesen Polen geschwankt habe, ja, ich mache jetzt Therapie und es wird irgendwann mal alles gut sein, ich werde wieder funktionieren, ich werde meinem Beruf nachgehen, ich werde frei von allem sein und ja, da das oft nicht realistisch war, bin dann in die andere Richtung gekippt: aus mir wird gar nix mehr, ich kann überhaupt nix mehr, ich bin immer wieder krank. ja und so, im Laufe der Zeit habe ich das doch jetzt auch für mich gemerkt, wie auch XX gesagt hat, das Integrieren, zu sagen, ich habe gewisse Schwierigkeiten, ich habe da meine Schwachstelle, ja, und falle da vielleicht auch immer wieder rein, wie ein anderer vielleicht ein Magengeschwür kriegt, wenn er sich zu viel aufregt, oder der andere kriegt Herzklopfen, oder was weiss ich, und ehm, ich kann aber immer besser damit umgehen. Meine Lebensqualität nimmt dadurch auch zu. Ich kann wieder mehr.“

Hintergrund: Psychiatrieerfahrungen

„Wann fragte man mich: ‚Was wollen Sie?‘ Also, vielleicht täusche ich mich, aber ich denke ‚Was wollen Sie?‘, daran hätte ich mich doch erinnert, so eine simple Frage (lacht). ‚Sie sind jetzt in einer Krise, aber wir finden jetzt gemeinsam einen Weg da raus. In welche Richtung soll es gehen?‘ Ich finde, das hat man mich nie gefragt.“

Hintergrund: Psychiatrieerfahrungen

„Also ich bin dort weder über die Behandlung informiert worden, noch über Ziele gefragt worden (jemand stimmt zu), was ich gerne erreichen möchte, es wurde einfach gemacht worden, die Ärzte hatten wirklich keine Zeit, und die Pfleger... ich weiss auch nicht genau, haben einfach so ihren Tagesrhythmus abgespult, und sich gar nicht überlegt... oder, dass...ich kam mir auch oft als dumm behandelt vor ,Die weiss eh nichts, die ist psychisch krank und so.““

Hintergrund: Psychiatrieerfahrungen

„Ja, ich habe das erlebt in der Tagesklinik in (Ort), da kam wirklich eine Betreuerin auf mich zu und sagte, ich solle jetzt hier vier Ziele definieren, und dann haben wir das aufgeschrieben, niedergeschrieben... und am Schluss.. auch beim Austritt und so...bekam man wieder einen Fragebogen, ob man jetzt dieses Ziel erreicht habe, oder ob es nicht gut sei oder so ... und auch, ich habe wirklich sagen können, was ich will...“

Was bringen Patientinnen und Patienten mit in die Behandlung?

- ein erheblicher Teil der Patientinnen und Patienten
 - ist (und erlebt sich) von der Teilhabe am sozialen Leben ausgeschlossen
 - ist (und erlebt sich) mit dem Stigma der psychischen Störung und der psychiatrischen Behandlung behaftet
 - ist (vor allem nach längeren Krankheitsverläufen) demotiviert und hat wenig Hoffnung auf Veränderung
 - fühlt sich in die Pflege- und Therapieplanung nicht eingebunden
 - wird mangels pflegerisch-therapeutischer Alternativen in der Reha-Kette 'durchgereicht'

Psychiatrische Pflege: Neue Ziele – neue Methoden

- In welche Richtung soll sich Pflege und Betreuung psychisch kranker Menschen bewegen?
 - Mit welchen Methoden können diese Ziele erreicht werden?
- die Zukunft der psychiatrischen Pflege liegt im ambulanten Sektor

Ausgewählte Pflege- und Betreuungsansätze Zielorientierte Modelle

- **Empowerment**

- in den 1970er/1980er Jahren entwickelt; (oft) politisch motiviert; Ziel: Selbstbefähigung chronisch Kranker

- **Recovery**

- seit Beginn der 1990er Jahre bekannt; ‚offizielles‘ Modell in den USA und in GB; Ziel: persönliche Entwicklung und ‚Genesung‘ trotz psychischer Erkrankung

- **Soziale Inklusion**

- seit Beginn der 2000er Jahre; Herkunft: Sozialpolitik; Ziel: soziale Benachteiligung und Stigmatisierung ausgleichen

