# Borderline-Persönlichkeitsstörung:

# Recovery statt Stigmatisierung

**Handlungsperspektiven der Sozialen Arbeit nach dem Recovery Ansatz zur Förderung der Reintegrationsprozesse von Klientinnen und Klienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung**

**Luca Eva Kurt**

**Eingereicht bei: Dr. phil. Jan Willem Nieuwenboom**

Bachelor Thesis an der Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz, Basel

Eingereicht im Juni 2015 zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit

## Abstract

Psychische Krankheiten sind häufig von gesellschaftlichen Stigmatisierungen betroffen. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) wird zudem häufig auch von Fachkräften stigmatisiert. Die Betroffenen leiden meistens stark unter den Symptomen, die für Aussenstehende schwer nachvollziehbar sind. Bis in die 1990er Jahre galt die BPS als kaum behandelbar. In den letzten Jahren wurden mehrere störungsspezifische Behandlungskonzepte entwickelt, die heute eine erfolgreiche Behandlung ermöglichen. Dies ist nicht zuletzt der Recovery-Bewegung zu verdanken, die in den letzten Jahren weltweit zunehmend an Bedeutung in der psychiatrischen Versorgung gewonnen hat und eine wichtige Grundlage für die moderne Integrierte Psychiatrie bildet. Die Bearbeitung der sozialen Dimension und die Förderung der Reintegration gehören zu den Kernaufgaben der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie. Trotz moderner Konzepte werden diese Faktoren häufig unzureichend berücksichtigt, was einen erheblichen Einfluss auf die psychische Gesundheit haben kann.

Diese Arbeit befasst sich daher damit, wie die Integrationsprozesse nach stationären Klinikaufenthalten von Klientinnen oder Klienten mit einer BPS unter Berücksichtigung des Recovery-Ansatzes gefördert werden können und welche Handlungsperspektiven sich daraus für die Soziale Arbeit ergeben.

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung ..... 5
1.1. Themeneingrenzung und Erkenntnisinteresse ..... 7
1.2. Herleitung der Fragestellung und Zielsetzung der Arbeit ..... 9
1.3. Aufbau der Arbeit und methodisches Vorgehen ..... 10
2. Soziale Arbeit in der Psychiatrie ..... 11
2.1. Begriffsklärungen ..... 12
2.1.1. Soziale Arbeit als Profession ..... 12
2.1.1.1. Global Definition of the Social Work Profession 2014 ..... 13
2.1.1.2. Global Definition of the Social Work Profession 2001/2007 ..... 13
2.1.2. Das Gesundheitsverständnis der Sozialen Arbeit ..... 14
2.1.2.1. Das bio-psycho-soziale Modell ..... 15
2.1.3. Reintegrationsprozesse ..... 15
2.2. Arbeitsfeld Psychiatrie ..... 15
2.2.1. Entwicklungslinie der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie ..... 16
2.2.2. Zuständigkeit der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie ..... 16
2.2.2.1. Leistungsspektrum der Sozialen Arbeit ..... 17
2.2.3. Integrierte Psychiatrie ..... 18
2.2.3.1. Behandlungskontinuität ..... 18
2.2.3.2. Case Management ..... 19
2.2.3.3. Feld der vorliegenden Arbeit ..... 19
2.2.4. Fachsozialarbeit Gesundheit ..... 20
2.3. Zwischenfazit ..... 21
3. Der Recovery-Ansatz ..... 22
3.1. Begriffsklärung ..... 22
3.1.1. Historische Entwicklung und Bedeutung ..... 22
3.1.1.1. Begründer der Recovery-Bewegung ..... 23
3.1.2. Recovery Definitionen ..... 24
3.1.3. Abgrenzung zu Rehabilitation und Genesung ..... 26
3.2. Herausforderungen und Hindernisse ..... 26
3.2.1. Stigmatisierungen und Diskriminierungen ..... 26
3.2.2. Unheilbarkeit und Chronizität ..... 27
3.2.3. Evidenzbasierte Medizin ..... 27
3.3. Zwischenfazit ..... 28
4. Recovery-Ansatz und Soziale Arbeit ..... 29
4.1. Wertvorstellungen der Sozialen Arbeit ..... 29

4.1.1. Grundsätze der Sozialen Arbeit ..... 30
4.1.2. Grundwerte und ethische Prinzipien ..... 31
4.2. Recovery-Elemente ..... 31
4.2.1. Zieldimensionen und Elemente von Recovery ..... 32
4.2.2. Kernelemente von Recovery ..... 34
4.2.3. Wirkungsevidenz und Forschungsergebnisse ..... 35
4.2.4. Recovery orientierte Praxis in der Psychiatrie ..... 36
4.3. Recovery-Ansatz und Soziale Arbeit, Zieldimensionen und Ausrichtungen ..... 36
4.3.1. Zieldimensionen ..... 37
4.3.2. Ausrichtungen ..... 38
4.4. Zwischenfazit ..... 39
5. Reintegrationsprozesse von Menschen mit einer BPS ..... 40
5.1. Störungsbild ..... 40
5.1.1. Begriffsklärung ..... 40
5.1.1.1. Diagnostik ..... 41
5.1.1.2. Ätiologie ..... 42
5.1.2. Epidemiologie und Verlauf ..... 42
5.1.2.1. Komorbidität ..... 43
5.1.2.2. Behandlung und Prognose ..... 43
5.2. Soziale Arbeit und Umgang mit Betroffenen ..... 44
5.2.1. Geeignetes Setting ..... 44
5.2.2. Die Schwierigkeit, ein Arbeitsbündnis einzugehen ..... 44
5.2.3. Das Agieren ..... 45
5.2.4. Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene ..... 45
5.3. Recovery-Ansatz bei Menschen mit einer BPS ..... 45
5.3.1. Recovery-Kernelemente ..... 46
5.3.2. Empowerment ..... 47
5.3.3. Stigma Bewältigung ..... 50
5.3.4. Zwischenfazit ..... 52
6. Schlussfolgerungen ..... 52
6.1. Handlungsperspektiven für die Soziale Arbeit ..... 52
6.2. Beantwortung der Fragestellung ..... 54
6.3. Fazit und Ausblick ..... 56
Abbildungsverzeichnis ..... 58
Abkürzungsverzeichnis ..... 58
Literaturverzeichnis ..... 58
Ehrenwörtliche Erklärung ..... 62

# 1. Einleitung

Psychische Störungen zählen zu den häufigsten und einschränkendsten Krankheiten unserer Gesellschaft und werden von der WHO als eine der grössten Herausforderungen im Bereich *public health* angesehen. Internationalen Studien zufolge erkranken in der EU jährlich 38,3% der Bevölkerung an einer psychischen Störung, was ca. 164,7 Millionen Menschen entspricht (vgl. Schuler/Burla 2012: 8-10). In der Schweiz fühlen sich rund 18% der Bevölkerung mittel bis stark psychisch belastet. Folglich kann angenommen werden, dass bei ca. jeder sechsten Person eine psychische Störung vorliegt (vgl. ebd.: 24). Die damit verbundenen Kosten werden auf über 12 Milliarden Franken pro Jahr geschätzt (vgl. ebd.: 6). In den USA werden nach Pickett und Wilkinson (vgl. 2005: 83) mehr als die Hälfte der Bevölkerung im Verlauf ihres Lebens psychisch krank. 2003 wurden für deren Behandlung 100 Milliarden Dollar ausgegeben. In England wurden 2005 insgesamt 29 Millionen Rezepte für Antidepressiva ausgestellt, was das staatliche Gesundheitswesen 400 Millionen Pfund kostete (vgl. ebd.: 83).

Gravierend sind auch die Belastungen, denen die Betroffenen und ihre Angehörigen ausgesetzt sind. Psychische Störungen beeinträchtigen nicht nur die Lebensqualität und die Alltagsbewältigung, sondern wirken sich oftmals auf alle Lebensbereiche aus und können zu Suizid führen (vgl. Schuler/Burla 2012: 10). Die individuelle, gesellschaftliche und volkswirtschaftliche Bedeutung von psychischen Erkrankungen wird dennoch häufig unterschätzt. Insgesamt bleiben in Europa ca. ein Drittel aller psychischen Störungen unbehandelt, weil sie entweder nicht erkannt, oder bagatellisiert werden. Das Risiko für schwere Krankheitsverläufe, Chronifizierung, Komorbidität, soziale Isolierung und Suizidalität wird durch eine qualitativ unzureichende oder zu späte Versorgung deutlich erhöht (vgl. ebd.: 40).

In der Schweiz liessen sich 2007 insgesamt 5,3% der Bevölkerung aufgrund psychischer Beschwerden behandeln. Die Versorgungsangebote sind vorwiegend in ambulanten Arztpraxen, ambulanten oder teilstationären Institutionen, sozialmedizinischen Institutionen und stationären Kliniken in Anspruch genommen worden. Durch den Wandel der „klassischen stationären Psychiatrie“ hin zu einer „Integrierten psychiatrischen Versorgung“ in den letzten Jahren lässt sich eine deutliche Verschiebung der Nutzung ambulanter und stationärer Angebote verzeichnen (vgl. ebd.: 40f.). Diese Entwicklung wird auch Deinstitutionalisierungs-Bewegung genannt. Diese entstand als Folge weitreichender Reformen in der psychiatrischen Versorgung in den 1960er Jahren. Ursprünglich ging es dabei um die Verhinderung des „Anstaltssyndroms“, also der negativen Folgen von Hospitalismus. Dieser grenzte psychisch Kranke von der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben aus. Die Krankheit wurde als Mittel zum Zweck eingesetzt, um dem vorherrschenden Wunsch nach Ordnung und Disziplin

zu entsprechen (vgl. Amering/Schmolke 2012: 50). Mit den Reformen stand ein optimistischer Grundgedanke in Bezug auf Heilungschancen durch soziale Beziehungen im Vordergrund. Das Ziel der EnthospitalisierungvonLangzeitpatientInnen, damit ist die Wiederherstellung normalisierter Lebensumstände gemeint, entspricht auch heute noch der gängigen Praxis (vgl. Richter 2003: 82f.). Konkret geht es darum, verschiedene psychiatrische Versorgungsangebote im Sinne von integrativen Behandlungskonzepten möglichst optimal zu gestalten, indem die Aufgaben der vollstationären Psychiatrie auf alternative Hilfsangebote verteilt werden. Im Gegensatz zu der vollstationären Psychiatrie als totale Institution soll der Grad der Institutionalisierung möglichst gering gehalten werden. Entsprechend wird die Priorität in der Reihenfolge ambulante, komplementäre, teilstationäre, stationäre Massnahmen gesetzt. Die Förderung der Selbstständigkeit der Klientinnen oder Klienten steht dabei im Zentrum (vgl. Trost/Schwarzer 2005: 473f.).

Die Deinstitutionalisierung der Psychiatrie hat zu einer zunehmenden Differenzierung der Versorgungsangebote geführt, wodurch auch die damit verbundenen Anforderungen an die interprofessionelle und interorganisationale Kooperation an Komplexität gewonnen haben. Demzufolge hat auch die Bedeutung gesellschaftlicher Diskurse über die Entstehungsursachen, den Verlauf und die Behandlungsmöglichkeiten psychischer Störungen zugenommen (vgl. Trost/Schwarzer 2005: 16f.). In der Schweiz ist es über die letzten Jahrzehnte zu einer Zunahme ambulanter Angebote und einem starken Rückgang der Aufenthaltsdauer im stationären Versorgungsbereich gekommen (vgl. Frick 2010: 1). In der stationären Psychiatrie ist die Anzahl der Patientinnen und Patienten zwar stabil geblieben, seit 2002 hat die durchschnittliche Anzahl der Wiedereintritte pro PatientIn jedoch um 21,1% zugenommen. Diese Tendenz könne laut Schuler/Burla (vgl. 2012: 54) als Verbesserung der Integration der Behandlungskette interpretiert und somit als positive Entwicklung bewertet werden. Gleichzeitig lässt die Zunahme der Rehospitalisierungen im Fachdiskurs aber die Befürchtung einer „Drehtürpsychiatrie“ oder der Zunahme sogenannter „Heavy User“ aufkommen. In der Literatur gibt es diesbezüglich unterschiedliche Auslegungen. Von „Drehtürpsychiatrie“ wird gesprochen, wenn Klientinnen oder Klienten zu früh oder unzureichend stabil entlassen werden und als Folge davon kurze Zeit später wieder in eine psychiatrische Klinik eintreten müssen. Dies kann zu einem schwierigen Krankheitsverlauf führen (vgl. Schuler 2010: o.S.). Mit „Heavy User[n]“ sind Klientinnen oder Klienten gemeint, die durch eine intensive Nutzung der stationären Akutpsychiatrie übermässig viele Ressourcen in Anspruch nehmen und von einem chronischen Rehospitalisierungsverlauf betroffen sind.

Laut dem Forschungsergebnis von Frick (vgl. 2010: 3) sind in der Schweiz Menschen mit organisch psychischen Störungen, Schizophrenie und Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) am häufigsten von Drehtüreffekten und einem chronischen Rehospitalisierungsverlauf gefährdet. Zusätzliche Risikofaktoren stellen auch ein Erkrankungsbeginn bei Klientinnen

oder Klienten im Alter unter 30 Jahren und eine Ersthospitalisierung im Alter über 70 Jahren dar (vgl. ebd.: 3). Weil organische Störungen erst ab 65 Jahren häufig auftreten, gehört diese Erkrankung nicht der Höchstrisikogruppe für einen chronischen Rehospitalisierungsverlauf an (vgl. Schuler/Burla 2012: 79). Diese Gruppe ist zudem häufig von Stigmatisierungen und Diskriminierungen betroffen, die zu einem Gefühl der Demoralisierung, niedrigem Selbstwertgefühl und sozialem Rückzug führen können. Dies wiederum wirkt sich negativ auf die Integration in das gesellschaftliche Leben und somit auch auf das psychische Wohlbefinden aus (vgl. Rössler, März 2012: o.S.).

Trotz der Deinstitutionalisierungs-Bewegung und Bestrebungen hin zu einer modernen Integrieren Psychiatrie, hat sich diese Form der Versorgung in der Schweiz noch nicht etabliert.

Es gibt einzelne Kliniken, die bereits mit Integrieren-Konzepten arbeiten, aber diese bilden bisher eher die Ausnahme. Weiter geht aus den Forschungsergebnissen von Dällenbach et al. (vgl. 2010: 3) hervor, dass die soziale Dimension im Hinblick auf Reintegrationsprozesse zentral ist. Die Planung geeigneter Reintegrationsmassnahmen stellt eine komplexe Kernaufgabe der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie dar, die sich auf den weiteren Genesungsprozess der Klientinnen oder Klienten auswirkt (vgl. Sommerfeld et al. 2008: 77). Statistiken der WHO belegen, dass trotz moderner integrativer Konzepte gerade diese Behandlungsphase der Reintegration in der sozialen Psychiatrie unzureichend gelingt (vgl. Rössler, März 2012: o.S.). Es zeigt sich somit Handlungsbedarf in Bezug auf die Reintegration von Klientinnen oder Klienten nach stationären Psychiatrieaufenthalten, bei der die Soziale Arbeit gefordert ist.

## 1.1. Themeneingrenzung und Erkenntnisinteresse

Unter Berücksichtigung der bisherigen Datenlage sollen nachfolgend die Themenstellung eingegrenzt, sowie das Erkenntnisinteresse abgeleitet werden.

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, wie Schizophrenie oder BPS, leiden häufig am Stigma der Unheilbarkeit. Dieses wird nicht selten durch die Psychiatrie ausgelöst, die bei bestimmten Diagnosen ein Label vergibt, das durch die Zuschreibung eines chronischen Verlaufs mit schlechten Prognosen und eingeschränkten Behandlungsmöglichkeiten geprägt ist (vgl. Amering/Schmolke 2012: 63f.). Mit dem Unheilbarkeitssyndrom sind gleichzeitig die Ängste der Betroffenen verbunden, die durch die falsche Annahme der drohenden Hoffnungslosigkeit verstärkt werden. Die persönlichen Kräfte, die für die eigene Gesundheit arbeiten, werden durch die negativ belastenden Gefühle unterdrückt, wodurch ein Genesungsprozess verhindert wird (vgl. ebd.: 15). Laut Amering/Schmolke (vgl. ebd.: 15) muss diesem Unheilbarkeits-Mythos psychischer Erkrankungen dringend entgegengewirkt werden, damit die Aspekte der Gesundheit und Genesung in den Vordergrund rücken können. Die Chance für einen solchen Paradigmenwechsel bietet der Recovery-Ansatz (vgl. ebd.: 15).

Der Begriff *Recovery* lässt sich aus dem Englischen durch Gesundung, Genesung oder Wiederherstellung von Gesundheit übersetzen (vgl. Deegan 2011: o.S.). Die Bedeutung von Recovery unterscheidet zwei Bezugspunkte. Die erste, weitaus ältere Definition stammt aus der Medizin, bzw. der klassischen Psychiatrie und bedeutet die Reduktion von Symptomen und Behinderung. Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf die zweite Definition, die durch die Rehabilitation geprägt ist (vgl. Amering/Schmolke 2012: 92). Recovery in diesem Sinne stammt aus einer Bewegung von Betroffenen und Aktivistinnen der Psychiatrie-Szene der 1990er Jahre in den USA, die sich hauptsächlich damit beschäftigte, wie sich ein veränderter Umgang mit langandauernden, ungewissen psychischen Störungen entwickeln könnte. Sie fanden einen Weg, „trotz negativer Prognosen zu gesunden" (Deegan 2011: o.S.). Eine bekannte Vertreterin dieser Recovery-Bewegung ist Patricia Deegan. Sie beschreibt Recovery wie folgt: „Gesundung ist eine Haltung, eine Einstellung und ein Weg, die täglichen Herausforderungen anzugehen. Sie ist ein selbst gesteuerter Prozess, um Sinn und Zielsetzung ins Leben zurück zu gewinnen" (Deegan 2011: o.S.). Der Recovery-Bewegung schlossen sich bald Fachleute und Angehörige an, wodurch sich die Recovery-Orientierung international verbreitet und zunehmend im psychiatrischen Behandlungskontext an Bedeutung gewonnen hat. Staaten wie Neuseeland und die USA nutzen Recovery als neues Handlungskonzept, „das Gesundung für möglich hält und die Perspektive eines zufriedenen Lebens auch bei sogenannten ‚chronischen Patienten' nicht aus den Augen verliert" (Deegan 2011: o.S.). Eine umfassendere Erläuterung des Recovery-Begriffs folgt im Kapitel 3.

