

4.5 Evaluation und Reflexion

Die Auswertung des Gruppengeschehens geschieht in der Regel durch die Gruppenleitung selbst und die Co-Leitung, falls eine solche erforderlich war. Die Auswertung gibt Aufschluss über den Gesamtverlauf einer Gruppe. Auffälliges Verhalten einzelner Patienten wird besprochen und entsprechend dokumentiert. Der Gruppenprozess wird von Beginn an aufgewickelt und nach Beurteilungskriterien überprüft (► Tab. 5.1, 5.2, ► Kap. 5).

4.6 Die Eckpfeiler einer Gruppenstunde

4.6.1 Beginnen einer Gruppe

Eine Patientengruppe, die nicht rein freizeitorientiert ist, soll nicht zufällig stattfinden und einfach dann begonnen werden, wenn

- es gerade günstig in den Stationsablauf passt,
- endlich alle Patienten anwesend sind,
- eine bestimmte Pflegeperson da ist,
- Patienten „mal eben beschäftigt“ werden sollen.

Die Patientengruppe ist normalerweise ein fester Bestandteil im Tagesablauf der Station, an dem sich die Patienten orientieren können. Die Gruppe beginnt immer pünktlich, daher empfiehlt es sich für die Gruppenleitung, wenige Minuten vorher im Raum zu sein. Ihre Anwesenheit bewirkt, dass sich die Patienten gegenseitig darauf hinweisen, dass die Gruppe gleich los geht, und sich demzufolge beeilen - in der Regel haben sie den Wunsch, pünktlich zu sein. Nachzügler werden von der Gruppenleitung freundlich begrüßt und über den aktuellen Stand des Gruppenverlaufs informiert.

Wissen die Patienten, dass die Gruppe zuverlässig pünktlich beginnt, können sie den weiteren Tagesablauf kalkulieren, Besorgungen machen, ihre Besucher einbestellen und ggf. im Rahmen der Psychoedukation ihre Aufträge erfüllen. Eine Verschiebung der Anfangszeiten, auch nur um wenige Minuten, ist zu vermeiden.

In der Regel brauchen die Patienten Zeit, um „anzukommen“. Der Start der Gruppenarbeit kann entsprechend gestaltet werden. Folgende Fragen führen in die Gruppe und zum Thema hin:

„Damit Sie wissen, worum es heute geht, möchte ich Ihnen das Thema kurz vorstellen ...“

„Heute treffen wir uns zum Thema ... (... zum routinemässigen Meeting ...). Wer von Ihnen ist heute das erste Mal dabei?“ (Einführung neuer Patienten s. u.)

„Wer kann bitte kurz wiederholen, was letztes Mal das Thema war?“

„Beim letzten Treffen hatten wir vereinbart, heute über das Thema ... zu sprechen.“

„Die heutige Zeitungsrunde soll zu einem aktuellen Thema in ... (Politik, Sport, Lokales oder Gesundheit, Mode, Kultur) stattfinden.“

„Die Osterzeit steht bevor. Was haben Sie letztes Jahr um diese Zeit gemacht, wo waren Sie ...?“ (Weihnachtszeit, Jahreszeiten können ebenfalls Schwerpunkt sein)

Im Anschluss geht es in die aktive Phase, die Arbeit mit dem Thema beginnt.

4.6.2 Beenden einer Gruppe

Ist eine Gruppe zu Ende, wenn die Zeit abgelaufen ist? Eine Gruppe besteht aus 3 Phasen:

- dem Beginnen bzw. der Einstiegsphase,
- der eigentlichen Aktivitätsphase und
- der Beendigungsphase.

In der Gruppenpraxis psychiatrischer Abteilungen ist oft Folgendes zu beobachten: Bei der Zeitvorgabe wird fast ausschließlich die Aktivitätsphase angemessen berücksichtigt, die Einstiegs- und Beendigungsphase erhalten dagegen weniger Aufmerksamkeit.