Ausgewählte Pflege- und Betreuungsansätze Methodisch orientierte Modelle

- **Motivational Interviewing**
 - Herkunft: Suchttherapie; neuerdings Übertragung auf allgemeine Psychiatrie; Ziel: Selbstbefähigung durch Motivationssteigerung
- **Coaching**
 - Herkunft: Organisations- und Lebensberatung; in vielen therapeutischen Bereichen angewendet (z.B. Jobcoach)

Empowerment

- Ziel: die Kontrolle über das Leben und das eigene Schicksal zurückgewinnen
- Förderung der Selbstwirksamkeit
- auf die sozialen Ressourcen in der Gemeinde zurückgreifen
- Stärkung der Selbsthilfe-Bewegung und gegenseitiger Unterstützung
- politischer Ansatz: Stärkung der Individuen über die Stärkung von Gemeinderessourcen; sozialer Wandel ist Voraussetzung für Empowerment von Individuen
- therapeutisch: Herkunft des Shared-Decision-Making

Recovery

- Ziel 1: Überwindung von Krankheitssymptomen und behinderungsbedingten Einschränkungen (clinical recovery)
- Ziel 2: eigene Lebensgestaltung trotz Krankheit und Behinderung (personal recovery)
- Integration von Empowerment (Selbstbefähigung, Selbsthilfe, User-Involvement)
- Überwindung fatalistischer Einstellungen gegenüber Besserung und Veränderung
- Vermittlung von Hoffnung

Inklusion

- Ziel: Überwindung von sozialem Ausschluss und Stigmatisierung
- Überwindung der Parallelwelt und des ‚ambulanten Ghettos‘ (Gemeindepsychiatrie statt Psychiatriegemeinde)
- Aufbau von sozialen Beziehungen im realen Leben (Beispiel: supported employment)
- Integration des sozialen Empowerments
- zielgerechte und passgenaue Inklusionsbemühungen statt globaler Integration

Motivational Interviewing

- Grundannahme: Veränderung in zentralen Lebensbereichen kann nur aus eigener Überzeugung entstehen
- Hauptziel: Aufbau intrinsischer Motivation anstelle von äusserem Druck
- Arbeit an persönlichen Zielen und Werten
- Verzicht auf Überredung, Beeinflussung und Zwang

Motivational Interviewing Grundlegende Prinzipien

- 1. Prinzip: Empathie ausdrücken
 - Verzicht auf Kritik und Wertung der Lebensgestaltung und Ansichten der KlientInnen
- 2. Prinzip: Diskrepanz erzeugen
 - Motivation entsteht aus der Diskrepanz zwischen der aktuellen Situation und den Wünschen der KlientInnen
- 3. Prinzip: Anpassung an Widerstand
 - Veränderung ist in aller Regel ambivalent besetzt; Widerstände sind per se zu erwarten
- 4. Prinzip: Stärkung der Selbstwirksamkeit

Copyrighted Material

Michelle A. Dart

Motivational Interviewing in Nursing Practice

Empowering the Patient



Coaching

- “Coaching is a combination of communication and empowerment (...) as a new and effective way to bring out the best in people and create solutions to complex problems.”*
- Coaching-Prinzipien:**
 - Aktives Zuhören
 - Respekt und Akzeptanz
 - Empathie mit der Sichtweise des/der KlientIn
 - Zusammenarbeit als Partnerschaft
 - nicht-wertende und nicht-paternalisierende Zusammenarbeit

*Williams P, Menendez DS: Becoming a Professional Life Coach: Lessons from the Institute for Life Coach Training, New York: Norton 2007, S. XXIV

**Nelson-Jones R: Life Coaching Skills: How to Develop Skilled Clients. London: Sage 2007



Sober Companions & Sober Coaching Nationwide: (800) 980-5122

[home](#) | [about sober champion](#) | [resources](#) | [supervising staff](#) | [new york sober companion](#) | [contact](#)

home

Services

Sober Companion
We stay with you 24/7, helping protect your investment in yourself. Just like a full-time guardian angel...

Sober Coach
When you need some extra help, Sober Champion offers intense sessions designed to support your recovery and accomodate your lifestyle...

London Sober Companion
Discreet sober companion services in London and the United Kingdom

Sober Escort
From home to treatment to home again. on planes.



What's missing from your treatment puzzle?

[Click here - see national media reports on Sober Champion's great success in addiction and alcoholism treatment.](#)

A **Sober Companion** may be the missing piece you need to stay away from drugs and alcohol.

A **Sober Coach** can provide intense sessions, as often as you need, to explore issues relating to your successful recovery from substance abuse.

A **Sober Escort** gets you where you need to go - don't zig when you should zag!