Weil der Recovery Ansatz aus der Rehabilitation stammt, eignet er sich gut für die Gestaltung von Reintegrationsprozessen. Gleichzeitig kann er auch bei schwerwiegenden psychischen Störungen genutzt werden. Dies soll in der vorliegenden Arbeit anhand der BPS aufgezeigt werden. Diese gilt als spezifische Form der BPS, die zusammen mit der Schizophrenie am häufigsten von einem negativen Krankheitsverlauf betroffen ist (vgl. Frick 2010: 3). Zweitere wird jedoch vor allem medikamentös behandelt, weshalb sich das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit auf die BPS beschränkt. Diese ist zudem besonders von der Hospitalisierungsgefahr betroffen, wodurch die Vermeidung eines chronischen Rehospitalisierungsverlaufs und „Drehtüreffekte" von zentraler Bedeutung sind.

Der Name BPS bezieht sich ursprünglich auf den Grenzbereich (Borderline) zwischen Psychose und Neurose, sowie deren Überschneidungen. Sie wird jedoch heute als eigenständige Störung betrachtet. In Europa leiden rund 2,5% der Bevölkerung an dieser Erkrankung, davon ca. zwei Drittel Frauen (vgl. Trost/Schwarzer: 2005: 175). Die BPS wurde lange Zeit als eine schizophrene Störung betrachtet. Sie galt bis in die 1990er Jahren als unheilbar. Zwischenzeitlich sind diverse krankheitsspezifische Behandlungskonzepte entwickelt worden. Heute ist die BPS behandelbar. Laut einer Studie erfüllen nach einer zehnjährigen Beobachtungsphase nur noch 10% der befragten Betroffenen die Kriterien einer BPS. Die

Prognosen der letzten Jahre haben sich nicht zuletzt dank dem Recovery- Ansatz geändert. Eine Heilung wäre nur mit einer „Defizit Psychiatrie“ alleine nicht möglich gewesen. Wichtige Faktoren bei BPS und Recovery sind nach Angaben der Betroffenen die Heilung und Integration (vgl. Gränicher 2007: o.S.). In Kapitel 5 wird ausführlicher auf die BPS eingegangen, die lange Zeit als unheilbar galt.

Der Recovery-Ansatz kann somit für beide Problemaspekte angewendet werden: für die Gestaltung der Reintegrationsprozesse, wie allenfalls auch für ein mögliches Behandlungskonzept in Kombination mit anderen Ansätzen. Daraus ergibt sich die Frage, wie sich der Recovery-Ansatz auf die Reintegrationsprozesse von Klientinnen oder Klienten mit BPS anwenden lässt. Das Erkenntnissinteresse bezieht sich in diesem Zusammenhang konkret auf die Handlungsoptionen der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie. Im folgenden Kapitel sollen darauf basierend die Fragestellung hergeleitet und die Zielsetzung formuliert werden.

## 1.2. Herleitung der Fragestellung und Zielsetzung der Arbeit

Anhand der erwähnten Datenlage kann davon ausgegangen werden, dass ein rein psychiatrisches Angebot nicht ausreicht, um die Reintegrationsprozesse von Klientinnen oder Klienten mit einer BPS nach einem stationären Aufenthalt zu fördern. Demnach bezieht sich der Recovery-Ansatz vorwiegend auf die Zeit nach dem stationären Aufenthalt, und weniger während. Die Soziale Arbeit kann dabei eine zentrale Rolle einnehmen, da die Gestaltung von Reintegrationsmassnahmen zu ihren Kernaufgaben gehört. Anders als Psychologen, Ärzte oder Pflegepersonal ist sie insbesondere für die soziale Dimension der psychischen Gesundheit zuständig. Neben der Suche geeigneter Anschlusslösungen, bzw. Wohnsituation, befasst sie sich auch mit anderen Faktoren wie Tagesstruktur oder Arbeit, Finanzen, Freizeitgestaltung, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, dem sozialen Umfeld und rechtliche Angelegenheiten. Unter Berücksichtigung der zuvor beschriebenen Deinstitutionalisierungs-Bewegung gewinnt die Entwicklung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie zunehmend an Bedeutung. Durch eine integrierte psychiatrische Versorgung, die mit der Deinstitutionalisierung einhergeht, könnte der Zuständigkeitsbereich der Sozialen Arbeit erweitert werden und ihre Funktion an Bedeutung gewinnen. Aus der Perspektive der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie ergeben sich zudem weitere Aufgaben in Bezug auf die Professionalisierung, wie das *Case Management* und die interdisziplinäre Kooperation. Der Recovery- Ansatz hingegen fällt nicht in den ursprünglichen Kompetenzbereich der Sozialen Arbeit, da dieser aus der Psychiatrie stammt. Aufgrund der gegebenen institutionellen Strukturen befassen sich die Psychologinnen und Psychologen der stationären Psychiatrie jedoch kaum mit den Reintegrationsmassnahmen der Klientinnen oder Klienten. Somit wird die Möglichkeit einer Recovery orientierten Reintegration nicht ausgeschöpft. Die vorliegende Arbeit befasst sich

damit, diese Lücke zu nutzen und theoretisch zu erfassen, um neue Handlungsperspektiven für die Soziale Arbeit zu gewinnen.

Die zuvor dargelegten Aspekte des Erkenntnissinteressens beziehen sich zusammenfassend auf die Reintegrationsprozesse nach stationären Klinikaufenthalten von Klientinnen oder Klienten mit einer BPS unter Berücksichtigung des Recovery-Ansatzes sowie den entsprechenden Handlungsperspektiven der Sozialen Arbeit. Durch die Literaturrecherche hat sich gezeigt, dass zu den einzelnen Themenaspekten bereits diverse Forschungsergebnisse und Fachliteratur vorhanden sind. Weniger erforscht ist jedoch, inwiefern der Recovery-Ansatz mit den Leistungszielen der Sozialen Arbeit kompatibel ist.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit besteht darin, herauszufinden, ob der Recovery-Ansatz auch als Ansatz für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie genutzt werden kann. Von der Annahme ausgehend, dass sich die zentralen Wertvorstellungen des Recovery-Ansatzes und der Sozialen Arbeit miteinander vereinbaren lassen, soll dargelegt werden, welche Gemeinsamkeiten sich in Bezug auf die Zielvorstellungen und Wirkfaktoren erkennen lassen. Anhand dieser Erkenntnisse soll aufgezeigt werden, welche Handlungsperspektiven der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie zur Verfügung stehen, um spezifische Elemente aus dem Recovery-Ansatz für die Förderung von Klientinnen oder Klienten mit einer BPS bei Reintegrationsprozessen zu nutzen. Daraus resultierend lässt sich folgende Hauptfragestellung ableiten:

***Wie können Reintegrationsprozesse nach stationären Psychiatrieaufenthalten von Klientinnen oder Klienten mit einer BPS vor dem Hintergrund des Recovery-Ansatzes gefördert werden und welche Handlungsperspektiven ergeben sich daraus für die Soziale Arbeit?***

Für die Beantwortung dieser Hauptfragestellung lassen sich folgende Unterfragen formulieren:

- Weshalb ist die Soziale Arbeit wichtig in der Psychiatrie?
- Was ist der Recovery-Ansatz?
- Inwiefern decken sich die Wertvorstellungen und Zieldimensionen der Sozialen Arbeit mit dem Recovery-Ansatz und welche gemeinsamen Ausrichtungen lassen sich daraus ableiten?
- Wie lassen sich die gemeinsamen Kernelemente auf die Reintegrationsprozesse nach stationären Klinikaufenthalten von Klientinnen oder Klienten mit einer BPS übertragen?
- Welche Handlungsperspektiven ergeben sich daraus für die Soziale Arbeit in der Integrierten Psychiatrie?

## 1.3. Aufbau der Arbeit und methodisches Vorgehen

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine Literaturarbeit. Das methodische Vorgehen besteht darin, die Fragestellung anhand wissenschaftlicher Literatur zu bearbeiten. Wei-

ter werden auch Dokumente, bzw. Filmmaterial, berücksichtigt, um die theoretischen Grundlagen aus der wissenschaftlichen Literatur anhand praktischer Beispiele zu illustrieren und somit eine Verbindung zwischen Theorie und Praxis herzustellen.

In der Einleitung wird die generelle Ausgangslage dargelegt, die sich auf die aktuelle Problemlage von psychischen Störungen und Reintegrationsprozessen nach stationären Klinikaufenthalten bezieht. Darauf basierend wird das Thema eingegrenzt, das spezifische Erkenntnisinteresse sowie die Zielsetzung formuliert, die Fragestellung hergeleitet, das methodische Vorgehen bestimmt und der Aufbau der Arbeit beschrieben.

Den Hauptteil der Arbeit bilden die Kapitel 2 bis 5, in denen die Unterfragestellungen bearbeitet werden. Die Begrifflichkeiten werden jeweils in den entsprechenden Kapiteln geklärt. In Kapitel 2 wird die Funktion der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie geklärt. Anschliessend werden in Kapitel 3 die Grundlagen des Recovery-Ansatzes erläutert. In Kapitel 4 wird aufgezeigt, inwiefern sich die Schlüsselwerte des Recovery-Ansatzes mit den Wertvorstellungen der Sozialen Arbeit decken und welche Gemeinsamkeiten oder Unterschiede sich in Bezug auf die Zieldimensionen und Ausrichtungen feststellen lassen. Darauf basierend sollen Kernelemente bestimmt werden, die für eine Förderung der Reintegrationsprozesse genutzt werden können. Diese werden in Kapitel 5 beschrieben, das sich mit dem Störungsbild und den Reintegrationsprozessen nach stationären Klinikaufenthalten von Klientinnen oder Klienten mit einer BPS befasst. An einem konkreten Fallbeispiel wird aufgezeigt, wie sich Recovery auf die Reintegration von Klienten mit BPS auswirken kann. Die daraus resultierenden Handlungsperspektiven für die Soziale Arbeit werden in Kapitel 6 dargelegt.

Durch die Bearbeitung der Unterfragstellungen werden neue Erkenntnisse gewonnen, die der Beantwortung der Hauptfragestellung dienen. Diese wird in Kapitel 6 beantwortet, das den Schlussteil der vorliegenden Arbeit bildet. Die wichtigsten Erkenntnisse aus dem Hauptteil werden zusammengefasst und kritisch reflektiert.

# 2. Soziale Arbeit in der Psychiatrie

Trotz interprofessionellen Handlungsansätzen der modernen Integrierten Psychiatrie wird laut Dällenbach/Sommerfeld/Rüegger (vgl. 2010: 3) die „soziale Dimension“ in der Behandlungs-planung oft unzureichend berücksichtigt. Ihren Studien zu „Dynamiken von Integration und Ausschluss“ zufolge sind es gerade die kulturellen und sozialen Determinanten, die für erfolgreiche Reintegrationsprozesse zentral sind (vgl. Sommerfeld/Calzaferri/Hollenstein 2006, zit. nach Dällenbach et al. 2010: 3). Die Soziale Arbeit ist für die soziale Dimension im Hinblick auf die Verursachung und Folgen psychischer Gesundheit verantwortlich (vgl. Sommerfeld et al. 2012: 9). Gelingt es während eines Aufenthaltes nicht, die sozialen Determinanten zu stabilisieren, sind Rückfälle und Zusammenbrüche zu erwarten (vgl. Dällenbach et al. 2010: 3). Insbesondere nach dem Austritt aus dem stationären Setting erwartet

viele Klientinnen oder Klienten eine kritisch-instabile Phase, da sie wieder mit spezifischen Bewältigungsaufgaben aus dem sozialen Umfeld konfrontieret werden, die bereits Teil der Problemdynamik vor dem Aufenthalt waren (vgl. ebd.: 9f.). Die Wahl der Reintegrationsmassnahmen kann den Genesungsprozess und somit auch die Gesundheit von Klientinnen oder Klienten mit psychischen Störungen beeinflussen und stellt eine anspruchsvolle Kernaufgabe der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie dar. Demzufolge sind eine sorgfältige Planung der Integrationsprozesse und ein umfassendes Verständnis der psychosozialen Dynamik eines Falls unabdingbar (vgl. ebd.: 9f.). Insbesondere in der „klassischen stationären Psychiatrie" gelingt dies oft nicht, da die Unterstützungsangebote in der Regel nach der Beendigung des Klinikaufenthaltes aufhören. Die Klientin oder der Klient ist nach dem Austritt wieder auf sich alleine gestellt, obwohl gerade dann die „kritische Phase" des Genesungsprozesses beginnt. Laut Untersuchungen von Sommerfeld et al. (vgl. 2008: 78) können sich gerade solche Koordinations- und Kontinuitätsprobleme in der interprofessionelle Kooperation negativ auf den Reintegrationsprozess und somit auf den weiteren Genesungsprozess auswirken.

In diesem Kapitel werden in einem ersten Teil einige Begriffe geklärt. Der zweite Teil, der sich auf das Arbeitsfeld der Psychiatrie bezieht, befasst sich näher mit der eingangs dargelegten Thematik.

## 2.1. Begriffsklärungen

Nachfolgend werden die Begriffe Soziale Arbeit als Profession, das Gesundheitsverständnis der Sozialen Arbeit und die Reintegrationsprozesse erläutert.

### 2.1.1. Soziale Arbeit als Profession

Die historischen Wurzeln der Sozialen Arbeit gründen auf zwei unterschiedlichen Traditionslinien (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 22). Diese bestehen einerseits aus der pädagogisch-erziehungswissenschaftlichen Linie der Sozialpädagogik, welche die Wurzeln für die heutige Kinder- und Jugendhilfe bildet und anderseits aus der Sozialarbeit, die für die sozial- und wirtschaftswissenschaftliche Tradition steht und als „Fürsorgewissenschaft" die Wurzeln der Sozialhilfe darstellt. Zu Beginn des 21. Jahrhunderts hat sich die Soziale Arbeit als neuer Leitbegriff etabliert, der die beiden Traditionslinien der Sozialpädagogik und Sozialarbeit integriert. Im Verlauf dieser Entwicklung ist es zu einer zunehmenden Expansion der Angebote gekommen, weshalb das Feld der Sozialen Arbeit heute durch Heterogenität und Vielfalt gekennzeichnet ist (vgl. ebd.: 28).

Im Weiteren bezeichnet die Soziale Arbeit sowohl eine Disziplin wie auch eine Profession. Während sich die Disziplin als vergleichbar junger Wissenschaftszweig im Wesentlichen mit der Untersuchung des Forschungsgegenstand der Sozialen Arbeit, dem Generieren von

spezifischem Wissen und der Sicherstellung einer akademischen Ausbildung befasst, bezieht sich die Profession auf das gesamte Praxissystem der Sozialen Arbeit. Dieses beinhaltet die Dienstleistungen, die Institutionen und Orte, wie auch die beruflich tätigen Professionellen der Sozialen Arbeit. Kennzeichnend für die Profession ist ihre Handlungsorientierung, wobei die Veränderung von Personen und Situationen im Vordergrund stehen. Ein grundlegender Unterschied zur Disziplin besteht darin, dass sich das professionelle Handeln auf das Ziel der Wirksamkeit ausrichtet und dem Kriterium der Angemessenheit genügen muss. Bei der Disziplin hingegen gilt Wahrheit und Richtigkeit als Zieldimension und das Validitätskriterium ist Widerspruchsfreiheit (vgl. ebd.: 22). Die vorliegende Arbeit bezieht sich grundsätzlich auf die Soziale Arbeit als Profession.

#### 2.1.1.1. Global Definition of the Social Work Profession 2014

Im Juli 2014 wurde an der Generalversammlung des IFSW (International Federation of Social Workers) und IASSW (International Association of Schools of Social Work) eine neue internationale Definition der Profession Soziale Arbeit angenommen (International Federation of Social Workers 2014: o.S.):

> *Social work is a practice-based profession and an academic discipline that promotes social change and development, social cohesion, and the empowerment and liberation of people. Principles of social justice, human rights, collective responsibility and respect for diversities are central to social work. Underpinned by theories of social work, social sciences, humanities and indigenous knowledge, social work engages people and structures to address life challenges and enhance wellbeing.*
>
> *The above definition may be amplified at national and/or regional levels.*

Eine offizielle deutsche Übersetzung dieser neuen Definition existiert derzeit noch nicht. Es ist jedoch eine gemeinsame Erarbeitung der deutschsprachigen Berufsverbände Österreich, Schweiz und Deutschland geplant.

Avenir Social Schweiz[1] ist gegenüber der neuen Definition kritisch eingestellt und weist darauf hin, dass es Zeit brauche, eine Definition zu implementieren und hat sich dafür ausgesprochen, die vorherige Definition von 2001/2007 beizubehalten, die erst im Jahr 2007 offiziell publiziert wurde. Sie bildet zudem Ausgangs- und Angelpunkt für sämtliche Grundlagen und Dokumente von Avenir Social Schweiz, die nach der neuen Definition sämtliche umgeschrieben werden müssen. Bei der Definition von 2007 hatte sich dieser Prozess über mehrere Jahre hinweggezogen (vgl. ebd.: o.S.).