Häufig passiert es auch, dass am Anfang zu großzügig mit der verfügbaren Zeit umgegangen und die Aktivitätsphase dann durchgezogen wird. Bei den Patienten entsteht dabei leicht das Gefühl, angetrieben zu werden. Und am Schluss bleibt kaum noch Zeit, das Beenden zu „zelebrieren“. Dabei bedeutet die Beendigungsphase für die Patienten eine Motivation, an der nächsten Gruppe wieder teilzunehmen. So besteht das Risiko, die Zeit zu überziehen. Eine Gruppe sollte aber pünktlich beendet werden: Ein Überziehen bringt nicht nur den Stationsablauf durcheinander, sondern fördert auch den Unmut aller Beteiligten. Es macht die Gruppenleiterin unglaublich, weil sie ihre Modellfunktion nicht ernst zu nehmen scheint. Die Patienten dürfen nicht das Gefühl bekommen, dass Beginn und Ende einer Gruppe der Willkür der Pflegeperson unterworfen sind. Das heißt: Eine Gruppe braucht eine eindeutige Koordination und eine klare Zeiteinteilung, um allen Phasen, insbesondere der Beendigungsphase ausreichend Raum zu geben.

Anfang und Ende einer Gruppe sind für den Patienten zuverlässige Eckdaten zu seiner Orientierung.

Bei Patientengruppen geht es nicht um gute oder schlechte, richtige oder falsche Ergebnisse, sondern es geht darum, wie sehr sich die einzelnen Patienten an der Gemeinschaftsarbeit beteiligt haben. Ist dies erreicht worden, hat die Gruppe ihre Aufgabe erfüllt (darin liegt der große Unterschied zur leistungsbezogenen Rückmeldung in Arbeitsgruppen).

Das Beenden einer Patientengruppe fasst die angesprochenen Themen und diskutierten Schwerpunkte zusammen und bezieht sich auf den individuellen Zugewinn der erlebten Gefühle und sozialen Kompetenzen. Es soll ein Erfahrungsaustausch aus der Gruppe in den Alltag stattfinden und der Patient soll auf dem Weg zurück in das Stationsleben begleitet werden.

Das gefühlsmäßige und gedankliche Nacharbeiten von Erlebnissen gehört auch im Leben außerhalb der Klinik zum Alltag und darf im stationären Rahmen nicht ausgeklammert werden.

„Die Endphase hat eigentlich zwei Teile. Um es mit der Sprache des Piloten auszudrücken: Es gibt eine Phase des Landeanflugs bzw. der Landevorbereitungen, und es gibt die Landung selbst mit dem Ausrollen, dem Aussteigen und dem Gepäckholen.“ (Langmaack 1987, S. 176)

Hinweise zur Durchführung der Beendigungsphase

Brainstorming (►Kap. 9.1)

Diese „Blitzlichtrunde“ aktiviert zum Schluss noch einmal alle Beteiligten, über die Erlebnisse in der Gruppe nachzudenken. Die Teilnehmer können je nach Gruppenthema mit folgenden Fragen mobilisiert werden:

- „Was hat Sie am meisten beeindruckt?“
- „Was war heute besonders wichtig für Sie?“
- „Was nehmen Sie heute aus dieser Stunde/Gruppe mit, was lassen Sie hier?“
- „Womit können Sie etwas anfangen, was möchten Sie gerne umsetzen?“
- „Welche Ideen haben Ihnen imponiert?“
- „Womit werden Sie sich im Anschluss beschäftigen?“
- „Was wird im Anschluss an diese Gruppe Ihr erster Schritt sein?“
- „Mit welchen Gefühlen gehen Sie heute aus der Gruppe?“
- „Welche Fragen möchten Sie noch klären?“
- „Welche Erwartungen haben Sie an die nächste Gruppe?“

Im Brainstorming passiert es immer wieder, dass ein Patient den Vorrredner zitiert oder sich ihm anschließt; er hätte bereits alles gesagt, er wird in allen Punkten bestätigt. Fordern Sie dann den betreffenden Patienten auf, seine Meinung mit eigenen Worten mitzuteilen:

- „Sagen Sie es uns doch mit Ihren eigenen Worten.“
- „Uns interessiert Ihr persönlicher Eindruck, sagen Sie es mit Ihren Worten.“

Schwerpunkte zusammenfassen

Was wichtig und erwähnenswert erscheint, wird sehr unterschiedlich wahrgenommen. Überlegen Sie daher gut, wie eine Zusammenfassung sinnvoll ist. Haben Sie das Ziel, bestimmte Inhalte durch eine Wiederholung zu verstärken, um sicherzustellen, dass die Informationen behalten werden, sollten Sie die Zusammenfassung **selbst** vornehmen. Wollen Sie aber wissen, was die Patienten für sich aus der Gruppe mitnehmen, dann lassen Sie die Zusammenfassung durch die Patienten vornehmen. Ihre persönliche Absicht und Meinung können Sie im Anschluss trotzdem einbringen.