If you must avoid drinking, using, [gambling](#), [self-injury](#), or some other obsessive and compulsive behavior, *and* your case requires round-the-clock assistance, try our Sober Companion services.

If you have been to residential treatment, you've made a substantial investment in yourself. Protect that investment with Sober Champion. Let's help define your goals, identify & help you surmount roadblocks, and become your advocate as you live a life beyond expectations.

Sober Companion

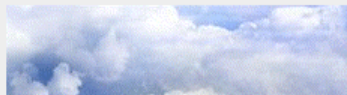
A Sober Companion provides time-intensive service. When the client is best served by around-the-

Don't fight this battle all alone.

Meet some of our coaches. [Click here to learn more.](#)

Effective treatment calls for much more than 30 days in rehab.

We help you transition into a successful life *after* treatment.



Meeting Locator

-  Cocaine Anonymous
-  Alcoholics Anonymous
-  Narcotics Anonymous
- 

Der übergreifende theoretische Rahmen

- Nutzerinnen und Nutzer müssen in die Lage versetzt werden (*Empowerment*), sich selbst als Handlungszentrum ihres Lebens zu sehen;
- aktiv soziale Beziehungen im weitesten Sinne aufzubauen (*Inklusion*);
- Grundlage hierfür ist Vertrauen und Hoffnung (*Recovery*) auf die Besserung der Lebenssituation;
- Barrieren wie Motivationslosigkeit, Ambivalenzen und Widerstände müssen bearbeitet werden (*Motivational Interviewing*);
- Pflegende können die Nutzer auf diesem Weg beraten, begleiten und unterstützen (*Coaching*).