#### 2.1.1.2. Global Definition of the Social Work Profession 2001/2007

[1] Dachverband und politisches Netzwerk der professionellen Sozialen Arbeit in der Schweiz

In der vorliegenden Arbeit muss also die Definition von 2007 ebenfalls berücksichtigt werden, da sie bis auf weiteres noch die Grundlage der Dokumente von Avenir Social bildet. Dazu gehören auch der Berufscodex sowie das Berufsbild der Professionellen Sozialen Arbeit in der Schweiz, die insbesondere in Bezug auf die Wertvorstellungen der Sozialen Arbeit relevant sind, mit denen sich das Kapitel 4 befasst. Avenir Social übersetzt die internationale Definition der Profession Soziale Arbeit der IFSW/IASSW-Definition von 2001/2007 wie folgt (vgl. ebd.: o.S.):

> *Die Profession Soziale Arbeit fördert diejenigen strukturellen sozialen Veränderungen, Problemlösungen in zwischenmenschlichen Beziehungen sowie Ermächtigung und Befreiung von Menschen, die dazu führen, das Wohlbefinden jedes Menschen zu verbessern. Indem sie sich sowohl auf Theorien menschlichen Verhaltens als auch auf Theorien sozialer Systeme stützt, vermittelt die Soziale Arbeit an den Orten, wo Menschen und ihre sozialen Umfelder aufeinander einwirken. Dabei sind die Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit für die Soziale Arbeit fundamental.*

Obwohl Avenir Social auch zu dieser Definition gewisse Kritikpunkte hat, sieht sie Vorteile gegenüber der neuen Definition. Entsprechend hält sie bei der Definition von 2001/2007 folgendes fest: „Sie ist sowohl aus wissenschaftlicher wie aus praktischer Sicht brauchbar, lässt genügend Spielraum und ist wertschätzend, klar und verständlich formuliert." (ebd.: o.S.)

### 2.1.2. Das Gesundheitsverständnis der Sozialen Arbeit

Nach Franzkowiak/Günther Homfeldt/Mühlum (2011: 59) sind Gesundheit und Krankheit „begrifflich-operational und empirisch schwer zu fassen". Eine allgemeine Definition von „Gesundheit" gibt es nicht. Die Festlegungen und Umschreibungen sind teils auch innerhalb der einzelnen Disziplinen umstritten (vgl. ebd.: 59).

In vielen Definitionen wird Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit als negative Bestimmung verstanden. Dem gegenüber steht die positive Deutung der Definition der WHO von 1946, die inzwischen zunehmend an Bedeutung gewonnen hat (vgl. ebd.: 60). Sie wird unten als bio-psycho-soziales Modell beschrieben.

Die Soziale Arbeit geht von einem bio-psycho-sozialen Gesundheitsverständnis aus (vgl. ebd.: 137). Für eine umfassende Bearbeitung der unterschiedlichen Dimensionen von Gesundheit ist eine interprofessionelle Zusammenarbeit notwendig. Um diese erfolgreich gestalten zu können, braucht es ein gemeinsames Bezugsmodell, das die verschiedenen Dimensionen und Teilzuständigkeiten erfasst (vgl. Obrecht 2006, zit. nach Dällenbach/Sommerfeld/Rüegger 2010: 6). Ein solches Bezugssystem ist im Gesundheitswesen das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit der WHO, das ausdrücklich die soziale Dimension des Phänomens eingeführt hat und die Gleichrangigkeit der drei Ebenen bio-psycho-sozial postuliert (vgl. Pauls 2004, zit. nach Dällenbach et al. 2010: 6).

#### 2.1.2.1. Das bio-psycho-soziale Modell

Die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1984, zit. Franzkowiak et al. 2011: 60) lautet wie folgt:

> *Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Freiseins von Krankheit oder Gebrechen. (...) Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist eines der Grundrechte jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.*

Die Definition macht auf die soziale Dimension aufmerksam und postuliert die Gleichrangigkeit der drei Ebenen bio-psycho-sozial (vgl. Pauls 2004, zit. nach Dällenbach et al. 2010: 6). Weiter werden in diesem Modell die biologische, psychische und soziale Ebene getrennt voneinander beschrieben. Einerseits ist diese operative Trennung notwendig, damit die einzelnen Systeme im Modell abgebildet werden können. Gleichzeitig führt sie dazu, dass die Dynamik zwischen den biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen nicht erkennbar ist. Diese ist jedoch für das Krankheitsgeschehen entscheidend. Dällenbach et al. (vgl. ebd.: 6) kritisieren am bio-psycho-sozialen Modell der WHO, dass die Dynamik dieser ineinander verwobenen Systeme nicht abgebildet werde. Er fordert stattdessen ein Modell, mit dem es gelingt „über die additive Auflistung von biologischen, psychischen und sozialen Wirkfaktoren für das Krankheitsgeschehen hinauszukommen“ (ebd.: 6). Als entsprechende Erweiterung des bio-psycho-sozialen Modells von Gesundheit und Krankheit schlägt er einen systemtheoretischen Zugang vor, der die Übergänge der Ebenen fokussiert (vgl. ebd.: 6).

### 2.1.3. Reintegrationsprozesse

Die Förderung der Integration gilt als allgemeines Ziel der Sozialen Arbeit (vgl. Sommerfeld/Rüegger 2012: 8). Bezogen auf das Arbeitsfeld der Psychiatrie gehört es zudem zu den Hauptaufgaben der Sozialen Arbeit, die Klientinnen oder Klienten nach stationären Aufenthalten bei ihrer Integration in die Gesellschaft zu unterstützen (vgl. ebd.: 9). Nach Sommerfeld und Rüegger sollen die Integrationsprozesse möglichst gelingend strukturiert und auch noch über den aktuellen stationären Aufenthalt hinaus begleitet werden. Dazu müssen die Integrationsbedingungen der Klientin oder des Klienten langfristig gesehen ummodelliert und die dazugehörige Problemdynamik verändert werden (vgl. ebd.: 9).

Die Krisen und sozialen Determinanten, die zu einem stationären Aufenthalt geführt hatten, stehen in unmittelbarer Verbindung mit den Reintegrationsprozessen nach dem Aufenthalt. Die Reintegration wird deshalb auch als „kritische Phase“ des Genesungsverlaufs bezeichnet (vgl. Dällenbach et al. 2010: 9).

## 2.2. Arbeitsfeld Psychiatrie

Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf die Profession der Sozialen Arbeit im Feld der Psychiatrie. Mit diesem Arbeitsfeld befasst sich dieses Kapitel. Zuerst wird ein kurzer Überblick der historischen Entwicklungslinie gegeben. Danach werden der Zuständigkeitsbereich der Sozialen Arbeit und die damit verbundenen Ziele beschrieben. Weiter wird das Arbeitsfeld der Integrierten Psychiatrie erläutert, das auch eine Konkretisierung und Verordnung des Felds der vorliegenden Arbeit beinhaltet und es wird Bezug auf die Fachsozialarbeit genommen.

### 2.2.1. Entwicklungslinie der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie

Seit ihrer Entstehung setzt sich die Soziale Arbeit mit Gesundheits- und Krankheitsprozessen sowie der sozialen Auswirkung davon auseinander (vgl. Sommerfeld/Rüegger 2012: 1). Die Entwicklungslinie der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen ist daher auf eine lange Tradition zurückzuführen. In der Psychiatrie kann die Soziale Arbeit ebenfalls auf lange sozialpädagogische und sozialarbeiterische Entwicklungslinien zurückblicken. Ihre Wurzeln bildeten ursprünglich Zucht- und Arbeitshäuser, die sich nach einer folgereichen Transformationsbewegung in „Irrenanstalten“ in die ersten Formen der institutionellen Psychiatrie umwandelten (vgl. ebd.: 1). In den 1970er Jahren zeichnete sich die zunehmende Auflösung der Anstaltspsychiatrie ab, auf die der damalige Durchbruch der Sozialpsychiatrie folgte. Damit einhergehend entwickelte sich die Soziale Arbeit zu einem integralen Bestandteil der Psychiatrie und sie gewann an grundlegender Bedeutung. Im internationalen Vergleich zeichnete sich diese jedoch in deutlich unterschiedlichen Formen aus. So erledigte die Soziale Arbeit im deutschsprachigen Raum vorwiegend an sie delegierte Aufträge, während sich bspw. in den USA bereits eine vollständig akademische Profession der *Clinical Social Work* entwickelt hat. Im deutschsprachigen Raum gehören die Sozialarbeitenden nicht selbstverständlich zum Kernteam, sondern werden bedarfsweise für konkrete Aufgaben beigezogen. Die Soziale Arbeit ist vorwiegend in die medizinische Strukturierung der Medizin eingebettet und unterliegt somit einer funktionalen Engführung. Ihr eigentlicher Aufgabenbereich lässt sich durch die Überbegriffe „Versorgung“ und „Behandlung“ charakterisieren. Durch die Delegation von Aufgaben an die Soziale Arbeit kann sie jedoch vorwiegend nur in der Rolle der „Versorgung“ tätig sein. Trotz dieser bescheidenen Ausschöpfung des Tätigkeitsbereichs gilt es zu berücksichtigen, dass sich die Soziale Arbeit zu einem integralen Bestandteil der Psychiatrie entwickelt hat und sich derzeit auf dem Weg Richtung vollständiger Aktualisierung und Professionalisierung befindet (vgl. ebd. 2).

### 2.2.2. Zuständigkeit der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie

Sommerfeld/Hollenstein/Calzaferri (2001, zit. nach Sommerfeld/Rüegger 2012: 8) beschreiben die Funktion der Sozialen Arbeit durch die Begriffe „Integration“ und „Lebensführung“.

Vor diesem Hintergrund ist die Soziale Arbeit in der Psychiatrie für die Bearbeitung der sozialen Dimension der psychischen Krankheit sowie für die Begleitung der Reintegration der Klientinnen oder Klienten in ihre Lebenswelt zuständig (vgl. ebd.: 9). Das zentrale Ziel der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie besteht darin, „die Integration der psychisch Kranken in die Gesellschaft zu unterstützen und zu begleiten" (ebd.: 9). Im Kapitel 2.1.3. wurden die Reintegrationsprozesse erläutert. Diese gelingend zu gestalten ist eine anspruchsvolle Aufgabe, die den weiteren Genesungsverlauf wesentlich beeinflussen kann. Sie verlaufen häufig noch unbefriedigend und deuten auf Handlungsbedarf hinsichtlich Optimierung hin.
Entsprechend dem bio-psycho-sozialen Gesundheitsverständnis müssen die biologische, psychische und soziale Dimension einer psychischen Krankheit berücksichtigt werden (vgl. ebd.: 9). Dieser komplexe Auftrag kann nur durch interprofessionelle Kooperation erfolgen, deutet damit aber gleichzeitig auf die Notwendigkeit der Sozialen Arbeit hin, die für die Bearbeitung der sozialen Dimension zuständig ist, und dass damit die interprofessionelle Kooperation auch von ihr abhängig ist. Um die damit verbundenen Aufgaben der Sozialen Arbeit wahrnehmen zu können, sind entsprechende organisationale Rahmenbedingungen notwendig. Diese beinhalten unter anderem die Überwindung der funktionalen Engführung der Sozialen Arbeit sowie die Gestaltung einer gleichberechtigten interprofessionellen Kooperation (vgl. ebd.: 11).
Die Expertise der Sozialen Arbeit muss zudem noch weiter entwickelt werden. Dies bezieht sich einerseits auf die soziale Diagnose und andererseits auf die darauf bezogene Intervention im eigenen „Integrieren Prozessbogen". Die Entwicklung solcher Instrumente und Verfahren ist ebenfalls notwendig. Für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie wurden entsprechende Entwicklungen bereits gemeinsam mit der Praxis vollzogen, zu denen erste Ergebnisse vorliegen (vgl. ebd.: 11).

#### 2.2.2.1. Leistungsspektrum der Sozialen Arbeit

Im Weiteren weist die Soziale Arbeit in der Psychiatrie ein sehr umfangreiches Leistungsspektrum auf, das zwischen den grundlegenden Funktionen der „Versorgung" und „Behandlung" unterscheidet (vgl. ebd.: 11). Diese beinhalten folgende Angebote:

**Die Perspektive der Versorgung**

Das „klassische" Angebot bildet der Kliniksozialdienst, Betreuung und Unterstützung der psychisch Kranken in deren Lebenswelt (betrifft tendenziell eher die USA und GB oder Konzepte der Sozialen Arbeit in der Gemeindepsychiatrie), Aufgabenbereich Koordination:

**Die Perspektive der Behandlung**

Psychosoziale Beratungsarbeit, Bearbeitung und Behandlung psychischer und sozialer Prozesse: Soziale Diagnose, Social Case Work, Sozialtherapie

### 2.2.3. Integrierte Psychiatrie

Die Entwicklung im Zusammenhang mit der sozialen Dimension hat dazu geführt, dass die Soziale Arbeit heute zu einem integralen Bestandteil der Psychiatrie geworden ist (vgl. Dällenbach et al. 2012: 2).

In Kapitel 2.2.1. wurde bereits auf die Entwicklungslinie der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie eingegangen. Die Integrierte Psychiatrie entstand als Folge der psychiatrischen Reformbewegung der 1970er Jahre und der damit verbundenen Deinstitutionalisierung. Dies bedeutet die Verabschiedung psychiatrischer Grosskliniken und institutionszentrierter Angebote.

Die Integrierte Psychiatrie lässt sich durch folgende Merkmale ihres Leitbildes charakterisieren: „patientenbezogen, kooperative und vernetzende Überwindung von Versorgungsbrüchen an Schnittstellen von ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgung und an den Übergängen der am Hilfeprozess beteiligten Leistungs- und Kostenträger“ (Greuel/Mennemann 2006, zit. nach Franzkowiak et al. 2011: 76).

Im Zuge der Deinstitutionaliserung gab es jedoch auch Kritikpunkte. So wurde die Veränderung der psychiatrischen Angebote auch durch ökonomische Motive geleitet, wie der Reduktion der hohen Kosten der vollstationären Unterbringung (vgl. Trost/Schwarzer 2013: 514). Durch die Verkürzung der Aufenthaltsdauer verlassen Klientinnen oder Klienten das stationäre Angebot oftmals in einem instabilen Zustand, was sich auf die nachfolgende Institution, wie bspw. sozialpsychiatrische Institutionen, auswirkt. Ihr Auftrag besteht nicht mehr in der Rehabilitation, sondern in der Stabilisierung. Bewohnern fehlt bei frühzeitiger Entlassung die Fähigkeit, Eigenverantwortung zu übernehmen (vgl. ebd. 514).

#### 2.2.3.1. Behandlungskontinuität

Ein zentraler Vorteil der Integrierten Psychiatrie ist die Behandlungskontinuität, die durch die Vernetzung der Angebote möglich ist.

Nach Trost und Schwarzer (vgl. 2013: 514) benötigt in der Regel ein Drittel der psychiatrischen Patientinnen und Patienten langfristige Betreuung. Dabei können kurzfristige Veränderungen in Bezug auf ihre soziale Situation oder ihr psychisches Wohlbefinden auftreten, auf die das Versorgungssystem flexibel reagieren sollte. Dies erfordert eine organisatorische Abstimmung, die Koordination und Organisation individueller Angebote sowie personale Konstanz und Kontinuität der Bezugspersonen (vgl. ebd.: 514).

Ergebnisse einer Arbeitsfeldanalyse in einer psychiatrischen Klinik von Hollenstein und Sommerfeld (vgl. 2010, zit. nach Dällenbach et al. 2012: 2) haben gezeigt, dass in der interprofessionellen Zusammenarbeit sowohl interne als auch externe Koordinations- und Kontinuitätsprobleme auftreten, die sich negativ auf die Reintegration sowie den weiteren Genesungsverlauf psychisch kranker Klientinnen oder Klienten auswirken. Speziell im Hinblick auf

die kritisch instabilen Phasen des Reintegrationsprozesses stellt sich die Kontinuität und Begleitung als notwendig heraus (vgl. ebd.: 3).

#### 2.2.3.2. Case Management

Zur Sicherung der Kontinuität kann auf die Methode des Case Managements zurückgegriffen werden, ein in der Integrierten Psychiatrie sehr verbreiteter und wesentlicher Bestandteil. (vgl. Trost/Schwarzer 2013: 515). Das Case Management kann insbesondere bei den sogenannten „Heavy User[n]", von Bedeutung sein. Die „SI-Patienten" (=Heavy User) sind oftmals von unterschiedlich belastenden Faktoren, wie sozialen und institutionellen Ängsten, Schamgefühlen oder Traumatisierungen betroffen, die zwar eine hohe Behandlungsbedürftigkeit aufweisen, sich jedoch in einer Ablehnung von Behandlungsangeboten und -abbrüchen bemerkbar machen. Entsprechend gross ist die Herausforderung, für diese Klientinnen oder Klientengruppe die geeignete Versorgung zu finden. Das Case Management stellt eine hilfreiche Methode dar, um die komplexen bio-psycho-sozialen Problemlagen der „SI-Patienten" umfassend zu bearbeiten und eine „kontinuierliche, flexible, individuelle und synchronisierte Hilfeleistung zu bieten" (Raupp et al. ebd.: 63).

Die Ziele des Case Managements sind die Erhaltung des gewohnten Umfelds des erkrankten Menschen, die soziale Einbettung, die Vermeidung von Chronifizierung, die Stärkung sozialer Fertigkeiten, die soziale und berufliche Integration sowie die Teilnahme und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Es wird zudem eine Verbesserung der Lebensqualität hinsichtlich folgender Lebensbereiche angestrebt: „Wohnen, Arbeit/Beschäftigung (Tagesstruktur), Freizeit, soziale Beziehungen (Familien, Kollegen/Freunde), Teilnahme an der Gesellschaft, Gesundheit (körperlich, psychisch), Sinn/Werte, Selbstsorge (Haushalt, Ernährung, Körperpflege, Finanzen/Administration)." (ebd.: 65).

#### 2.2.3.3. Feld der vorliegenden Arbeit

Im Folgenden wird das konkrete Feld für die vorliegende Arbeit bestimmt und die zentralen Überlegungen dazu aufgeführt.

Trotz umfassendem Leistungsspektrum der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie wird der Bereich der Nachsorge kaum abgedeckt (vgl. Kap. 2.2.2.1). Nach Dällenbach et al. (vgl. 2010: 3) stellt aber gerade dieser eine besondere Herausforderung dar, da die Klientinnen oder Klienten während der kritisch instabilen Phasen nach dem Aufenthalt besonders von Rückfällen gefährdet sind. Es ist daher von zentraler Bedeutung, die nötigen Stabilisierungsbedingungen wie bspw. materielle Sicherheit oder eine gesicherte Nachsorge zu schaffen. Zudem ist an dieser Schnittstelle die Kontinuität der Begleitung von grosser Bedeutung. Nach dem Austritt ist diese Begleitung jedoch nach dem klassischen Leistungsspektrum der Sozialen Arbeit nicht mehr gewährleistet, obwohl die kritischen Phasen gerade dann wichtig sind

(vgl. Dällenbach et al. 2012: 3). Für komplexe Fälle können Nachbesprechungen angeboten werden (vgl. ebd.: 13). Diese scheinen jedoch kaum die nötige Betreuungsform abdecken zu können, wenn es sich um kritische Phasen handelt (vgl. ebd.: 3).