Eine Zusammenfassung durch einen Patienten (freiwillig) kann über folgende Fragen angeregt werden:

- „Wer von Ihnen möchte die heutigen Themen kurz zusammenfassen?“
- „Was haben Sie heute alles gehört?“
- „Über welche Schwerpunkte berichten Sie heute Ihren Mitpatienten nach der Gruppe?“
- „Wenn Sie gleich jemand fragt, was Sie in der Gruppe getan haben, was antworten Sie dann?“

Kartenabfrage (►Kap. 9.1)

Mit einer Kartenabfrage sammeln Sie schriftlich die Eindrücke aus der Rückmeldung. Dabei werden die Patienten aufgefordert, mit 2–3 Worten ihren Eindruck aufzuschreiben:

„Schreiben Sie auf eine Karte jeweils einen Kerngedanken, der für Sie heute bedeutsam war!“

- „Für mich war das wichtigste Thema heute ...“

Diese Methode verstärkt die Nacharbeitung mit dem Thema und macht Patienten neugierig, die nicht teilgenommen haben. Als Variationsmöglichkeit bietet sich an: Auf grüne Karten schreiben die Patienten, was ihnen gefallen hat, auf rote Karten das, was ihnen nicht so gut gefallen hat.

„Kofferpacken“

Stellen Sie einen kleinen „Reisekoffer“ geöffnet in die Mitte des Raums. Es kann stattdessen symbolisch eine Schüssel oder ein Korb verwendet werden. (Psychologisch ungeschickt ist es, einen Papierkorb zu benutzen, denn dann liegt die Assoziation zu „Müll“ sehr nahe.) Fordern Sie die Patienten auf, zu überlegen, was ihnen in dieser Gruppe wichtig war und was sie gerne mit „auf die Reise“ nehmen möchten. Das sollen sie mit wenigen Worten aufschreiben und in den Koffer legen. Diese Informationen sind für Sie als Gruppenleitung wichtig, um den Erfolg und das Gesamtergebnis beurteilen zu können.

Feedback

Ein bedeutender Teil der Beendigungsphase ist das Feedback (Rückmeldung). Ein Feedback erhält der Mensch seit seiner Geburt. Es beeinflusst sein Verhalten und die Entwicklung seiner Fähigkeiten, es formt sein Selbstbild und seinen Selbstwert. Rückmeldung bedient sich meist des sprachlichen Ausdrucks in einer Form, die Lernen ermöglicht. Sprache ist Spiegel und vermittelt Werte und Normen, schafft Regeln, formt Beziehungen, sie schafft Konflikte und auch deren Lösungen.

Ohne Rückmeldungen hätten alle Anstrengungen, die die Patienten in den Gruppen unternommen, wenig Sinn. Die meisten Patientengruppen sind darauf ausgerichtet, soziale Fähigkeiten zu trainieren oder neu zu erlernen. Dazu gehört auch die Fähigkeit, konstruktive Rückmeldung zu geben und anzunehmen und so im Umgang mit anderen wieder sicher zu werden (z. B. „Meckerrunde“).

Ein ganz wesentlicher Teil ist die Rückmeldung der Patienten an die Gruppenleitung. Patienten werden aufgefordert, ihre Ansicht und ihre Gefühle zum Gruppengeschehen zu äußern: „*Ihre Meinung ist mir wichtig ...*“ – dies bedeutet eine Wertschätzung dem Patienten gegenüber. Werden die Teilnehmer nicht nach ihren Standpunkten gefragt, scheinen sie für die Gruppenleitung nicht interessant zu sein – das kommt einer Geringschätzung gleich. Ziel der pflegerischen Interventionen ist, die Selbstkompetenz bei den Patienten zu reaktivieren und sie nicht zu unkritischen „Ja-Sagern“ werden zu lassen.

Die Gruppenleitung sollte in ihrer Rückmeldung die Anstrengungen der Patienten lobend erwähnen. Beispiel: Für den einen Patienten kann es außerordentlich anstrengend gewesen sein, im Verlauf einer Presserunde zu versuchen, den Inhalt eines aktuellen Artikels frei wiederzugeben. Diese Leistung muss in der Rückmeldung am Ende dieser Presserunde gewürdigt werden. Dabei wird nicht der Erfolg oder Misserfolg der erbrachten Leistung zurückgemeldet, sondern die Beteiligung am Thema und die Steigerung der Fähigkeiten.