Unterschiedliche Prioritäten Standardbehandlung vs. NutzerInnen

Aktuelle Behandlung

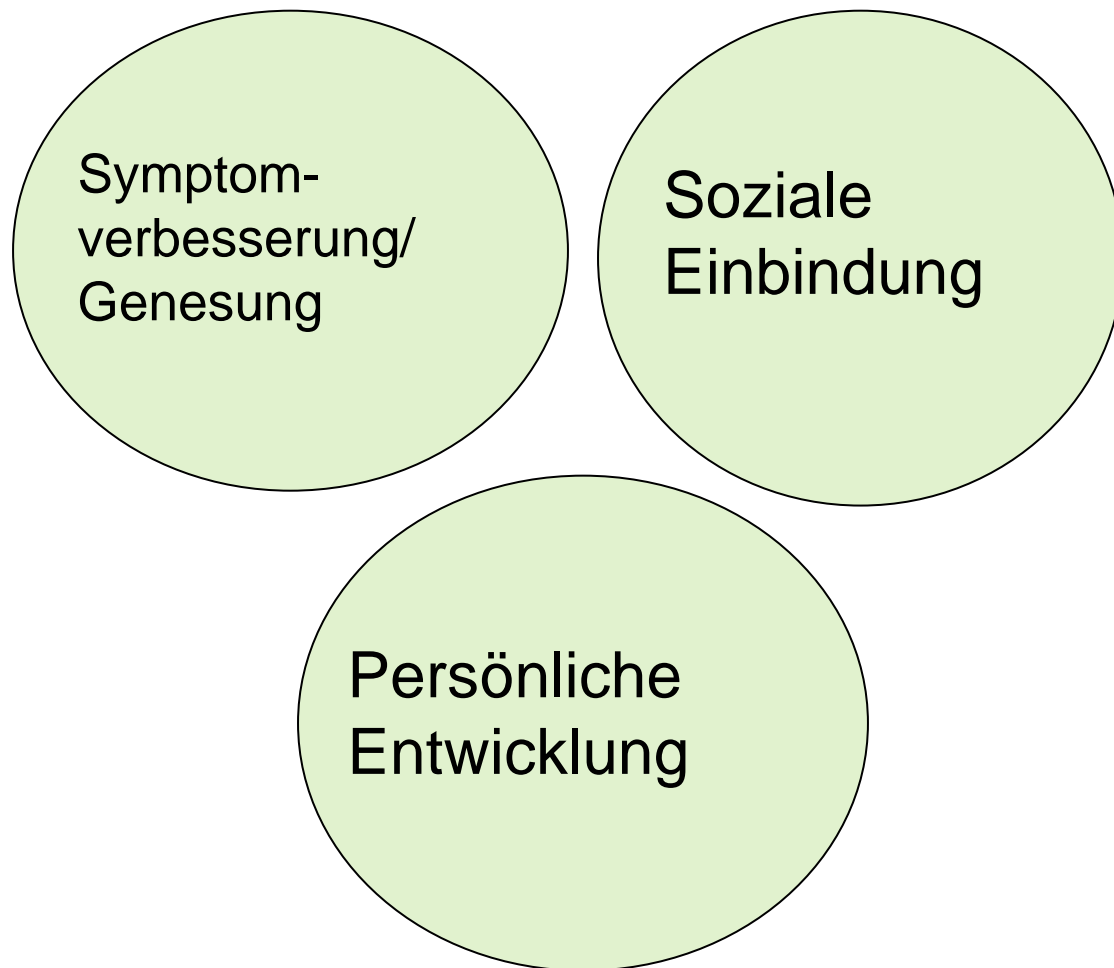


Wunsch der NutzerInnen





Nutzerpräferenzen/Ziele



Beispiel eines Assessments bzw. einer Zielvereinbarung



Professionelle Haltung

- empathische und akzeptierende Grundhaltung
 - Einfühlen und Mitfühlen
- Förderung der Selbstbefähigung der Nutzerinnen und Nutzer
 - z.B. Ressourcenorientierung, Vertrauen in die Fähigkeiten der Nutzer, Risikobereitschaft fördern
- positive Grundhaltung
 - Hoffnung auf die persönliche Entwicklung und die Bewältigungsmöglichkeiten vermitteln

Ansatzpunkte für pflegerisch-therapeutische Interventionen

- Fertigkeiten
 - z.B. Fertigkeiten für den Aufbau sozialer Kontakte
- Kognitionen
 - z.B. Kontrollüberzeugungen wie „Ich kann das schaffen.“
- Akzeptanz
 - z.B. Anerkennung der eigenen Einschränkungen
- Management
 - z.B. Umgang mit dem sozialen Stigma

Spannungsfeld (Arbeits-)beziehung



Allgemeine Fertigkeiten zur Förderung sozialer Inklusion

- Erlernen von Alltagstechniken:
 - Umgang mit Kritik von Anderen
 - Aufschiebeverhalten vermeiden
 - Durchsetzungsvermögen entwickeln
 - effektiveres Zeitmanagement
 - Frustrationstoleranz aufbauen
 - Unsicherheit aushalten
 - effektiveres Problemlösen
 - ...

Fertigkeiten für den Aufbau und die Aufrechterhaltung sozialer bzw. intimer Beziehungen

- Zuhören und Verständnis zeigen
- Auswahl und Anbahnung sozialer Beziehungen
- Umgang mit sozialen Ängsten und Schüchternheit
- Aufbau einer intimen Beziehung
- Fertigkeiten für eine sexuelle Beziehung
- Selbstsicherheit/Durchsetzungsvermögen
- Fertigkeiten für den Umgang mit Ärger
- Fertigkeiten für den Umgang mit Problemen in der sozialen Beziehung

Fertigkeiten für eine gelingende Ausbildung bzw. berufliche Tätigkeit

- Auswahl der passenden beruflichen Richtung
- Ziele setzen
- Zeit-Management
- Lesen, Schreiben
- Aufgaben und Tests bestehen
- Aufschiebeverhalten verhindern/verändern
- Umgang mit Angst und Problemen im
Ausbildungs- bzw. beruflichen Alltag
- Reden vor anderen Menschen



Fertigkeiten für das Gesundheitsverhalten

- Umgang mit Stress und belastenden Situationen
- Auswahl und Vermeidung belastender Situationen ('Nein'-Sagen lernen)
- Entspannungstechniken lernen
- Gewichtsprobleme beherrschen
- Gesunde Essgewohnheiten entwickeln
- Persönliche Fitness-Techniken entwickeln
- Umgang mit Alkohol und Drogen lernen
- Auswahl des richtigen Freundeskreises

... und in der stationären Pflege?

- muss sich die Ausrichtung auf den ambulanten Sektor bemerkbar machen
 - Vernetzung und enge Zusammenarbeit zwischen stationärer und ambulanter Pflege
- müssen sich die pflegerisch-therapeutischen Grundprinzipien im Laufe des Aufenthalts von Sicherheit in Richtung Empowerment/Inklusion verändern
 - Klienten/Patienten und ihre Familien sind ein aktiver Teil im pflegerisch-therapeutischen Prozess
 - die Betroffenen erleben sich im Alltag als verantwortlich für den Umgang mit ihren Beeinträchtigungen und führen ihr Selbst- und Gesundheitsmanagement durch



Herzlichen Dank

dirk.richter@bfh.ch