Grundsätzlich könnte der oder die zuständige SozialarbeiterIn im Leistungsspektrum „Betreuung und Unterstützung der psychisch Kranken in deren Lebenswelt" tätig werden (Sommerfeld/Rüegger 2012: 3). Da es sich um das Arbeitsfeld der Integrierten Psychiatrie handelt, wäre eine Nachbetreuung durch den oder die aktuelle SozialarbeiterIn auch über ein anderes Angebot hinweg denkbar, bspw. ambulante oder teilstationäre Versorgung. Voraussetzung dafür wäre, dass sich SozialarbeiterInnen in diesem Leistungsspektrum bewegen können. Entsprechend den konzeptionellen Grundlagen der Integrierten Psychiatrie, die für Personenorientierung und Betreuungskontinuität stehen, müsste dies möglich sein. Ein wesentlicher Punkt, der bei der Klärung der Zuständigkeiten berücksichtigt werden muss, stellt das Case Management dar. Dies könnte entweder durch eine externe Stelle, bspw. einem Gemeindesozialdienst, in der Integrierten Psychiatrie durch eine andere Person, oder durch die Sozialarbeitenden selbst erfolgen. Für die Klärung der Zuständigkeit muss dies berücksichtig werden. Für die vorliegende Arbeit ist zentral, dass die Zuständigkeit der mit einem Fall betrauten Sozialarbeitenden nicht eingeschränkt wird. Ihre Aufgaben aus dem Leistungsspektrum „Betreuung und Unterstützung der psychisch Kranken in deren Lebenswelt" sind mit denjenigen des Case Managers kompatibel und weisen Ähnlichkeiten auf. Somit wären beide Optionen denkbar. Grundsätzlich wird jedoch nicht spezifisch auf die Aufgaben des Case Managers eingegangen, allenfalls werden diese punktuell beigezogen.

Anhand dieser Überlegungen lässt sich folgendes festhalten:

Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf die Profession der Sozialen Arbeit im Feld der Integrierten Psychiatrie. Der Aufgabenbereich lässt sich unter dem Aspekt des Leistungsspektrums „Betreuung und Unterstützung der psychisch Kranken in deren Lebenswelt" konkretisieren, der sich zeitlich nach dem Austritt des stationären Aufenthalts verordnen lässt.

### 2.2.4. Fachsozialarbeit Gesundheit

Seit ihrer Entstehung beschäftigt sich die Soziale Arbeit mit Gesundheits- und Krankheitsprozessen. In Anlehnung an Sting und Zurhorst (2000, zit. nach Klinische Sozialarbeit o.J.) können folgende Bezugspunkte zwischen Gesundheit und Sozialer Arbeit skizziert werden:

- *Gesundheitliche Probleme als Begleiterscheinung von sozialen Problemen*
- *Veränderung des Krankheitsspektrums, die eine interdisziplinäre, die gesamte Lebensweise berücksichtigende Bearbeitung erfordert*
- *der Wechsel zu einem positiven Gesundheitsverständnis, das Ansätze einer sozialarbeiterischen Gesundheitsförderung nahe legt*

Die Anforderungen an die Soziale Arbeit sowie die Qualifizierungsanforderungen an die Fachkräfte verändern sich mit zunehmender Komplexität und wechselndem Schwierigkeits-

grad. Die komplexen gesundheitlichen Problemlagen, die durch die Dynamik biologischer, psychischer und sozialer Dimensionen gekennzeichnet sind, bilden den Weg, um die Soziale Arbeit als Fachsozialarbeit zu etablieren (Franzkowiak et al. 2011: 174). Neben Gesundheit und Krankheit nehmen die Anforderungen auch in anderen Bereichen zu, wie in Sozialinformatik, Sozialmanagement und Sozialberatung, denen ebenfalls eine klientelbezogene Arbeit mit klinisch-sozialer Ausrichtung angehört. Derzeit wird jedoch kontrovers diskutiert, ob Generalisten oder Spezialisten den zukünftigen Anforderungen gerecht werden (vgl. ebd.: 176). Mit der zunehmenden Vielfalt der Anforderungen an die Soziale Arbeit erhöht sich auch die Bedeutung der Spezialisierung und Höherqualifizierung (vgl. ebd.: 179).

Klinische Sozialarbeit übernimmt bei der Etablierung der Qualifikationsstufe als Fachsozialarbeit eine Vorreiterrolle. Sie bewegt sich sowohl im wissenschaftlichen Diskurs der Lehrenden und in der Forschung wie auch im klinisch-sozialen Profil der Master-Ausbildung (Franzkowiak et al. 2011).

Die Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit beschreibt ihre wesentlichen Merkmale wie folgt (Zemtralstelle für Klinische Sozialarbeit o. J.):

> *Klinische Sozialarbeit ist eine gesundheitsspezifische Fachsozialarbeit (‚klinisch' bedeutet ‚behandelnd'). Ihr generelles Ziel ist die Einbeziehung der sozialen und psycho-sozialen Aspekte in die Beratung, (sozio-)therapeutische Behandlung und psycho-pädagogische Unterstützung von gesundheitlich gefährdeten, erkrankten und (vorübergehend oder dauerhaft) behinderten Menschen. Fokus ist die Person-in-ihrer-Welt (person-in-environment) im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Verständnisses von Gesundheit, Störung und Krankheit.*

## 2.3. Zwischenfazit

Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf die Profession der Sozialen Arbeit im Feld der Integrierten Psychiatrie. Der Aufgabenbereich lässt sich unter dem Aspekt des Leistungsspektrums „Betreuung und Unterstützung der psychisch Kranken in deren Lebenswelt" konkretisieren, der sich zeitlich nach dem Austritt des stationären Aufenthalts verordnen lässt.

Zusammenfassend lassen sich aus diesem Kapitel folgende zentrale Erkenntnisse festhalten: Die Soziale Arbeit ist sowohl eine Profession, als auch eine Disziplin. Ihre historischen Wurzeln lassen auf eine sozialpädagogische und sozialarbeiterische Entwicklungslinie zurückblicken. Die Soziale Arbeit bezieht sich zudem auf ein bio-psycho-soziales Gesundheitsverständnis, das alle diese 3 Dimensionen berücksichtigt.

Die Soziale Arbeit in der Psychiatrie kann ihre Aufgaben trotz langer historischer Tradition noch nicht zufriedenstellend ausschöpfen, da sie zuerst die funktionale Engführung überwinden muss, die sich vorwiegend der Struktur der Medizin anpasst. Soziale Arbeit unterscheidet 2 wesentliche Aufgabenschwerpunkte, die Versorgung und die Behandlung, von denen sich ein umfassendes Leistungsspektrum mit Aufgaben ableiten lässt. Die Planung von Rein-

tegrationsprozessen fällt in den Gegenstandsbereich der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie und gehört somit zu ihren Kernaufgaben. Reintegrationsprozesse können erhebliche Auswirkungen auf den Genesungsverlauf und somit auch auf die psychische Gesundheit der Klientinnen oder Klienten haben. Die Bearbeitung der sozialen Dimension von Gesundheit gehört ebenfalls zu den Kernaufgaben der Sozialen Arbeit. Sie wird in der Behandlungsplanung oftmals unzureichend berücksichtigt.

Die „Integrative Psychiatrie" hat einen wichtigen Beitrag der Professionalisierung der Sozialen Arbeit geleistet. Sie entstand als Folge der Psychiatriereform in den 1970er Jahren und zeichnet sich unter anderem durch Patientenorientierung, Gemeindenähe, Betreuungskontinuität und dem Prinzip „ambulant vor stationär" aus. Ein wesentlicher Bestandteil bildet das Case Management, durch das Behandlungskontinuität gefördert wird und das auch bei Klientinnen oder Klienten, die schlecht auf die Behandlungsangebote ansprechen, erfolgreich angewendet werden kann. Die Etablierung von Fachsozialarbeiten im Gesundheitswesen ist für die Soziale Arbeit zentral, da diese sich mit komplexeren gesundheitlichen Problemlagen von Klientinnen oder Klienten beschäftigen. Insgesamt zeichnet sich zudem eine zunehmende Vielfalt der Anforderungen an die Soziale Arbeit ab. Während die Klinische Sozialarbeit als Vorreiter gilt, hat sich auch eine generalistische Fachsozialarbeit für Gesundheit entwickelt.

# 3. Der Recovery-Ansatz

In den letzten Jahren hat der Recovery-Ansatz bei schweren psychischen Erkrankungen zunehmend an Bedeutung gewonnen. Weltweit haben diverse Staaten wie Kanada, England, Ohio oder Neuseeland die Recovery-Orientierung in ihr Versorgungssystem integriert (vgl. Amering/Schrank 2012: 45). In diesem Kapitel wird aufgezeigt, was unter dem Recovery-Ansatz zu verstehen ist. Zuerst wird der Begriff *Recovery* geklärt, danach werden damit verbundene Herausforderungen und Hindernisse aufgezeigt.

## 3.1. Begriffsklärung

Im Folgenden wird der Recovery-Begriff geklärt, indem seine Entwicklung und Bedeutung dargelegt wird, sowie wichtige Begründer genannt werden, auf unterschiedliche Definitionen eingegangen und eine Abgrenzung zu den Begriffen Rehabilitation und Genesung vorgenommen wird.

### 3.1.1. Historische Entwicklung und Bedeutung

Der Recovery-Begriff hat eine lange Geschichte im medizinischen Diskurs. Ursprünglich bezeichnete er die Reduktion von Symptomen und Behinderungen (vgl. Amering/Schmolke 2012: 12). In den frühen 1990er Jahren wurde der Begriff Recovery in der Rehabilitation ge-

prägt, wobei Recovery als individueller Prozess mit subjektiven Werten und Lebenszielen beschrieben wurde (vgl. ebd. :12). Durch die damalige Recovery-Bewegung wurde deutlich, dass professionelle Unterstützung das Ziel haben sollte, die Ganzheit der Person in Zusammenarbeit mit dem Individuum zu berücksichtigen, anstatt sich nur mit der Krankheit und der Verbesserung der Funktionsfähigkeit zu beschäftigen (vgl. Amering/Schmolke 2012: 12).
Die Recovery-Bewegung wurde Anfang der 1980er Jahre in den USA von Menschen gegründet, die an schweren psychischen Krankheiten litten und lange als unheilbar krank galten, aber trotz dieser negativen Diagnose gesundeten (Deegan 2011: o.S.).
Diese Betroffenen-Bewegung richtete sich gegen die damalige defizitorientierte psychiatrischen Behandlungspraxis (vgl. Amering/Schmolke 2012: 21). Schon bald schlossen sich ihr Angehörige und Fachleute an, die zusammen mit den Betroffenen verschiedene Interessengruppen bildeten (vgl. ebd.: 23). Durch die Betroffenen-Bewegung hat der Recovery-Begriff ine neue Bedeutung erhalten, bei der es nicht darum geht, in einen prämorbiden Zustand zurückzukehren, sondern um das persönliche Wachstum (vgl. ebd.: 25).
Zuvor wurde von den Betroffenen entsprechend dem defizitorientierten Behandlungsverständnis vorwiegend Vermeidung und Anpassung gefordert, was oft in Stigmatisierungen endete. Peer-Erfahrungen und Recovery-Orientierung machten deutlich, wie heilsam ein anderer Weg ist, „der Weg der Auseinandersetzung und des Austausches“. Erfahrungen nicht verheimlichen und tabuisieren zu müssen, sondern teilen zu können, gilt als wesentlicher Schritt auf dem Recovery-Weg (vgl. Pro Mente Sana Schweiz o.S.).
Die Erkenntnisse der Betroffenen-Bewegung und der strikte Einfluss praktischen Wissens sind für das heutige Verständnis von Recovery zentral (vgl. Amering/Schmolke 2012: 21). In der gemeinsamen Zusammenarbeit bringen Betroffene, Angehörige und professionelle Fachkräfte durch persönliche Erfahrungen sowie durch nutzergeleitete und -kontrollierte Forschungsergebnisse ihre jeweilige Expertise mit ein. Auf dieser Grundlage soll bei zukünftigen Entwicklungen von psychosozialen Diensten gegen Stigmatisierungen, Diskriminierungen und Ungleichheiten angekämpft werden. Zentrale Aspekte dabei sind die Werte der Personenorientierung, Entscheidungsfreiheit, Selbstbestimmung und Wachstumspotential (vgl. Amering/Schmolke 2012: 21 f.).

#### 3.1.1.1. Begründer der Recovery-Bewegung

Wichtige Begründer der Recovery-Bewegung sind unter anderem Dan Fisher, Patricia E. Deegan, Helen Glover, Ron Coleman, Mary Ellen Copeland und Dorothea Buck. Indem sie ihren eigenen Recovery-Prozess öffentlich machten, konnten sie andere Betroffene ermutigen, gegen ihre negative Diagnose anzukämpfen. Die Begründer haben ihre eigenen Erfahrungen für andere nutzbar gemacht und konnten ihnen somit aufzeigen, wie sie Vertrauen in

sich aufbauen und zu einer aktiven Teilhabe am Leben gelangen können (vgl. Pro Mente Sana Schweiz o.S.).

Patricia E. Deegan gilt als eine der aktivsten und bekanntesten Vertreterinnen der Recovery-Bewegung in den USA. Mit 18 Jahren erhielt sie die Diagnose „Chronische Schizophrenie". Ihr damaliger Psychiater verglich die Krankheit mit Diabetes und erklärte, dass sie möglicherweise gut damit leben könne, wenn sie für den Rest ihres Lebens Stress vermeiden und Medikamente einnehmen würde. Mit dieser negativen Prognose wurden all ihre Lebensziele, Träume und Hoffnungen schlagartig zerstört. Sie sah ihre Zukunft durch das Label „Schizophrenie" besiegelt und es gelang ihr erst viele Jahre später, das Unheilbarkeits-Stigma zu überwinden (vgl. Amering/Schmolke 2012: 122). Sie beschreibt Recovery dabei als „eine Haltung, eine Einstellung und einen Weg, die täglichen Herausforderungen anzugehen. Es ist ein selbst gesteuerter Prozess, um Sinn und Zielsetzung ins Leben zurückzugewinnen" (Deegan 2011: o.S.). Heute ist Deegan als Psychologin, unabhängige Beraterin, Fortbildungsleiterin und weltweit erfolgreiche Forscherin tätig. Sie hat zahlreiche Selbsthilfestrategien entwickelt, um Menschen in ihrem Recovery-Prozess zu unterstützen (vgl. Amering/Schmolke 2012: 121). Für Deegan sind Hoffnung und die Überzeugung, Menschen mit psychischen Krankheiten nicht auf ihre Diagnose zu reduzieren, sondern sie in erster Linie als Menschen zu sehen, die wichtigsten Recovery-Elemente (vgl. ebd.: 124).

### 3.1.2. Recovery Definitionen

Im Englischen Wörterbuch findet sich die folgende Übersetzung des Begriffs „Recovery": „Erholung, Besserung, Genesung, Gesundung, Bergung, Rettung, Rückgewinnung, Wiedergewinnung, Wiederfinden." Eine befriedigende Übersetzung existiert jedoch nicht (vgl. Amering/Schmolke 2012: 17). Auch ist noch nicht bekannt, ob der englische Recovery-Begriff in anderen Sprachen übernommen wird, oder ob diese eine eigene Definition entwickeln (vgl. ebd.: 23).

In der Literatur werden häufig 2 grundsätzliche Auslegungen von Recovery unterschieden (Amering/Schmolke 2012: 12):

1. „die Reduktion von Symptomen und Behinderungen (klinisches Verständnis)
2. die Erfolge und Bemühungen mit oder trotz psychischer Probleme Behinderungen, Abfälligkeiten oder Besonderheiten ein selbstbestimmtes und ausgefülltes Leben zu führen (rehabilitatives Verständnis)"

Die erste Definition stammt aus dem medizinischen Bereich, der sich an messbaren und „objektiven" Kriterien orientiert. In diesem traditionellen klinischen Verständnis wird Recovery von einer Krankheit als ein Ziel definiert. Im medizinischen Diskurs liegt dem Recovery-Begriff eine lange historische Entwicklung zugrunde.

Die zweite Definition hingegen entstand Anfang 1980er Jahre aus einer Betroffenen-Bewegung. Sie gab Recovery eine völlig neue Bedeutung, die von einem rehabilitativen Ver-

ständnis geprägt ist. Im Gegensatz zum klinischen Verständnis bezeichnet die neue Definition Recovery als einen Prozess, der unabhängig von Symptomen zu einem selbstbestimmten und sinnhaften Leben führt. Die Unterscheidung zwischen Ergebnis (Ziel) und Prozess wird als zentraler Faktor für die Begriffsabgrenzung betrachtet und trägt zu einer Grundsatzdiskussion über die Entwicklung und Ergebnismessung in der Recovery orientierten Psychiatrie. Die vorliegende Arbeit bezieht sich, sofern nicht anders vermerkt, auf die zweite Auslegung von Recovery.

Eine in der Literatur häufig zitierte Definition stammt von William Anthony (vgl. Amering/Schmolke 2012: 25).

In seiner Definition von 1993 beschreibt er Recovery wie folgt:

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

Eine weitere bekannte Definition stammt von Patricia E. Deegan: „Recovery zielt nicht auf ein Endprodukt oder ein Resultat. Es bedeutet nicht, dass man ‚geheilt' oder einfach stabil ist. Recovery beinhaltet eine Wandlung des Selbst, bei der einerseits die eigenen Grenzen akzeptiert werden und andererseits eine ganze Welt voller neuer Möglichkeiten entdeckt wird. Dies ist das Paradoxe an Recovery: „Beim Akzeptieren dessen, was wir nicht werden tun oder sein können, beginnen wir zu entdecken, wer wir sein können und was wir tun können. Recovery ist eine Art zu leben" (Patricia E. Deegan, 1996, zit. in Pro Mente Sana, 2009:).