Die Rückmeldung der Gruppenleitung kann aber auch in Form von Kritik geschehen. Denn wenn die Patienten etwas über ihr Handeln und Verhalten lernen sollen, sind sie auch auf kritische Informationen angewiesen – ohne Rückmeldung ist Lernen nicht möglich (► Kap. 3.2.4).

Auch die Patienten untereinander können sich gegenseitig ein Feedback geben, wobei dies nicht für jede Gruppe sinnvoll ist. Hier muss die Gruppenleiterin jeweils entscheiden, wann dieses Vorgehen hilfreich sein kann.

Lob und Kritik gelten als direkte Formen von Rückmeldung – sie geschehen verbal, zeitnah, persönlich und drücken eine entsprechende Wertschätzung aus. Indirekte Rückmeldungen können sein:

- Schweigen: Keine Antwort ist auch eine Antwort.
- Mimik: Eine Bewegung der Mundwinkel kann Bestätigung oder Geringschätzung bedeuten.
- Gesten: Können ermutigend oder abweisend sein.

Diese nonverbalen Nachrichten sind nicht eindeutig und können missverstanden werden; sie enthalten eher Bewertungen und keine genauen Beschreibungen. Für ein bewusstes und geplantes Lernen sind vor allem klare, konkrete und eindeutige Rückmeldungen geeignet. Auch Kritik muss sachlich und nachvollziehbar sein. Sie ist dann stimmig, wenn

- die eigenen Normen nicht als absolut angesehen werden,
- eine wertschätzende Haltung mitgeteilt wird,
- glaubwürdig Positives vorhanden ist.

Feedback dient ebenfalls dem Bedürfnis der Patienten nach Orientierung. Oft genug wird durch fehlende Rückmeldung Verwirrung und Unsicherheit bei den Patienten hervorgerufen:

„Wie meint sie das?“

„Wie findet sie mich wohl?“

Die Wirksamkeit einer Rückmeldung hängt stark von dem Vertrauen ab, das die Patienten in die Gruppenleitung setzen. Bei der Gruppenleitung erfolgt immer eine Bewertung – bewusst oder unbewusst. Die Fähigkeit und Sicherheit, diese Bewertung auch angemessen zu äußern, ist ein wichtiges Ziel in der Betreuung psychisch kranker Menschen.

Je mehr es bei der Patientenbewertung um die Anerkennung von deren Leistungsverhalten und Lernfortschritten geht, desto weniger dürfte sie für die Patienten ein Problem sein: Die Gruppenleitung muss darauf achten, dass alle gleichermaßen ihre Anerkennung erhalten. Ihre genaue Planungsarbeit mit einer klaren Zielsetzung erleichtert die präzise Rückmeldung an die Patienten und die Beurteilung des Gruppengeschehens (► Kap. 5).