Nach Amering (vgl. 2012: 25) gilt diese als eine der ersten Definitionen, welche die neue Bedeutung von Recovery zutreffend erfassen konnte.

Amering und Schmolke (vgl. 2012: 34) geben eine Übersicht unterschiedlicher Recovery-Definitionen und weisen darauf hin, dass bezüglich der Bedeutung dieses Begriffs keine Einigkeit herrsche. Die AutorInnen kommen zum Schluss, dass die Enttäuschung über den Mangel an strikten Bestimmungen durch die Freude an der Themenvielfalt übertroffen werden sollte. Unumstritten sei jedoch, dass der Schutz vor Diskriminierung sowie das Recht auf Partizipation und Selbstbestimmung als wesentliche Bedingungen für Recovery gelten. Für eine Definition lässt sich nach Amering und Schmolke (ebd.: 34) zusammenfassen, „dass es bei Recovery um die Entwicklung aus den Beschränkungen der Patientenrolle heraus hin zu einem selbstbestimmten, sinnerfüllten Leben innerhalb der Gesellschaft geht. Es handelt sich daher meist um individuelle fortlaufende Prozesse, die sich an den Werten und Zielen orientieren, die für den betroffenen Menschen wesentlich sind."

### 3.1.3. Abgrenzung zu Rehabilitation und Genesung

Deegan weist auf eine wichtige Unterscheidung zwischen Recovery und Rehabilitation hin (vgl. ebd.: 130). Im Unterschied zum Rehabilitations-Konzept zeichne sich das Recovery-Konzept dadurch aus, dass Menschen verantwortlich für ihr eigenes Leben sind und einen eigenen Standpunkt in Bezug auf ihre Krankheit vertreten.

Demzufolge müsse berücksichtigt werden, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen keine passiven Objekte sind und niemand über die Macht verfügt „das Leben eines anderen zu rehabilitieren" (Deegan 1966, zit. nach Amering/Schmolke 2012: 130). Deegan versucht sich gegen die erdrückende Konnotation des Rehabilitations-Begriffs zu wehren und zitiert zur Verdeutlichung folgende Redewendung: „Man kann ein Pferd zum Wasser führen, aber man kann es nicht zum Trinken bringen." (vgl. ebd.: 130)

Nach dem Grundsatz „person first" fordert Deegan, immer primär die Person zu nennen und die Diagnose(n) nicht zu personifizieren, also bspw. zu sagen: „Ich bin eine Person mit der Diagnose Schizophrenie." Und nicht: „Ich bin ein Schizophrener." Dies solle daran erinnern, dass Betroffene trotz Diagnose Menschen sind und selbstbestimmt sagen können, was sie beschäftigt (vgl. ebd.: 130).

Eine weitere Unterscheidung gilt es in Bezug auf den Genesungs-Begriff vorzunehmen.

Unter Recovery versteht Deegan nicht nur die Genesung von einer Krankheit, sondern auch bspw. die Überwindung von Diskriminierung, Armut etc. Recovery beziehe sich nicht auf ein Endresultat, sondern bedeute einen Prozess, eine Möglichkeit oder Einstellung, den gewöhnlichen Herausforderungen zu begegnen. Recovery bedeute daher nicht, dass ein Mensch geheilt oder stabilisiert ist (vgl. ebd.: 131).

## 3.2. Herausforderungen und Hindernisse

Nachdem die Begrifflichkeiten geklärt wurden, werden nun aktuell bestehende Herausforderungen und Hindernisse des Recovery-Ansatzes in Bezug auf Stigmatisierung und Diskriminierung, Unheilbarkeit und Chronizität sowie evidenzbasierte Medizin.

### 3.2.1. Stigmatisierungen und Diskriminierungen

Stigmatisierungen und Diskriminierungen gelten als Hauptprobleme für das Leben mit psychischen Störungen und stellen ein grosses Hindernis für Recovery dar. Sie halten Betroffene von Behandlungen ab, erschweren oder verhindern Interventionen in Bezug auf die Heilung von Krankheiten, das Lindern von Leiden und die Förderung von Integration (vgl. Amering/Schmolke 2012: 226).

Durch Stigma-Forschungen werden Entstehungsprozesse von Stigmatisierungen wie auch entsprechende Veränderungsmöglichkeiten untersucht. Als typisch stigmatisierende Einstellungen im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen gelten: Schuld (etwa: Betroffene

sind selber Schuld an ihren psychischen Krankheiten), Unheilbarkeit (negative Prognosen und schlechte Behandlungen, chronischer Verlauf), Unberechenbarkeit/Gefährlichkeit (Betroffene verletzen die sozialen Normen).

### 3.2.2. Unheilbarkeit und Chronizität

Die meisten psychischen Erkrankungen sind von einer bestimmten Konstellation von Symptomen in unterschiedlichen Ausprägungen gekennzeichnet und nicht durch ihren Verlauf. Vollständige Genesungen sind möglich und auch bei lang andauernden Krankheitsverläufen, oder zwischen Phasen von Störungen, ist ein gesundes und sinnvolles Leben möglich (vgl. Amering/Schmolke 2012: 163). Auch chronische Krankheiten sind keineswegs unheilbar. Chronisch bedeutet, dass eine Störung sich tendenziell langsam entwickelt und langwierig verläuft. Heilungen sind jedoch auch nach lang anhaltenden Erkrankungen möglich (vgl. ebd.: 165).

Obwohl der „Mythos der Unheilbarkeit" nicht der Realität entspricht, leiden heute noch viele Menschen mit psychischen Krankheiten darunter (vgl. ebd.: 164). Das Stigma der „Unheilbarkeit" psychischer Erkrankungen kann den Genesungsverlauf massiv beeinträchtigen, indem daraus automatisch chronischer Verlauf, schlechte Prognose und Behandlung impliziert werden. Solche Vorurteile verbreiten Schrecken und Pessimismus, weil davon ausgegangen wird, dass die Krankheit chronisch, behindernd und unheilbar ist (vgl. ebd.: 165).

Dieser Entwicklung gilt es entgegenzuwirken, indem die Leistungen in Richtung Gesundheit und Genesung in den Vordergrund rücken. Eine Chance für einen solchen Paradigmenwechsel bieten Recovery-Ansätze. (vgl. ebd.: 165).

### 3.2.3. Evidenzbasierte Medizin

Das Thema „evidenzbasierte Medizin" führt derzeit zu Diskussionen in der gesamten Medizin und Psychiatrie. Evidenzbasis steht für einen Nachweis der Wirksamkeit. Mit „evidenzbasiert" ist gemeint, „dass nur solche medizinischen Hilfen angeboten werden sollen, die wissenschaftlich bewiesen haben, dass sie bei einer grösseren Gruppe von Menschen hilfreich sind und tatsächlich eine Wirkung haben." (Amaring/Schmolke 2012: 99).

In den Medien wird immer wieder darüber diskutiert, ob sogenannte komplementäre Therapien durch die Krankenkassen übernommen werden sollen. Oftmals werden solche aufgrund fehlender Evidenzbasis abgelehnt. Dabei gilt jedoch zu berücksichtigen, dass evidenzbasierte Methoden sich nicht auf alle Bereiche anwenden lassen. Ein wichtiges Kriterium spielt dabei die Forderung nach zufällig zusammengestellten Vergleichsgruppen. Diese lassen sich unter anderem gut bei Untersuchungen der Wirkung eines Medikaments anwenden. Spielen jedoch subjektive Entscheidungen und Vorlieben eine Rolle, sind sie ungeeignet. Wenn bspw. verschiedene Modelle der Wohnrehabilitation getestet werden, kann nicht erwartet

werden, dass eine zufällige Zuteilung in eine bestimmte Wohnform nach denselben Kriterien beurteilt werden kann, die für die subjektiven Vorlieben gelten. Daher wird derzeit über die Formen wissenschaftlicher Evidenz diskutiert, die den Kriterien evidenzbasierter Medizin entsprechen sollen (vgl. ebd.: 99f.).

In Bezug auf eine Recovery orientierte Praxis müssen laut einer Forschungsgruppe von Fred Frese, einem von Schizophrenie betroffenen Psychologen und erfolgreichem Forscher aus den USA, unterschiedliche Anliegen berücksichtigt (vgl. ebd.: 101).

Angehörige und Fachleute der Psychiatrie kämpfen einerseits für „evidenzbasierte" Interventionen. Diese sind für Menschen zentral, die nicht für sich selbst sprechen können, da sie auf besonderen Schutz vor riskanten Hilfsangeboten angewiesen sind. Das Anliegen der evidenzbasierten Hilfsangebote für diese Klientinnen oder Klientengruppe ist jedoch noch lange nicht erfüllt. Nur ein minimer Teil der schwer psychisch erkrankten Personen erhält eine umfassende Behandlung, die dem aktuellen wissenschaftlichen Standard entspricht.(vgl. ebd.:102).

Anderseits kämpfen ehemalige Betroffene für einen Recovery-Ansatz, der sich nach den Werten Autonomie, Subjektivität und Wahlfreiheit ausrichtet. Oft waren es individuelle, unkonventionelle Ansätze, die ihnen geholfen haben. Der einzige Beweis von Wirksamkeit beschränkte sich dabei darauf, dass er von einzelnen Personen als zentraler Faktor für den Recovery-Prozess genannt wurde. Aufgrund dieser fehlenden Wirkungsevidenz tendieren behandelnde Fachleute teilweise dazu, von solchen speziellen Ansätzen abzuraten, obwohl gerade diese persönliche Hilfe für Betroffene oftmals als wichtig erachtet wird. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass die meisten Patientinnen und Patienten sowohl evidenzbasierte, wie auch individuelle, unkonventionelle Interventionen benötigen. Daher wird empfohlen, in beide Richtungen zu forschen (vgl. ebd.: 102).

## 3.3. Zwischenfazit

Die „Recovery-Bewegung" wurde Anfangs der 1980er Jahre in den USA von Menschen gegründet, die an schweren psychischen Krankheiten litten und lange als unheilbar krank galten, die aber trotz negativer Diagnosen gesundeten. Durch diese Betroffenen-Bewegung hat der Recovery-Begriff eine neue Bedeutung erhalten, wobei es nicht darum geht, in einen prämorbiden Zustand zurückzukehren, sondern um das persönliche Wachstum.

Es gibt keine einheitliche Definition von Recovery, allerdings ist sie von den Begriffen Rehabilitation und Genesung abzugrenzen. Es werden ausserdem 2 grundsätzliche Auslegungen von Recovery unterschieden. Im traditionellen klinischen Verständnis wird Recovery als ein Ziel definiert, während in der neueren Definition Recovery nach einem rehabilitativen Verständnis als ein Prozess beschrieben wird, der unabhängig von Symptomen zu einem selbstbestimmten und sinnhaften Leben führt. Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf diese

Auslegung von Recovery. Die beiden unterschiedlichen Definitionen führen zu einer begrifflichen Unschärfe und Uneinigkeit im aktuellen medizinischen Diskurs. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass sie sich nicht gegenseitig ausschliessen müssen, sondern sich auch ergänzen können.

Recovery-Orientierung braucht einerseits evidenzbasierte Interventionen, um geeignete Hilfsangebote für Schwerstbehinderte, die nicht mehr selbstständig für sich sprechen können, zu gewährleisten. Gleichzeitig sind auch individuelle, unkonventionelle Angebote für Betroffene wichtig, bei denen die Werte Autonomie, Subjektivität und Wahlfreiheit mehr Gewichtung im Recovery-Prozess erhalten.

Menschen mit schweren psychischen Störungen sind häufig von Stigmatisierungen und Diskriminierungen betroffen, die als Hauptprobleme für das Leben mit psychischen Störungen gelten und ein grosses Hindernis für Recovery darstellen. Häufig führen Vorurteile zu Pessimismus und zur Annahme, dass eine Krankheit chronisch, behindernd und unheilbar sein müsse. Psychische Krankheiten, einschliesslich chronischer Diagnosen, gelten nach dem heutigen Verständnis nicht mehr als unheilbar. Dennoch leiden viele unter dem Stigma der „Unheilbarkeit", wodurch der Genesungsprozess massiv beeinträchtig werden kann. Im Sinne von Recovery gilt es dieser Entwicklung entgegenzuwirken.

# 4. Recovery-Ansatz und Soziale Arbeit

Dieses Kapitel befasst sich mit den Wertvorstellungen der Sozialen Arbeit und den Kernelementen des Recovery-Ansatzes. Im Zentrum steht die Frage, inwiefern sich die Ausrichtungen und Zieldimensionen der Sozialen Arbeit mit dem Recovery-Ansatz decken, bzw. welche Unterschiede sich erkennen lassen. Um diese Frage beantworten zu können, werden die Begriffe Soziale Arbeit und Recovery-Ansatz zunächst separat bearbeitet. Die draus entstandenen Erkenntnisse werden anschliessend miteinander verglichen.

## 4.1. Wertvorstellungen der Sozialen Arbeit

Die Soziale Arbeit stützt sich bei ihren Zielsetzungen immer auf bestimmte Normen und Werte einer Gesellschaft, die eine kritische ethische Reflexion bedingen (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 81). Es ist daher wichtig, dass sich Professionelle mit den Wertvorstellungen der Sozialen Arbeit auseinandersetzen. Zentrale Grundlagen bilden der Berufscodex sowie das Berufsbild von Avenir Social Schweiz, an denen sich auch dieses Kapitel orientiert. Das Berufsbild beschreibt „Gegenstand, Ziele, Methoden und Ressourcen sowie die Arbeitsfelder und Grundhaltungen der Professionellen Sozialer Arbeit" (Avenir Social Schweiz 2010: 6). Der Berufscodex bildet die nationale Grundlage für das moralische berufliche Handeln und definiert die ethischen Prinzipien der Sozialen Arbeit als eine Menschenrechtsprofession.

Im Folgenden werden zuerst die Grundsätze der Sozialen Arbeit erläutert, bestehend aus Leitidee und Menschenbild, Zielsetzung und Verpflichtungen, anschliessend werden die Grundwerte und ethischen Prinzipien aufgezeigt.

### 4.1.1. Grundsätze der Sozialen Arbeit

Die Leitidee der Sozialen Arbeit basiert auf einem humanistischen Menschenbild und orientiert sich an den ethischen Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit. (vgl. Avenir Social Schweiz 2014: o.S.). Demnach haben alle Menschen Anrecht auf die Befriedigung existentieller Bedürfnisse, gleichzeitig sind sie jedoch auch dazu verpflichtet, ihre Mitmenschen bei diesem Anspruch zu unterstützen (vgl. ebd.: o.S.).

Nach Hochuli Freund/Stotz (vgl. 2011: 36) lässt sich die Zielsetzung der Sozialen Arbeit durch die Begriffe Soziale Gerechtigkeit (1), Soziale Integration (2) und Autonomie der individuellen Lebenspraxis (3) zusammenfassen. Diese Ziele entsprechen dem allgemeinen Auftrag der Sozialen Arbeit, der in den einzelnen Organisationen innerhalb der spezifischen Arbeitsfelder konkretisiert werden kann. Aus dem allgemeinen Auftrag als übergeordnete Ausrichtung und dem konkreten organisationsspezifischen Auftrag lassen sich die Leitbilder und die Zielrichtung für das professionelle Handeln ableiten. Die Aufgaben und die Zielsetzung der Sozialen Arbeit können je nach theoretischem Zugang unterschiedlich definiert werden (vgl. ebd.: 37).

Da sich die vorliegende Arbeit auf das Arbeitsfeld Psychiatrie bezieht, muss der spezifische Auftrag ebenfalls berücksichtigt werden. In Kapitel 2.2.2 wurde die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie beschrieben, die auch den allgemeinen Auftrag und die Zielsetzung erfasst. Somit ist die Soziale Arbeit in der Psychiatrie primär für die Bearbeitung der sozialen Dimension sowie für die Begleitung der Reintegration von Klientinnen oder Klienten in ihrer Lebenswelt zuständig (vgl. Sommerfeld/Rüegger 2012: 9).

Demzufolge können die Aufgaben „Unterstützung der Reintegration“ und „Bearbeitung der Sozialen Dimension“ die allgemeine Definition ergänzen, resp. dem Ziel „Soziale Integration“ zugeordnet werden.

Um den abstrakten Auftrag in der Praxis umzusetzen und die Zielesetzung anzustreben, sind Arbeitsprinzipien hilfreich (vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 2013: 88). Sie gelten als „Brücke zwischen Denken und Handeln“, basieren auf ethischen Werten und werden gleichzeitig durch wissenschaftliche Modelle gestützt. Gemeinsam mit den ethischen Prinzipien stellen sie die Grundlage für das professionelle Handeln dar. Durch ihre handlungsorientierte Funktion bilden Arbeitsprinzipien die Legitimation für bestimmte Schritte in der beruflichen Praxis, ohne jedoch Handlungsanweisung zu sein (vgl. ebd.: 88). Im Folgenden werden einige grundlegenden Arbeitsprinzipien, die von Bossart et al. genannt wurden, gemeinsam mit den spezifischen Aufgaben der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie, der allgemeinen Zielsetzung

zugeordnet. Sie dienen so als handlungsleitende Instanz der Konkretisierung der übergeordneten Zielsetzungen. Bossart et al. (vgl. ebd.: 88-93) beschreiben verschiedene grundlegende Arbeitsprinzipien. Diese werden im Folgenden gemeinsam mit den spezifischen Zielen der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie der allgemeinen Zielsetzung zugeordnet.

- **Soziale Gerechtigkeit (Ziel 1)**
- **Soziale Integration (Ziel 2)**
  Bearbeitung der sozialen Dimension, Unterstützung der Reintegration, Gemeinwesen- und Sozialraumorientierung, gesellschaftliche Teilhabe
- **Autonomie der individuellen Lebenspraxis (Ziel 3)**
  Empowerment, Hilfe zur Selbsthilfe, Recht auf Selbstbestimmung, Stärkung der Eigenverantwortung, autonome Lebensführung, Partizipation, Ressourcenorientierung

Als Arbeitsprinzipien gelten alle Begriffe, die den Hauptzielen untergeordnet sind, ausser in Bezug auf die soziale Dimension und Reintegration, die der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie angehören. Zu der ersten Zielsetzung, der Sozialen Gerechtigkeit, konnten keine Arbeitsprinzipien gefunden werden, obwohl sie auf diesen Grundlagen aufgebaut wurden.

### 4.1.2. Grundwerte und ethische Prinzipien

Werte beziehen sich auf Ziele, Leitvorstellungen und Orientierungsstandards, nach denen Individuen oder Gruppen ihre Handlungsentscheidungen ausrichten (vgl. Bosshard et al. 2013: 170). Für das Ethos einer Profession ist das Formulieren professioneller Werteordnungen fundamental. Die Soziale Arbeit bezieht sich diesbezüglich auf die Werte einer Gesellschaft. Somit sind die beiden Werteordnungen generell miteinander kompatibel (vgl. ebd.:172).

Die generellen Wertvorstellungen der Sozialen Arbeit basieren auf einem humanistischen Menschenbild und orientieren sich an den ethischen Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit. Der Berufscodex von Avenir Social bildet in der Schweiz die nationale Grundlage für das moralische berufliche Handeln und definiert die ethischen Prinzipien der Sozialen Arbeit als eine Menschenrechtsprofession (vgl. Avenir Social Schweiz 2010: 8f.).

Die Betonung, Hierarchisierung, Konkretisierung und Interpretation der Werte erfolgt jedoch unterschiedlich und kann je nach professionellem oder gesellschaftlichem Kontext ein anderes Verständnis in Bezug auf die Handlungsoptionen voraussetzen. Somit könnte sich der allgemeine Konsens über die Grundwerte der Sozialen Arbeit durch eine Anpassung oder Konkretisierung der Leitlinien für die spezifischen Arbeitsfelder auflösen (vgl. Bosshard et al. 2013: 171f.).

## 4.2. Recovery-Elemente

In Zusammenhang mit den Zieldimensionen wird das Recovery-Konzept durch diverse Elemente gekennzeichnet, die für die Zielerreichung von zentraler Bedeutung sind. Je nach Au-

tor können diese Elemente variieren, aber gewisse Kernelemente sind bei allen gleich. In diesem Kapitel wird zuerst die Zieldimension definiert, danach werden verschiedene Arbeiten im Zusammenhang mit Recovery-Elementen erwähnt. Hauptsächlich wird dabei die Arbeit von Onken et al. (2007) berücksichtigt.

### 4.2.1. Zieldimensionen und Elemente von Recovery

Für die vorliegende Arbeit wird die Definition nach William Anthony (1993) zur Bestimmung der Zieldimension gewählt. Anthony beschreibt Recovery als einen Prozess, „durch den die Betroffenen die persönlichen sozialen und gesellschaftlichen Folgen einer psychischen Erkrankung überwinden und zurück zu einem erfüllten Leben finden. Recovery bedeutet nicht zwangsläufig die Heilung, sondern meint die Teilhabe an der Gesellschaft trotz Erkrankung“ (Anthony 1993, zit. nach Falkai 2013: 33). Daraus lassen sich folgende Zielesetzungen zusammenfassen: Remission (im Sinne der notwendigen Funktionsfähigkeit), gesellschaftliche Teilhabe trotz Erkrankung, sowie zurück zu einem sinnerfüllten, selbstbestimmten Leben finden (vgl. ebed.: 33).

In der Literatur werden die Elemente, die zur Zielerreichung von Recovery führen, unterschiedlich definiert. Die Autoren verwenden verschiedene Bezeichnungen dieser Faktoren, die meist mit synonymer Verwendung der Begriffe Elemente, Komponenten, Prinzipien oder Wirkfaktoren beschrieben werden. Nachfolgend werden diese ungleichen Begriffsbezeichnungen einheitlich durch den Begriff „Elemente“ ersetzt. Nachdem die Elemente im nächsten Kapitel miteinander verglichen wurden, wird zudem der Begriff „Kernelemente“ eingeführt, um diejenigen mit den meisten Übereinstimmungen kennzeichnen zu können.

Im vorherigen Kapitel wurde bereits auf die unterschiedlichen Definitionen und Auslegungen von Recovery eingegangen. Laut Onken et al. (vgl. 2007: 1) war die Definition von Recovery 2007 schon seit beinahe 2 Jahrzehnten ein beliebtes Thema des öffentlichen Diskurses. Ein gemeinsamer Konsens war bis dato noch nicht gefunden worden. Diese Thematik hat Onken et al. dazu veranlasst, eine Literatur-Review über die Definition und Elemente von Recovery zu verfassen. Die Grundlage ihrer Arbeit basiert auf folgendem Zitat : „These definitions, which view recovery as vision, process and/or outcome (or set of outcomes), have remained diverse, and few attempts have been made to create a dimensional analysis that assesses the growing consensus about what recovery is, or what its definition should entail“ (vgl. ebd.:1). Demnach wurden trotz vielfältiger Diskussionen und fehlendem Konsens bisher nur wenige Versuche unternommen, eine dimensionale Analyse durchzuführen, um den gemeinsamen Konsens einer Definition von Recovery zu fördern (vgl. ebd.: 1). Laut Falkai (vgl. 2013: 33) konnten diesbezüglich zwischenzeitlich jedoch Fortschritte erzielt werden. Demnach wurde für die verschiedenen Recovery-Dimensionen ein konzeptioneller Rahmen erarbeitet, der zur Klärung des Begriffes beiträgt. [Übersetzung durch die Verf.].

In der Literaturanalyse von Onken et al. (vgl. ebd.: 19) werden die Elemente von Recovery auf der Basis eines ökologischen Grundrisses abgebildet. Das Individuum trifft in Zusammenhang mit den Elementen während des gesamten Recovery-Prozesses auf verschiedene Herausforderungen, denen es sich stellen muss. Die dafür notwendige Selbstmotivation kann durch die Nutzung interner und externer Ressourcen unter Berücksichtigung der Recovery-Elemente gefördert werden. Diese nehmen Einfluss auf den Prozessverlauf und steuern die Auswirkung kritischer Entwicklungen, die sowohl durch verbleibende Krankheitsfolgen, wie auch durch die persistente soziale Ungleichheit bedingt sein können (vgl. ebd.: 19). [Übersetzung durch die Verf.].

Onken et al. assoziieren mit Recovery-Wörtern wie „multidimensional, fluid, nonsequential and complex" (ebd.: 3) was auf die individuellen und subjektiven Bedeutungen der unterschiedlichen Dimensionen und Definitionen des Recovery-Begriffs sowie auf die komplexen Interaktionsgefüge hindeutet. „And all elements of recovery involve interactions and transactions between the individual and community and within larger society (ebd.: 1): 'Thus recovery can be viewed as a facilitated or impeded through the dynamic interplay of many forces that are complex, synergetic and linked' (ebd.: 1): Um diese Komplexität zu erfassen, haben Onken et al. in ihrer Literaturanalyse unterschiedliche Kategorien der Recovery-Elemente definiert (ebd.: 1): Person-Centred Elements of Recovery, The Re-Authoring Elements of Recovery, Exchane-Centered, Elements of Recovery, Community-Cantered Elements of Recovery. [Übersetzung durch die Verf.]

Die einzelnen Elemente, die diesen Kategorien zugeteilt sind, werden im nächsten Kapitel in der Tabelle aufgeführt. Weitere Elemente, die in der Tabelle integriert sind, stammen aus folgenden Arbeiten:

In der narrativen Literaturübersicht von Amering und Schrank (vgl. 2012: 49f.) fasste die Autorin Elemente zusammen, die aus Sicht der Betroffenen hilfreich für den Recovery-Prozess waren. In einer weiteren Literaturübersicht fasste Simon Bradstreet Recovery-Elemente aus der internationalen Literatur zusammen (vgl. Amaring/Schmolke 2012: 38). Zehn wesentliche Recovery-Elemente wurden von einem umfassenden Fachgremium für die zum US-Gesundheitsministerium gehörende „Substance Abuse and Mental Health Services Administration" (SAMHSA) erarbeitet (vgl. ebd.: 33). In den S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. Falkai 2013: 33) werden zentrale Recovery-Elemente beschrieben und entsprechende wissenschaftliche Studien aufgeführt, die Ergebnisse über diverse Zusammenhänge der jeweiligen Elemente enthalten.

### 4.2.2. Kernelemente von Recovery

Als nächstes werden die Recovery-Elemente der zuvor erwähnten Arbeiten tabellarisch verglichen und auf Gemeinsamkeiten untersucht.

| | S3[2] | Amering[3] | SAMSHA[4] | S. Bradstreet[5] | Onken[6] | Gemeinsamkeiten |
|---|---|---|---|---|---|---|
| B | | | | | Bewusstheit u. Möglichkeit | |
| C | | | | | Coping | |
| E | Empowerment | Empowerment | Empowerment | | | Empowerment: 3 |
| F | | | | | Funktionieren in soz. gesellschaftlichen Rollen | |
| G | | | Ganzheitlich | Ganzheitlicher Ansatz u. soz. Einbeziehung | Gedeihen | Ganzheitlicher Ansatz: 2 |
| H | | | | | Heilung | |
| | Hoffnung | Hoffnung | Hoffnung | Hoffnung | Hoffnung | Hoffnung: |
| i | | Identität | | | | |
| L | Lebensqualität | | | | | |
| M | | | | | Macht | |
| N | | | Nicht linear | | | |
| O | Optimismus | | | Optimistischer und realistischer Ansatz | | Optimismus: |
| P | Partizipation | | | Partizipation | Partizipation | Partizipation |
| | | | Peer-Unterstützung | | | |
| | | Persönlicher Wert, personenzentriert | Persönlicher Wert, Individualisiert und personenzentriert | | | |
| R | Remission, Symptom Management, | Remission, Symptom Management | Respekt | Remission, Symptom Management | | Remission, Symptom |
| | Resilienz stärken | | | | | |
| S | Selbstbestimmung | Spiritualität | Selbstbestimmung | | Selbstbestimmung | Selbstbestimmung |
| | | | Stärkenbasiert | | Selbstwirksamkeit | |
| | | | | Sinn, Bedeutung | Sinn u. Zielgerichtetheit | Sinn: |
| | Soziale Integration, Inklusion, gesellschaftliche Teilhabe | | | | Soziale Integration, Inklusion, gesellschaftliche Teilhabe | Soziale Integration, Inklusion, gesellschaftliche Teilhabe: |

[2] Fekai 2013: 32 ff.

[3] Amering/Schulz 2007: 49

[4] Amering/Schmolke 2013: 32

[5] Amering/Schmolke 2013: 38

[6] Amering/Schmolke 2013: 33

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | *Soziales Netzwerk, Beziehungen, (Wieder) Verbundenheit* | Soziales Netzwerk, Beziehungen, (Wieder) Verbundenheit | | | *Soziales Netzwerk, Beziehungen, (Wieder) Verbundenheit* | Soziales Netzwerk, Beziehungen, (Wieder) Verbundenheit:3 |
| | Stigma Bewältigung | Stigma | | | | Stigma: 2 |
| **U** | *Umweltfaktoren, Soziale Umstände/Chancen, Wohnsituation* | | | **Umweltfaktoren, Soziale Umstände/Chancen, Wohnsituation** | Umweltfaktoren, Soziale Umstände/Chancen, Wohnsituation | Umweltfaktoren: Soziale Umstände/Chancen, Wohnsituation 3 |
| ***V*** | | Verantwortung und Kontrolle | Verantwortung (und Kontrolle) | **Verantwortung (und Kontrolle)** | | Kontrolle, Verantwortung: 2 |
| | | | | Veränderungspotential | | |
| ***W*** | | | | | Wohlbefinden | |

In der Tabelle lassen sich diverse Übereinstimmungen bei den Elementen erkennen, die in der Spalte ganz rechts aufgeführt sind. Sie werden zukünftig als „Kernelemente" bezeichnet und dienen als Grundlage für die weitere Bearbeitung in Zusammenhang mit Recovery-Elementen.

### 4.2.3. Wirkungsevidenz und Forschungsergebnisse

Da Recovery ein individueller Prozess ist, der immer auch ein subjektives Erlebnis darstellt, ist es schwierig, Wirksamkeit zu belegen. Nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft zugelassene evidenzbasierte Methoden lassen sich nur nach dem klinischen Verständnis im Zusammenhang mit Remissionskriterien messen. Dabei wird Recovery Ergebnis/Ziel, das anhand der Symptome gemessen werden kann (vgl. Amaring/Schmolke 2012: 101f.). Es gibt jedoch auch andere wissenschaftliche Methoden, die sich in der Weiterentwicklung befinden und bereits erfolgreiche Forschungsergebnisse im Zusammenhang mit Recovery erzielen konnten (vgl. ebd.: 272) Auch gewinnen qualitative Methoden zunehmend an Bedeutung (vgl. ebd.: 101).

In den S-3 Leitlinien werden diverse wissenschaftliche Studien aufgeführt, die Zusammenhänge von Recovery belegen können. Die Bedeutung der Recovery-Elemente für den Genesungsprozess konnte bspw. in der Studie von Resnick und Kollegen (2005, zit, nach Falkai 2013: 34) bestätigt werden. Es wurden 4 Bereiche für die Konzeptualisierung der Recovery-Orientierung untersucht. Die Ergebnisse zeigten, dass Empowerment den grössten Einfluss auf den Recovery-Prozess hat. „Die Autoren zeigen, dass Hoffnung, Optimismus, subjektives Wissen über die Erkrankung und Bewältigung einen positiven Einfluss auf den Genesungsprozess haben." (Wraner 2009, zit. nach Falkai 2013: 33). Zudem verdeutlichten die Ergebnisse dieser Studie, dass Lebensqualität mit starker Qualität der sozialen Beziehungen zusammenhängt (vgl. ebd.: 33). Warner (2009, zit. nach ebd.: 33) konnte zudem aufzeigen,

dass Empowerment und Mitbestimmung wichtige Bestandteile des Recovery-Prozesses sind. In seiner Studie wurde deutlich, dass bei Behandlungsentscheidungen ein aktives Mitbestimmungsrecht bei vielen Betroffenen zu einer Erhöhung der Selbstbefähigung führte (s3 Leitlinien).

### 4.2.4. Recovery orientierte Praxis in der Psychiatrie

Nach Amering/Schmolke (vgl. 2012: 361) bedeutet eine Recovery orientierte Praxis eine grosse Veränderung für die psychiatrische Versorgung. Die psychiatrischen Angebote waren nicht darauf ausgerichtet, dass sie Recovery-Konzepte umsetzen können. Durch die aktuelle Entwicklung besteht jedoch zunehmendes Interesse, Recovery orientiert zu arbeiten.
Zunächst müssten die Ziele psychiatrischer Angebote neu definiert werden. Eine Recovery orientierte Praxis zeichnet sich durch die konsequente Ausrichtung an der Person, ihren Werten, Bedürfnissen, Wünschen und Lebensziele aus (vgl. ebd.: 262). Klientinnen oder Klienten erhalten zudem das Recht, Entscheidungen über alle Aspekte der Behandlung selbstständig zu treffen. Sie entscheiden, wann sie welche Unterstützung nutzen wollen. Es gibt keine vorgefertigten Leitbilder, diese entstehen erst in der Diskussion mit den Klientinnen oder Klienten. Der Auftrag besteht darin, dass Klientinnen oder Klienten unterstützt werden, damit sie zufrieden in der selbstgewählten Umgebung leben können (vgl. ebd.: 363).
Die folgenden 4 Schlüsselwerte gelten als zwingende Voraussetzung, um Recovery orientiert tätig sein zu können (vgl. ebd.: 360f.): Personen-Orientierung, Betroffenen-Einbezug, Selbstbestimmung und Wahlfreiheit, sowie Wachstumspotential (vgl. ebd.: 183). Die Ausrichtung nach solchen Werten ist mit fundamentalen Veränderungen verknüpft und setzt nicht nur bei den Mitarbeitenden, sondern im gesamten Versorgungssystem eine komplette Neuorientierung voraus (vgl. ebd.: 358).
Weiter wird dieser Ansatz stark durch ein humanistisches Menschenbild sowie eine therapeutische Haltung, die „das autonome selbstbestimmte Wohl des Patienten ernst nimmt“, geprägt (vgl. Kammer-Spohn 2013: 38). Die ethischen Werte richten sich nach den ethischen Prinzipien der Medizin. Diese stehen neben dem Respekt vor der Autonomie der Patientinnen und Patienten (respect for autonomy) auch für Nicht-Schaden (nonmaleficence); Fürsorge, Hilfeleistung (beneficence) Gleichheit und Gerechtigkeit (justice) (text tribune/ s. besser franazkovwki, klinsche psych.) (vgl. ebd.: 38)

## 4.3. Recovery-Ansatz und Soziale Arbeit, Zieldimensionen und Ausrichtungen

In diesem Kapitel werden die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Sozialen Arbeit und des Recovery-Ansatzes in Bezug auf die Zieldimensionen und Ausrichtungen aufgezeigt. Die zuvor bearbeiteten Wertvorstellungen und Kernelemente bilden die Basis dafür.