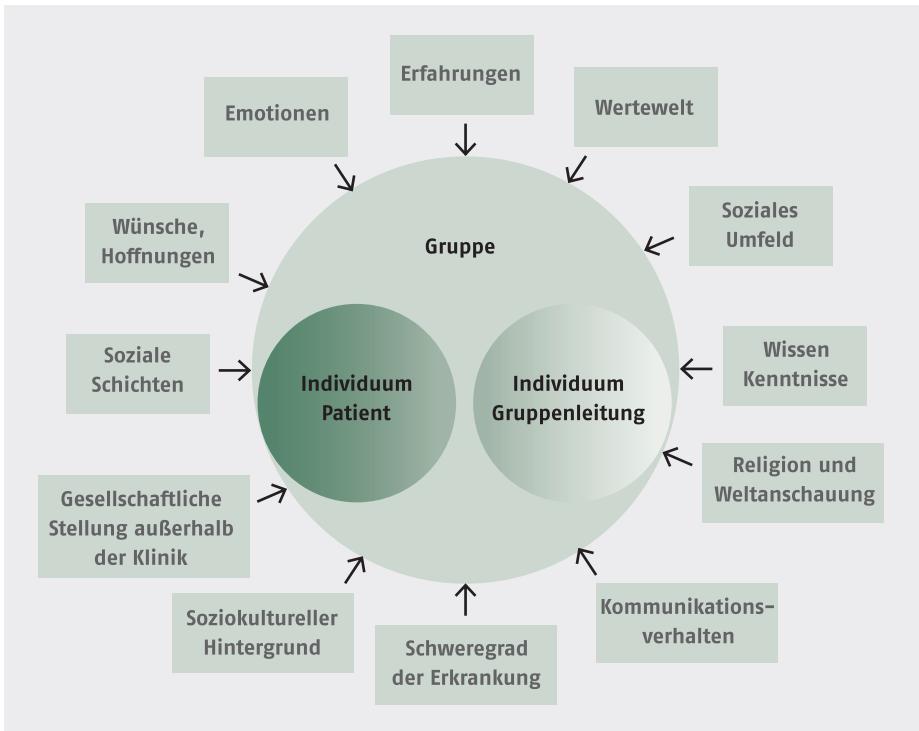


Abb. 7.1 Einflussfaktoren während des Gruppengeschehens

Die Station wird hier zum **sozialen Übungsfeld** für die Patienten (Abb. 7.1). Für das eigene Leben bisher unbedeutende Mitpatienten werden in der Stationsgemeinschaft auf einmal zu wichtigen Lernpartnern. Die Beziehung der Patienten untereinander und gegenüber dem Pflegeteam (therapeutisches Team insgesamt) sind ebenfalls geprägt durch ihre individuelle Sozialisation und laufen innerhalb eines Prozesses dynamisch ab. In der Soziologie spricht man daher vom **gruppendynamischen Prozess** oder von **Gruppendynamik**. Im Stationsalltag laufen dynamische Prozesse meist automatisch, oft in erzwungener Harmonie ab.

7.1 Verhalten in Gruppen

7.1.1 Die Phasen der Entwicklung von Gruppen

Jede Gruppe durchläuft in ihrer Entwicklung verschiedene Phasen.

Auch die pflegerischen und therapeutischen Angebote in der Psychiatrie finden oft in Gruppen statt. Die Fähigkeit zur sozialen Integration gilt dabei als Gradmesser für die Genesung der Patienten. Angefangen beim gemeinsamen Essen im Speisesaal, über die gemeinsame Freizeit in den Gemeinschaftsräumen bis hin zu den gemeinsamen Außenaktivitäten, fast alles findet in pflegegeleiteten Gruppen statt.

Aber eine Gruppe ist nicht gleich eine Gruppe, nur weil sich mehr oder weniger zufällig, freiwillig oder auch verordnet Menschen zusammenfinden.



● Abb. 7.2 Phasen der Entwicklung von Gruppen

Ganz speziell in der Psychiatrie ist auf die Entwicklung des Gruppenprozesses und des Gruppengefühls unter den Patienten zu achten. Die pflegetherapeutische Arbeit in Patientengruppen setzt aber die Auseinandersetzung mit dem Gruppenprozess voraus. Die Anfangs- und die Beendigungssituation einer Gruppe stellen die Eckpfeiler des Gruppenprozesses dar und können positiv gestaltet werden.

Wenn eine Gruppe entsteht, vollzieht sich ein Prozess, der die gesamte Entwicklung der Gruppe umfasst. Dieser Prozess verläuft in den klassischen Phasen wie Rollenverteilung, Zielsetzung und Aufgaben, der Bildung von Regeln und Normen sowie der Gestaltung der Gruppenkultur. Es geht auch um die Verteilung von Macht und die Art und Weise, wie neue Mitglieder aufgenommen werden.

Für eine Gruppenleitung kann es sehr hilfreich sein, die verschiedenen Phasen des Entwicklungsprozesses von Gruppen zu kennen. Wenn die Leitung weiß, dass beispielsweise „Machtkämpfe“ oder „Motivationsprobleme“ in einer Patientengruppe einfach normal sind und dass gewisse Phänomene in verschiedenen Phasen der Gruppenentwicklung immer wieder auftreten, hilft ihr das, darauf in angemessener Weise zu reagieren und ihre Handlungen dementsprechend auf das Individuum auszurichten.

Doch was müssen Pflegende über Gruppenprozesse und Entwicklungsphasen einer Gruppe wissen? Einige Überlegungen zur Entwicklung der verschiedenen Phasen in Gruppen sollen im Folgenden aufgeführt werden.