### 4.3.1. Zieldimensionen

| Recovery | | Handlungsprinzipien Soziale Arbeit |
|---|---|---|
| | | |
| Remission (nicht vollständige Symptomfreiheit, sondern Notwendigkeit für Funktionsfähigkeit) ( | | Soziale Gerechtigkeit (1) |
| Remission, Symptom Management: → subjektives Wissen über Krankheit, kreativer Umgang mit Risiken | | |
| Wissen über Krankheit → s. Remission | | |
| Gesellschaftliche Teilhabe trotz Erkrankung (2) | | Soziale Integration (2) |
| Ganzheitlicher Ansatz: | | |
| Soziale Faktoren:<br>• Integration: Inklusion, gesellschaftliche Teilhabe<br>• Soziales Netzwerk, Beziehungen (Wieder-) Verbundenheit<br>• Soziale Umstände/Chancen, Wohnsituation<br>• Umweltfaktoren | x | Gemeinwesen und Sozialraumorientierung<br>Soziale Dimension<br>Interaktion |
| Stigma | x | |
| Erkrankung überwinden und zurück zu einem zufriedenen, erfüllten und selbstbestimmten Leben finden (3) | | Autonomie der individuellen Lebenspraxis (3) |
| Empowerment: | x | Empowerment |
| Hoffnung: | | Ressourcenorientierung |
| Optimismus | | |
| Partizipation | x | Partizipation |
| Selbstbestimmung | x | Autonome Lebensführung |
| Sinn | | |
| Verantwortung, Kontrolle | x | Stärkung der Eigenverantwortung |

Anhand der Tabelle lässt sich erkennen, dass die Soziale Arbeit und der Recovery-Ansatz zwar unterschiedliche Zielsetzungen verfolgen, es gibt jedoch Gemeinsamkeiten in Bezug auf die soziale Integration und die gesellschaftliche Teilhabe trotz Erkrankung. Obwohl diese Zieldimensionen unterschiedliche Bedeutungen haben, schliessen sie sich nicht aus. So kann gesellschaftliche Teilhabe die soziale Integration fördern, umgekehrt setzt soziale Integration gesellschaftliche Teilhabe schon fast voraus.

Auch deuten die Zieldimensionen „zurück zu einem zufriedenen, erfüllten und selbstbestimmten Leben finden“, und „Autonomie der individuellen Lebenspraxis“, auf Übereinstimmungen hin. Beide setzen Selbstbestimmung, bzw. Autonomie, mit einer zufriedenen Lebensgestaltung gleich. Ein wesentlicher Unterschied besteht bei den Zielsetzungen darin, dass die Soziale Arbeit auf die soziale Gerechtigkeit ausgerichtet ist, der Recovery-Ansatz auf die Krankheit.

Die Kernelemente des Recovery-Ansatzes werden in der Tabelle mit Handlungsprinzipen der Sozialen Arbeit verglichen. Eine grundlegende Gemeinsamkeit besteht darin, dass beides wesentliche Bestandteile für die Zielerreichung sind.

Insgesamt lassen sich die Handlungsprinzipen der Sozialen Arbeit gut mit den Kernelementen von Recovery vergleichen. Beide beinhalten Werte wie Selbstbestimmung, Partizipation, Empowerment, Ressourcenorientierung, soziale Integration etc. Neben den genannten Abweichungen der ersten Zielsetzung kann die Soziale Arbeit Stigma-Bewältigung, ganzheitlichen Ansatz, Hoffnung, Optimismus und Sinn nicht abdecken. Gleichzeitig gibt es Kernele-

mente für die Ressourcenorientierung, die jedoch im weiteren Sinne durch die Begriffe der Hoffnung und des Optimismus umschrieben werden können.

### 4.3.2. Ausrichtungen

Wie die Soziale Arbeit ist auch der Recovery-Ansatz von einem humanistischen Menschenbild geprägt. Obwohl Personenorientierung auch ein wichtiger Ansatz der Sozialen Arbeit ist, wird diesem beim Recovery-Ansatz doch mehr Gewichtung gegeben. Entsprechend seiner konsequenten Ausrichtung an der Person und deren Werten, existiert auch kein vorgefestigtes Leitbild. Es wird in Kooperation mit den Klientinnen oder Klienten erstellt (vgl. Amring/Schmolke 2012: 363). Die Soziale Arbeit hingegen arbeitet mit einer Leitidee, die nicht nur das Individuum, sondern auch die Gesellschaft berücksichtigt. Die Grundwerte der Sozialen Arbeit basieren zudem auf ethischen Prinzipien. Beim Recovery-Ansatz hingegen ist eine Ausrichtung nach den sogenannten Schlüsselwerten zentral (vgl. ebd.: 183). Ein weiterer Unterschied besteht darin, dass sich der Recovery-Ansatz an den ethischen Prinzipien der Medizin orientiert, während sich die allgemeine Soziale Arbeit auf die Werte der Gesellschaft sowie die ethischen Prinzipien der Menschenwürde und der sozialen Gleichheit bezieht (vgl. Kap. 4.3.2). Eine Übereinstimmung besteht bei den Werten Gleichheit und Gerechtigkeit, sowie Respekt vor der Autonomie.

Im Gegensatz zur medizinischen Profession, in der die Richtlinien der Bundesärztekammer als verbindlicher Berufsethos gelten, bestehen die berufsethischen Prinzipien der Sozialen Arbeit eher aus allgemeinen Leitlinien, die nicht auf die subjektiven Besonderheiten der unterschiedlichen Arbeitsfelder eingehen (vgl. Bosshard et al. 2013: 173). Das Fehlen solcher spezifischen Leitlinien stellt für die Soziale Arbeit unter anderem auch im Arbeitsfeld der Psychiatrie eine Herausforderung dar. Die allgemeinen professionellen Werte lassen sich teilweise nicht mit den kontextbedingten Handlungsanforderungen vereinbaren. Folglich müssen die Professionellen jeweils eigenständig begründen, wie sich einzelne Handlungsweisen mit den konkreten professionellen Wertsetzungen vereinbaren lassen. So zählen bspw. bei Klientinnen oder Klienten Partizipation und Selbstbestimmung zu den allgemeinen Grundwerten der Sozialen Arbeit. In der Psychiatrie sind diese jedoch oft aufgrund unterschiedlicher Prioritätensetzung und beeinträchtigter Urteilsfähigkeit der Klientinnen oder Klienten, die alternative Handlungsweisen erfordern, nicht adäquat realisierbar. Die professionellen Werte der Sozialen Arbeit gewähren somit bei Handlungsentscheidungen nur begrenzt Orientierung, wodurch die Diskrepanz zwischen handlungsleitenden Regeln und moralischen Anforderungen besonders spürbar wird. Trotz dieser Einschränkung im Praxisalltag sind sie wichtig für die Bildung moralischer Normen. Diese müssen immer auf Werten basieren, ansonsten gelten sie nicht als moralische, sondern bspw. als bürokratische Normen. Aufgrund des sozialen, ökonomischen und rechtlichen Wandels unserer Gesellschaft, nimmt

die Bedeutung für Ethikdiskurse in der Sozialen Arbeit deutlich zu. Diese haben zum Ziel professionsspezifische Prinzipien in Bezug auf praxisbezogene Problemstellungen entsprechend den übergeordneten Werten zu revidieren, zu ergänzen oder neu zu formulieren (vgl. ebd.: 160). Die Entwicklungen deuten zudem darauf hin, dass sich in den nächsten Jahren eine Bereichsethik der Sozialen Arbeit etablieren wird, was sich positiv auf die Professionalisierung auswirken wird, indem bspw. die Verantwortungsübernahme von professionellen Tätigkeiten, oder die moralischen Handlungsanforderungen in spezifischen Situationen gefördert werden können (vgl. ebd.: 172).

## 4.4. Zwischenfazit

In Bezug auf die Zieldimensionen lassen sich die Soziale Arbeit und der Recovery-Ansatz relativ gut miteinander vergleichen. Insgesamt stimmen die Arbeitsprinzipien der Sozialen Arbeit grösstenteils mit den Kernelementen von Recovery überein. Arbeitsprinzipien, die auf ethischen Normen beruhen, bilden eine wichtige Grundlage für das professionelle Handeln. Sie versuchen, abstrakte Menschenrechte für die Praxis zu konkretisieren und dienen in ihrer handlungsleitenden Funktion als „Brücke zwischen Denken und Handeln".

Gemeinsame Werte sind Selbstbestimmung, Partizipation, Empowerment, Ressourcenorientierung, soziale Integration, Unterstützung der Reintegration, Gemeinwesen und Sozialraumorientierung, gesellschaftliche Teilhabe, Hilfe zur Selbsthilfe, Recht auf Selbstbestimmung, Stärkung der Eigenverantwortung, autonome Lebensführung, Partizipation und Ressourcenorientierung. Obwohl für solche individuellen Faktoren keine evidenzbasierten Forschungen möglich sind, konnten verschiedene Studien Zusammenhänge belegen, wie beispielswiese, dass „Hoffnung, Optimismus, subjektives Wissen über die Erkrankung und Bewältigung einen positiven Einfluss auf den Genesungsprozess haben". En wesentlicher Unterschied besteht bei den Zielsetzungen „Soziale Gerechtigkeit" und „Remission". Während sich Recovery durch konsequente Ausrichtung an der Person und deren Werten orientiert, berücksichtigt die Soziale Arbeit auch Gruppen und gesellschaftliche Aspekte.

Dies ist vermutlich eine der wichtigsten Unterscheidungen zwischen dem Recovery-Ansatz und der Sozialen Arbeit in Bezug auf die Ausrichtungen, wobei anzumerken ist, dass sie sich in Bezug auf ihre Handlungskonzepte gegenseitig nicht ausschliessen. So gehört der personenzentrierte Ansatz auch zu den methodischen Konzepten der Sozialen Arbeit. Wie auch der ganzheitliche Ansatz ein wesentliches Kernelement des Recovery-Ansatzes darstellt, richtet sich Recovery bspw. nach den ethischen Prinzipen der Medizin. Im Gegensatz zur medizinischen Profession, in der die Richtlinien der Bundesärztekammer als verbindliches Berufsethos gelten, bestehen die berufsethischen Prinzipien der Sozialen Arbeit eher aus allgemeinen Leitlinien. Es gibt jedoch auch Übereinstimmung, bspw. in Bezug auf Personenorientierung, ganzheitlichem Ansatz und Werten wie Empowerment, Partizipation etc.

Die generellen Wertvorstellungen der Sozialen Arbeit basieren auf einem humanistischen Menschenbild und orientieren sich an den ethischen Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit. Der Berufscodex von Avenir Social bildet die nationale Grundlage für das moralische, berufliche Handeln und definiert die ethischen Prinzipien der Sozialen Arbeit als eine Menschenrechtsprofession (Avenir Social).
Im Zusammenhang mit den allgemeinen veränderten Rahmenbedingungen der Sozialen Arbeit, wie auch mit den spezifischen Bedingungen der jeweiligen Arbeitsfelder, treten wiederkehrende moralische Probleme auf. Davon betroffen sind nicht nur einzelne Professionelle, sondern die gesamte Profession, die zur ethischen Reflexion ihrer Prinzipien, ihrer moralischen Normen und ihrer professionellen Werte aufgefordert wird.

# 5. Reintegrationsprozesse von Menschen mit einer BPS

Von allen BPS gilt das subjektive Leiden der Betroffenen bei der BPS als am stärksten. Aufgrund des häufig schwierigen Verlaufs sind Klientinnen oder Klienten oft einem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungssetting angegliedert. Hinzu kommen oft zahlreiche Komorbiditäten sowie eine schwer gestörte soziale Funktionsfähigkeit. Daher ist die BPS auch vom ökonomischen und gesellschaftlichen Aspekt her relevant (vgl. Jacob/Lieb 2007: 61).
Dieses Kapitel soll einen Einblick in die Lebenslage der Betroffenen geben und zugleich eine Perspektive eröffnen, wie Reintegrationsprozesse nach dem Recovery-Ansatz gefördert werden können.

## 5.1. Störungsbild

Menschen mit einer BPS sind vor allem von Schwierigkeiten mit Selbstwertgefühlen und Beziehungen, sowie von einer mangelnden Regulation der Emotionen betroffen. Es handelt sich dabei um konstante Eigenschaften, die sich meist schon im Kindesalter entwickelt haben und Bestandteil der Persönlichkeit sind (vgl. Ihde-Scholl 3014: 206). In diesem Kapitel wird der Begriff „BPS“ geklärt.

### 5.1.1. Begriffsklärung

„Der Name BPS meint eine Persönlichkeitsstörung im Grenzbereich (BPS) von Psychose, affektive[n] Störungen, neurotischen Störungen und Sucht mit Überschneidungsmöglichkeiten“ (Trost/Schwarzer 2013: 106). Der Begriff BPS wurde 1938 vom Psychoanalytiker Adolph Stern entwickelt. Damals diente er der Bezeichnung von „Grenzfällen zwischen neurotischer und psychotischer Störung“ (vgl. Bosshard et 2013: 354) .Die weitere Begriffsgeschichte ist durch Wechselhaftigkeit und das Durchlaufen vieler BPS-Konzepte geprägt, mit denen verschiedenste Störungsbilder einhergingen. 1975 gelang es dem Psychoanalytiker Otto Kern-

berg, das Störungsbild einzugrenzen. Seit 1991 begannen sich dann auch diagnostische Klassifikationssysteme auf dieses Störungsbild zu beziehen (vgl. ebd.: 354). Schliesslich konnte sich seit dem DSM III eine konkrete, standardisierte Definition der BPS etablieren (vgl. Jacob/Lieb 2007: 61).

Die BPS ist durch ein charakteristisches Muster von Instabilität geprägt, das die Bereiche Impulskontrolle, Affektregulation, zwischenmenschliche Beziehungen und Selbstbild betrifft (vgl. ebd. 62). Nach Trost und Schwarzer ist das Stabilste der Störung die Instabilität, die in allen Lebensbereichen zum Ausdruck kommt (vgl. Trost/Schwarzer 2013: 195).

#### 5.1.1.1. Diagnostik

Es gibt verschiedene Diagnosekriterien und -instrumente, die zur Erfassung der BPS dienen. Zu den bekanntesten gehören die Klassifikationssysteme ICD 10 in Europa und DSM-5 in den USA. Im ICD 10 wird die PBS als „Emotional instabile Persönlichkeitsstörung" bezeichnet (vgl. Jacob/Lieb 2007: 61). Nachfolgend werden die Diagnosekriterien des DSM-IV beschrieben, die ein präzises Operationalisieren der Symptomatik ermöglichen (vgl. ebd. 61).

Die Diagnose einer BPS setzt das Vorliegen der allgemeinen Persönlichkeitsstörung voraus: „Der Beginn der Symptomatik muss in der Kindheit resp. Adoleszenz liegen, die Symptomatik muss stabil und langandauernd sein, zu persönlichem Leiden oder Schwierigkeiten mit gesetzlich geregelten gesellschaftlichen Normen führen und nicht durch eine andere psychische, organische Erkrankung erklärbar sein" (vgl. ebd. 61).

Nach DSM-IV, dem Klassifikationssystem der American Psychiatric Association, wird die BPS wie folgt definiert:

1. Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in den zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten, sowie deutliche Impulsivität. Der Beginn liegt oftmals im frühen Erwachsenenalter oder in der Pubertät und manifestiert sich in verschiedenen Lebensbereichen. Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein, wenn von einer solchen Störung gesprochen wird:
2. Starkes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden vermeiden. Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
3. Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
4. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
5. Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (z. B. Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, zu viel oder zu wenig essen). Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
6. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.

7. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z. B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
8. Chronisch Gefühle von Leere.
9. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
10. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

Bei ausgeprägten Symptomen wie Selbstverletzung oder wiederholten Suizidversuchen werden relativ schnell Diagnosen gestellt, weniger eindeutige Symptome werden jedoch oft lange Zeit falsch diagnostiziert (vgl. Ihde-Scholl 2013: 204).

#### 5.1.1.2. Ätiologie

Trost und Schwarzer (vgl. 2013: 197) gehen von Entstehungshypothesen aus, da die Ursachen von BPS noch nicht umfassend geklärt wurden. Die Autoren weisen auf eine „multifaktorielle Genese“ hin, von der heute ausgegangen wird und bei der vermutlich folgende Faktoren zentral sind: Genetische Disposition, erhöhte emotionale Vulnerabilität, bei der einmal gemachte negative Erfahrungen in der frühen Kindheit im emotionalen Gedächtnis gespeichert werden, gestörte Autonomie, Entwicklung, Traumatisierung.
Jacob/Lieb (vgl. 2007: 62) erwähnen ebenfalls, dass nach dem heutigen Forschungsstand in der Ätiologie der BPS die psychosozialen und genetischen Faktoren zusammenspielen. Sie weisen darauf hin, dass die genetischen Faktoren durch Zwillingsstudien untersucht wurden, bei der die Konkordanz zwischen ein- und zweieigen Zwillingen verglichen wurde (vgl. ebd.: 62). Demzufolge haben genetische Vulnerabilitätsfaktoren für alle BPS nach DSM-IV eine wesentliche Bedeutung, wobei bei der BPS dadurch eine Varianz von ca. 69% erklärt wird. Als psychosoziale Belastungsfaktoren sind insbesondere schwere kindliche Traumatisierungen zentral. Am häufigsten sind sexuelle Missbrauchserfahrungen, die bei 70% der BPS-Klientinnen oder Klienten vorliegen. Von Gewalterfahrungen sind ca. 60%, von Vernachlässigungen ca. 40% betroffen (vgl. ebd 62).

### 5.1.2. Epidemiologie und Verlauf

In den letzten 30 Jahren hat die Diagnose BPS zugenommen. Uneinigkeit herrscht darüber, ob dies mit der Zunahme der Störungen oder mit der Diagnostik in Zusammenhang steht. Zumindest haben komorbide Störungen wie Suizidversuch, Essstörungen oder Suchtmittelmissbrauch zugenommen (Bosshrd et al. 2013: 355).
Die Prävalenz von BPS liegt bei der Allgemeinbevölkerung bei ca. 1-2%, bei stationär behandelten Patienten bei bis zu 20%. In psychiatrischer Behandlung befinden sich über 80% der BPS-Betroffenen. Mit einem Verhältnis von ca. 6:4 sind Frauen deutlich häufiger von der Diagnose BPS betroffen. Die Mortalität ist aufgrund des hohen Suizidrisikos der BPS-

Betroffenen relativ hoch. 4-9% sterben durch Suizid. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung entspricht dies einer bis zu 50mal höheren Suizidrate (vgl. Jacob/Lieb 2007: 62).
Die BPS ist auch volkswirtschaftlich relevant. Betroffene weisen oft eine mangelnde soziale Funktionsfähigkeit auf, wodurch nebst hohen behandlungsspezifischen Ausgaben auch indirekte Kosten entstehen, bspw. für Arbeitsunfähigkeit oder Frührenten. In den 1990er Jahren beliefen sich die jährlichen Behandlungskosten in Deutschland auf ca. 3 Milliarden Euro, was ca. 15% der Gesamtkosten für psychische Störungen ausmachte. 90% davon waren auf stationäre Behandlung zurückzuführen, die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 70 Tage / Jahr (vgl. ebd.: 63).