Es werden fünf verschiedene Stadien der Gruppenentwicklung unterschieden (● Abb. 7.2):

1. „forming“ (Orientierungs- und Kennenlernphase)
2. „storming“ (Konflikt- oder auch Machtkampfphase)
3. „norming“ (Vertrautheitsphase)
4. „performing“ (Differenzierungs- und Leistungsphase)
5. „separating“ (Auflösungsphase, Abschluss und Abschied).

punkt, dass Unpünktlichkeit eine Missachtung von Regeln und Personen ausdrückt. Frau Paul ist daher beleidigt, wenn Herr Maier, wie des Öfteren, zu spät in der Presseschau erscheint. Sie nimmt das persönlich und vermutet, dass Herrn Maier ihre Art, die Gruppe zu leiten, nicht behagt. Entsprechend dieser Annahme spricht sie in vorwurfsvollem Ton: „*Immer wenn ich die Presseschau mache, kommen Sie zu spät, Herr Maier.*“ (Pauschalierung: Immer, wenn ich die ... = Hören auf dem Beziehungsohr)

Frau Pauls Absicht ist vielleicht, ein negatives Verhalten (die Verspätung) zu korrigieren. Herr Maier könnte jedoch einen **Vorwurf** verstehen, der in dem Gesagten mitschwingt, und als Reaktion **Schuldgefühle** bekommen. Vielleicht wird diese Aussage auch als **Drohung** erkannt und löst **Angst** vor Sanktionen aus. Wird sie als **Tadel** verstanden, könnte sie das **Selbstwertgefühl** verletzen. Herr Maier reagiert empört und setzt sich zur Wehr: „*Das hat doch nichts mit Ihnen zu tun, was wollen Sie eigentlich! Immerhin ist die Teilnahme freiwillig und Sie sollten froh sein, dass ich überhaupt komme.*“

Was ist hier passiert?

1. Frau Paul fühlt sich gekränkt, weil Herr Maier zu spät kommt.
2. Herr Maier empfindet ihren Tadel als Angriff auf seine Autonomie.

Wenn für Frau Paul die Autonomie des Patienten den Vorrang gehabt hätte, hätte die Situation wie folgt aussehen können:

Herr Maier kommt wieder zu spät zur Zeitungsschau. Frau Paul sagt zu ihm: „*Schön, dass Sie sich noch zur Teilnahme entschlossen haben. Wir haben zwar bereits begonnen, doch es ist für Sie sicher noch ein Zeitungsabschnitt vorhanden.*“

Oder:

„*Ich freue mich, dass Sie es doch noch geschafft haben, zur Zeitungsgruppe zu kommen.*“

Kommt Herr Maier tatsächlich regelmäßig zu spät, sollte Frau Paul ihn nach der Gruppe zu einem klärenden Gespräch bitten: „*Mir ist aufgefallen, dass Sie die letzten Male ca. zehn Minuten später in die Gruppe gekommen sind. Welche Umstände sind denn dafür verantwortlich? Was könnten Sie tun, um das zu ändern?*“

Oder:

„*Es ist schön, dass Sie regelmäßig an unserer Zeitungsschau teilnehmen. Vielleicht schaffen Sie es, die nächsten Male pünktlich zu kommen, damit wir gemeinsam beginnen können.*“

Oder:

„*Was können wir/Sie tun, damit Sie es schaffen, pünktlich in die Gruppe zu kommen?*“

Hier wird dem Patienten gegenüber zunächst Wertschätzung ausgedrückt. Weiterhin wird er sachlich auf sein Verhalten hingewiesen, erhält jedoch die Möglichkeit, sein Gesicht zu wahren und selbst eine Entscheidung zu treffen.

Werden die allgemeinen Normen der Interaktion und die Strukturen der Stationsabläufe eingehalten, so geht es dabei auch um ethische Prinzipien („... das tut man nicht“). Der Verstoß wird in der Regel sanktioniert anstatt durch die Eröffnung mehrerer Möglichkeiten für den Patienten korrigiert.

7.6.5 Wertschätzung vermittelt Sicherheit

Die Gruppenleitung hat zwar eine **erzieherische Aufgabe** (Edukation), indem sie darauf achtet, dass die Patienten die Verantwortung der Gruppe gegenüber bewusst wahrnehmen. Andererseits muss sie darauf achten, der Entscheidung des Patienten immer den Vorrang einzuräumen. Krankheitsbedingtes Verhalten respektieren und angemessen kor-

rigieren bedeutet, den Patienten wertzuschätzen, ihn zu begleiten und zu unterstützen. Einen Patienten für ein „Fehlverhalten“ zurechzuweisen, sollte „helfend“ und „fürsorglich“ geschehen. Ein Beispiel:

Ungünstige Variante:

Eine Patientin verweigert eine Maßnahme und sagt: „... das hat ja sowieso keinen Sinn, ich bin schon zu alt dazu, das lerne ich nicht mehr ...“

Pflegeperson: „... doch, das können Sie.“

Patientin: „... nein, das kann ich nicht und ich will es auch nicht!“

Pflegeperson: „... das schaffen Sie schon, jetzt fangen Sie mal an ...“

Zu empfehlende Variante:

Eine Patientin verweigert eine Maßnahme und sagt: „... das hat ja sowieso keinen Sinn, ich bin schon zu alt dazu, das lerne ich nicht mehr ...“

Pflegeperson: „... Sie glauben, dass Sie zu alt sind, um zu lernen?“

Patientin: „... nicht zu alt zum Lernen, aber ich will es nicht.“

Pflegeperson: „... wenn Sie das nicht wollen, welche Alternative gibt es im Augenblick?“

In diesem Beispiel muss die Patientin nicht befürchten, dass sie zu etwas genötigt wird, das sie nicht tun möchte. Ein Patient darf auch nicht befürchten müssen, für sein Verhalten öffentlich getadelt zu werden. Die Gruppenleiterin vermittelt ihm die Sicherheit, respektiert und anerkannt zu werden. Anders können vertrauensbildende Maßnahmen nicht greifen.

7.6.6 Recovery und Empowerment

Dr. phil. Franziska Rabenschlag

7

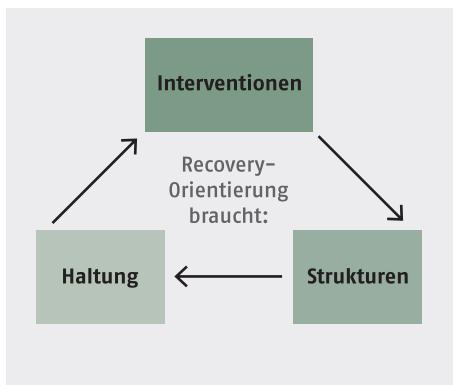
Die Begriffe Recovery und Empowerment

Recovery ist einerseits ein medizinischer Begriff, der die messbare und von Kliniken eingeschätzte Remission von Symptomen meint. Im psychiatrischen Rahmen meint Recovery andererseits den individuellen Prozess, in dem Menschen trotz und mit psychischen Problemen ein zufriedenes, zuversichtliches und aktives Leben führen können (Ameling 2007, Knuf, 2004). Zur Abgrenzung wird von einigen Autoren auch der Begriff „Personal Recovery“ verwendet. Recovery wurde als Ergänzung und Bereicherung des medizinischen und rehabilitativen Krankheitsmodells in der Psychiatrie empfohlen (APA 2005). Der Begriff ist mittlerweile international etabliert (franz.: rétablissement), jedoch aufgrund der Subjektivität nicht einheitlich definiert und ausreichend erforscht.

Recovery zielt auf die Steigerung der subjektiven Lebensqualität und Zufriedenheit trotz einer psychischen Erkrankung.

Mit dem Begriff Empowerment sind Strategien und Maßnahmen gemeint, die den Grad an Autonomie und Selbstbestimmung im Leben von Menschen oder Gemeinschaften erhöhen und es ermöglichen, Interessen (wieder) eigenmächtig und selbstverantwortlich zu vertreten und zu gestalten (Rappaport 1985).

Recovery und Empowerment entwickelten sich in englischsprachigen Ländern durch das engagierte Auftreten von Menschen, die selber eine psychische Erkrankung erfahren haben. Eine Form von Empowerment oder dem Gefühl eigener Stärke gehört somit zum Prozess Recovery.



• Abb. 7.8 Recovery-orientierte Praxis

Das Konzept Recovery

Das Konzept Recovery umfasst eine individuelle und prozesshafte Einstellung, welche Hoffnung oder Zuversicht, Selbstbestimmung oder Empowerment und das Wissen um Erkrankung sowie Behandlungsmöglichkeiten fördert will. Die Aktivierung persönlicher sowie gegenseitiger Hilfe durch den Einbezug von Peers oder Erfahrenen, d. h. Menschen, die selbst eine psychische Erkrankung erlebt haben bzw. auch Genesungsbegleiter sind, ist ein wichtiges Standbein einer recovery-orientierten Praxis (Rabenschlag & Needham 2011). Neben einem sinnhaften und zufriedenen Lebensgefühl gehören aber auch handfeste Möglichkeiten der Teilhabe im Arbeitsprozess dazu (Baer 2015).

Recovery-orientierte Praxis braucht Haltung, Strukturen und Interventionen.

Recovery ist keine pflegerische Maßnahme, jedoch können wir durch eine entsprechende Praxis dazu beitragen. Traditionell beginnt Recovery mit der Krankheitseinsicht der Betroffenen und mit dem Diagnostik- und Behandlungsauftrag der (nicht betroffenen) Professionellen, Pflegenden bzw. Fachpersonen. In einer recovery-orientierten Praxis beginnt Recovery mit der Unterstützung der Suche nach Sinnhaftigkeit und Lebensqualität, welche grundsätzlich für alle Menschen erstrebenswert sind (Slade 2012). Eine recovery-orientierte Praxis benötigt eine entsprechende Haltung der Professionellen, mit der angepasste Interventionen durchgeführt werden, aber auch entsprechende Strukturen, in denen diese möglich sind (• Abb. 7.8).

Haltung und Einstellung der Professionellen:

- Expertenstatus: Professionelle bemühen sich aktiv, die Perspektive der PatientInnen kennenzulernen und gleichberechtigte Zusammenarbeit in partnerschaftlichem Arbeitsstil zu finden (Kvrgic et al. 2012)
- Hoffnung: Zuversichtliche gesundheits-orientierte, empowernde Einstellung auch gegenüber langjährig bekannten Patientinnen und Patienten
- Akzeptanz subjektiver Erklärungsmodelle: individuelles Vokabular akzeptieren und in (standardisierten) Pflege- und Behandlungsprozess integrieren
- Reflektierte Einstellung zu Schutz und Autonomie, Risiko und Sicherheit

Interventionen

- Personenzentrierter Ansatz: individuelle Zielsetzung im Vordergrund
- Gemeinsame Zielerarbeitung, Pflege-, Behandlungsplanung, Erarbeitung eines Krisenpasses und Vorsorgebogens, gemeinsame Entscheidungsfindung (Loos et al. 2013), Patientenverfügung, Arbeiten mit Phasenmodellen
- Empfehlen und Verhandeln statt Bestimmen; Risiko und Sicherheit gemeinsam reflektieren
- Symptommanagement: keine Symptomfreiheit um jeden Preis, aber bestmögliche Interventionen zur Verfügung stellen wie u.a. Skills, Achtsamkeit, Motivierende Gesprächsführung, psychoedukative Gruppen, soziale Kompetenz und Beziehung, Angehörigengruppen, Trialog (Angehörige, Professionelle, Betroffene)

Strukturen

- Flexibles, transparentes Setting (z. B. aufgehängte Wochenpläne)
- Kleines Behandlungssteam
- Betroffenen-Vertreter im Team (Peer, Genesungsbegleiter)
- Partizipation und Inklusion bei Rapportgestaltung, Pflegeprozess, Behandlungsplanung (nicht mehr ohne Betroffene über sie reden), Behandlungskonferenzen (Aderhold et al. 2010), Einbezug von Angehörigen, Gemeinsame Entscheidungsfindung (Loos et al. 2013)
- Passende Materialien auflegen: Recovery-Prospekte und Webseiten, gesundheitsbezogene Informationen und solche zum Krankheitsmanagement, Dienste in der Umgebung (z. B. Selbsthilfe-Gruppen)

Kontaktdaten

Dr. phil. Franziska Rabenschlag, Pflegewissenschaftlerin, Direktion Pflege, MTD, Sozialdienst Abteilung Entwicklung & Forschung Pflege
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
Wilhelm Kleinstr. 27, CH-4012 Basel
Tel. +41 (0)61 325 54 89
E-Mail Franziska.Rabenschlag@upkbs.ch
<http://www.upkbs.ch>