#### 5.1.2.1. Komorbidität

Meistens treten bei BPS-Klientinnen oder Klienten eine oder mehrere komorbide Störungen auf (vgl. ebd.: 63). Insgesamt sind bis zu 80% davon betroffen Die häufigsten komorbiden Erkrankungen bei BPS sind wie folgt vertreten: Major Depression (86%); Dysthymie (44,8%); Substanzmissbrauch (62%); Alkoholmissbrauch (50%); Posttraumatische Belastungsstörung (58%); Anorexie (21%); ADHS (60%). Häufig ist auch die Kombination mit anderen BPS vertreten. Bei einer präzisen Diagnostik erhalten BPS-Klientinnen oder Klienten durchschnittlich 2 zusätzliche Persönlichkeitsstörungs-Diagnosen (vgl ebd.: 62).

Die Heterogenität des klinischen Bildes wird durch die vielfältigen Komorbiditäten zusätzlich erhöht. Oftmals werden verschiedene komorbide Diagnosen behandelt, wie bspw. Essstörungen, ohne dass die BPS erkannt wird. Dadurch entstehen Komplikationen im Behandlungsverlauf, die zu mangelnden Behandlungserfolgen oder frühzeitigen Abbrüchen führen können, was sich unter Berücksichtigung der BPS-Symptome gut erklären lässt. Oftmals erhalten Klientinnen oder Klienten ihre BPS-Diagnose erst nach einem länger vorausgehenden Behandlungsverlauf. In solchen Situationen kann die BPS-Diagnose zu einem besseren Verständnis für die Symptome anderer Störungen führen und dadurch als hilfreich und klärend erlebt werden (vgl. ebd.: 63).

#### 5.1.2.2. Behandlung und Prognose

Die hohe Komplexität und Heterogenität der BPS erfordert ein vielfältiges therapeutisches Vorgehen. In den letzten Jahrzehnten konnten unterschiedliche störungsspezifische Therapieformen entwickelt werden, wodurch sich entgegen den bis noch vor zwanzig Jahren vorherrschenden Prognosen herausstellte, dass die damals als nahezu unheilbar geltende BPS in den meisten Fällen gut therapierbar ist (vgl. ebd.: 63).
Erste Langzeitverlaufsstudien von Zanarini und Mitarbeitern sowie Grilo et al. zeigten, dass die Diagnosekriterien nach 2 Jahren nur noch von 65% der BPS-Betroffenen erfüllt wurden

und fast 90% nach 10 Jahren eine Remission erreicht hatten. Als prognostisch ungünstig gelten komorbide Diagnosen wie Substanz, Abhängigkeit und posttraumatische Belastungsstörungen. Die Rückfallrate betrug 6% und war somit sehr gering. Es ist zu berücksichtigen, dass eine Remission nach dem DSM IV bereits stattfindet, wenn nur noch 4 Kriterien der BPS erfüllt werden. Dies kann bedeuten, dass Betroffene noch klinisch auffällig sind und in ihrer sozialen Funktionsfähigkeit und ihrem Wohlbefinden stark eingeschränkt bleiben. In Hinblick auf den langfristigen Verlauf bleibt das Vollbild der BPS nach der aktueller Datenlage vermutlich nicht bestehen, es muss jedoch damit gerechnet werden, dass wesentliche Beeinträchtigungen erhalten bleiben (vgl. ebd.: 63).

## 5.2. Soziale Arbeit und Umgang mit Betroffenen

Bevor mit den Betroffenen gearbeitet werden kann, müssen sich Professionelle zuerst bewusst über die Besonderheiten der Beziehungsaufnahme sein, welche diese Klientel kennzeichnet. Einige davon werden im Folgenden dargelegt:

### 5.2.1. Geeignetes Setting

Trost und Schwarzer erachten ein klares, gut strukturiertes Setting als besonders wichtig bei BPS, da Betroffene sehr leicht irritiert und schnell verunsichert sind. Sie müssen wissen, woran sie sind. Dies beinhaltet auch eine unmittelbare Klärung des Arbeitsauftrags. Diffuse Aussagen sollten vermieden, stattdessen überschaubare und möglichst konkrete Teilziele formuliert werden. Klare Regelungen und Abmachungen ohne Rigidität sind zentral und sollten trotz aller Flexibilität, die im Umgang mit BPS gefordert wird, eingehalten werden (vgl. Trost/Schwerzer 2013: 199f). Stationäre Behandlungen sollten auf ein Minimum beschränkt werden, da sie sonst die Gefahr der Hospitalisierung auslösen, von der diese Klientel besonders betroffen ist (vgl. ebd.: 199f).

Die Behandlung von BPS bedarf nebst therapeutischen Behandlungen auch umfassende sozialarbeiterische Unterstützungsangebote, um die oftmals desolate soziale Situation zu stabilisieren, z.B. durch Klärung der beruflichen Situation und Perspektiven (v.a. bei jüngeren Klientinnen oder Klienten und Klienten). Die Arbeitsschritte und Zielsetzungen sollten dabei nicht zu hoch angesetzt werden, um allfällige Überforderungen und Frustrationen zu vermeiden, die schnell auch einen Kontaktabbruch zur Folge haben können (vgl. ebd.: 200).

### 5.2.2. Die Schwierigkeit, ein Arbeitsbündnis einzugehen

Eine zentrale Schwierigkeit besteht darin, mit den PBS ein Arbeitsbündnis abzuschliessen. Diese können ihre Diagnose oft nur schwer annehmen. Sie gehen davon aus, dass ihre Probleme durch andere Menschen verursacht werden, weil sich diese von ihnen abwenden

oder sie nicht mögen. Ohne ein gemeinsames Ziel ist es relativ aussichtslos, eine erfolgreiche Therapie durchzuführen, meistens kommt es zu Abbrüchen.

### 5.2.3. Das Agieren

Nur schon kleinste Missverständnisse zwischen BPS-Betroffenen und Professionellen können schnell zu Störungen in der Zusammenarbeit führen, die grössere Dimensionen annehmen.

Unter Umständen kann Agieren gehaltvoller sein als die verbale Kommunikation, da sich gewisse Erfahrungen tendenziell nicht immer leicht verbalisieren lassen und vorerst in Handlungsmustern zum Ausdruck kommen. Emotionen, die an alte Erfahrungen gekoppelt sind, werden in die neue Situation übertragen. Bei BPS-Betroffenen können solche Übertragungen besonders ausgeprägt sein und beim Interaktionspartner leicht Gegenübertragungen auslösen.

### 5.2.4. Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene

Die extremen Ausprägungen der Erlebniswelten gehören zu der typischen BPS-Problematik, die geprägt ist von „guten“ und „schlechten“ Selbst- und Objektrepräsentanzen. Damit ist die Aufspaltung in Gegensätze gemeint, die bei den Betroffenen in der Wahrnehmung des Selbst und der Anderen keine Abstufung von Qualitäten wie böse, weniger böse, freundlich etc. zulässt. Dies führt zu radikalen Verhaltensweisen, die entweder durch unrealistische Idealisierung oder durch Übertragung von Gefühlen wie heftiger Entwertungen oder Hass gegenüber anderen Menschen gekennzeichnet sind. Solche Übertragungen können massive Auswirkungen haben, die nicht nur die Empfänger empfinden, sondern die ganze Teamdynamik beeinflusst. Es kommt nicht selten vor, dass Teammitglieder dazu gebracht werden, unbewusst eine bestimmte Rolle einzunehmen, wodurch das Teammitglied sich schliesslich dazu veranlasst fühlt, sich entsprechend der Rolle auf eine bestimmte Art zu verhalten. Diese Fähigkeit wird von BPS-Betroffenen als Abwehrmechanismus angewendet. Indem sie heftige Gefühle bei den professionellen Helfern, wie Enttäuschung oder Aggression auslösen, können sie beispielsweise bewirken, dass SozialarbeiterInnen tatsächlich „böse“ werden und sich auch so fühlen, wodurch der Klient oder die Klientin von dieser Zuschreibung befreit ist (Gegenübertragung). Oftmals wird auch einem Teammitglied die „gute“ Rolle zugeschrieben, bspw. die des „Retters“, während ein anderes Mitglied die Rolle des „Übeltäters“ erhält, wodurch es zu Spaltungsprozessen innerhalb des Teams kommen kann. A. Knuf wie auch andere Autoren (vgl. Bosshard et al. 2013: 365 f.) sind sich einig darüber, dass ein entsprechendes Verständnis für solche Phänomene sowie Teamsupervisionen unabdingbar für eine gelingende Zusammenarbeit mit BPS-Klientinnen oder Klienten sind.

## 5.3. Recovery-Ansatz bei Menschen mit einer BPS

A. Knuf hat anlässlich seiner Publikation „Gesundung ist möglich!“, in der er Erfahrungsberichte von Menschen mit einer BPS veröffentlicht hat, mit rund 40 „stabil-lebenden“ BPS-Klientinnen oder Klienten gesprochen. Die Frage, was ihnen geholfen habe, wurde jeweils relativ ähnlich beantwortet: „Hilfe gaben Menschen in der Umgebung, die den Kontakt nicht abgebrochen haben, Therapeuten, die als Mensch spürbar waren und die Betroffenen als Mensch ernst genommen haben, hinzu kamen Selbsthilfe sowie die Entscheidung zu mehr Selbstverantwortung“ (vgl. Knuf: 8). In Zusammenhang mit dem Recovery- Ansatz und BPS sind für Knuf folgende Botschaften zentral: Genesung ist viel häufiger möglich, als gedacht! Der Prozess ist sehr langwierig, dabei verändern sich die Oberflächensymptome sowie die zugrundeliegende Dynamik. Wesentliche Elemente sind Eigenverantwortung, Selbsthilfe, störungsspezifische Unterstützung und tragfähige soziale Beziehungen. Medikamente hingegen haben eine sekundäre Bedeutung.
Neben diesen allgemeinen Merkmalen wird die Bedeutung von Recovery für Klientinnen oder Klienten mit einer BPS auch durch bestimmte Recovery-Elemente geprägt. Knuf (Tex soziale Psychiatrie) erachtet folgende Elemente, die häufig in den Betroffenenbefragungen erwähnt wurden, als zentral (S. „Gesundung bei “ Text Knuf Soziale Psychiatrie 02/08 / Buch Gesundung ist möglich ): Selbstverantwortung, Empowerment, BPS-Identität überwinden, Hoffnung, Zuversicht, Vertrauen des Umfelds, Selbstvertrauen der Betroffenen, Gelassenheit, Geduld, Mut, Zuversicht auf positive Veränderung und Optimismus. Auch soziale Faktoren, wie Soziales Netzwerk, Freizeitgestaltung mit Freunden oder ein strukturierter Tagesablauf wurden von BPS-Betroffenen als wichtig genannt (Christiane Tilly, Text).

### 5.3.1. Recovery-Kernelemente

Der Recovery-Ansatz hat viele Betroffene in ihrem Genesungsweg unterstützt. Gemeinsame Bezugspunkte der in Kapitel 4 erwähnten Kernelemente und den Betroffenenerfahrungen lassen sich in folgenden Elementen finden: Empowerment, Hoffnung, Optimismus, Partizipation, Remission/Symptommanagement, subjektives Wissen über die Krankheit, Selbstbestimmung, soziale Integration und Netzwerke sowie Umweltfaktoren finden (vgl. Kap. 4.2.3).
Die Bedeutung von Empowerment, Optimismus und Hoffnung für Recovery konnte wissenschaftlichen Untersuchungen zufolge, bestätigt werden. Dabei wurde Empowerment als stärkster Faktor gemessen (vgl. Kap. 4.23).
Unter Berücksichtigung der bisherigen Erkenntnisse wird anhand praktischer Beispiele illustriert, inwieweit Empowerment Wirkung auf den Recovery-Prozess und die Reintegration von Menschen mit BPS zeigen kann. Anschliessend wird das Kernelement „Stigma-Bewältigung“ und die damit verbundenen Anforderungen an die Soziale Arbeit aufgezeigt.
Die praktischen Beispiele beziehen sich auf den Dokumentarfilm „Recovery – Wie die Seele gesundet“ von Dieter Gränicher (vgl. 2007: o.S.), in dem 8 Frauen und Männer erzählen, wie

sie nach schweren psychischer Krankheiten wieder gesund wurden. Der Film wurde 2007 im Auftrag der Pro Mente Sana (1978 gegründete Stiftung, die sich für psychisch beeinträchtigte Menschen in der Schweiz einsetzt) produziert, um der Defizit- und Symptom-Orientierung in der Schweizer Psychiatrie-Landschaft entgegenzuwirken und aus der Perspektive des Recovery-Ansatzes neue, zukunftsweisende Massstäbe zu setzten. Alle 8 portraitierten Personen hatten mindestens einen Klinikaufenthalt hinter sich. Der Regisseur Gränicher, der auch für das Buch, die Montage und Produktion zuständig war, hat Ethnologie und Publizistik studiert und ist seit 1983 freischaffender Dokumentarfilmer und Produzent.
Dieses Dokument zeigt sehr eindrücklich, wie Recovery die Reintegration von Menschen mit einer BPS gefördert hat. Das ausgewählte Fallbeispiel von Bettina W. eignet sich daher gut, um die Wirkung von Kernelementen wie Empowerment für Recovery zu beschreiben. Bettina W. ist gelernte Pflegefachfrau. Bei den Dreharbeiten war sie 33 Jahre alt und ihr letzter Klinikaufenthalt lag 3 Jahre zurück. Für sie waren folgende Faktoren wichtig für ihren Recovery-Prozess:

- *Verantwortung für eigenes Leben übernehmen*
- *Willen, allen zu zeigen, dass sie es schafft*
- *zu Gefühlen, Sensibilität, Dünnhäutigkeit stehen*
- *Halt durch Arbeit im Altersheim*
- *hilfreich: gute prof. Unterstützung, Freundschaft, Trennung Ehemann, Liebe zu Kindern, Lernen sich selber wahrzunehmen und mit Gefühlen umzugehen*

### 5.3.2. Empowerment

Amering (text recovery in psychiatrie) beschreibt Empowerment als komplexes Konstrukt, das folgende Elemente des Recovery-Ansatzes betrifft: Selbstkontrolle, Autonomie, Selbstbewusstsein, subjektives Wissen, Überwindung von Abhängigkeit, Mut, Kontrolle, Übernahme von Rechten und Pflichten sowie Partizipation. Im Folgenden werden einige dieser Aspekte anhand praktischer Beispiele näher beleuchtet. Die Aufgaben der Sozialen Arbeit im Feld der Psychiatrie beziehen sich dabei insbesondere auf die Bearbeitung des Zusammenspiels zwischen Kompetenzbildung, Befähigung und Ermächtigung mit subjektiv sinnvollen Tätigkeiten.

#### Selbstverantwortung übernehmen

Ein grundlegender Bestandteil von Empowerment bildet die Selbstverantwortung, deren Relevanz für den Recovery-Prozess auch vielfach von Menschen mit BPS bestätigt wurde (vgl. Knuf 2008: 39). Nach Knuf bedeutet Selbstverantwortung, „dass Betroffene die Entscheidung treffen, genesen zu wollen, und ihre eigenen Handlungsmöglichkeiten dafür nutzen“ (zit. ebd.: 39).
Menschen mit BPS haben oftmals Mühe, Selbstverantwortung zu übernehmen (vgl. ebd.: 39). Dies kann auf unterschiedliche Ursachen zurückgeführt werden, wie bspw. Trauma-

Erfahrungen, die bei den Betroffenen häufig vorliegen. Durch Traumatisierungen erleben sie sich selber als hilflos und andere Menschen als übermächtig. Solche Empfindungen erwecken bei Menschen mit BPS das Verlangen nach einem „Retter", der das Lösen ihrer Probleme übernimmt (vgl. ebd.: 39). In Krisensituationen zeichnet sich dies häufig in einer sogenannten „aktiven Passivität" der Betroffenen ab, indem sie in ihrem Umfeld nach einer Person suchen, „die sich darum bemühen [soll], stellvertretend für sie die Probleme zu lösen" (zit. ebd.: 39). Oftmals wird selbstverletzendes Verhalten genutzt, um vermeintliche Retter an sich zu binden. Dies kann zu einem Teufelskreis führen. Das soziale Umfeld distanziert sich zunehmend von den Betroffenen, da die Beziehungsqualität durch solche Verhaltensweisen beeinträchtigt wird. Umso verzweifelter versuchen die Betroffenen, ihr Bedürfnis nach Hilfe zu stillen. Dafür wenden sie zunehmend stärkere selbstdestruktive Muster an, wodurch sie ihre Wirkungsabsichten jedoch deutlich verfehlen (vgl. ebd.: 39).

Um Selbstverantwortung übernehmen zu können, müssen Menschen mit BPS solch bezwingende Verhaltensweisen ablegen. Für die Betroffenen bedeutet dies, die entsprechenden Mechanismen sowie die damit einhergehenden Negativeffekte zu durchschauen. Sie sollten zudem anerkennen, dass die Bewältigung von Schwierigkeiten von der davon betroffenen Person selbst angegangen werden muss (vgl. ebd.: 39). Zum Empowerment gehört auch „die selben Rechte fordern und die selben Pflichten übernehmen wie andere" (Amering/Schrank 2012: 49). Für Menschen mit BPS bedeutet das in diesem Zusammenhang einzusehen, dass sie – wie andere handlungsfähige Menschen auch – für das Lösen ihrer Probleme selber verantwortlich sind. Sie können hierfür sehr wohl Unterstützung annehmen, die Kontrolle und Verantwortung obliegt jedoch zwingend ihnen.

Im Film „Recovery – Wie die Seele gesundet" (vgl. Gränicher 2007: o.S.) berichtet Bettina W. über ihre Erfahrungen mit der Krankheit BPS. Als sie nach der Geburt ihres Sohnes einen Erschöpfungszustand und emotionalen Zusammenbruch erlitten hatte, liess sie sich erstmals in eine psychiatrische Klinik einweisen. Es folgten zuerst diverse Fehldiagnosen wie Depression und Magersucht, bevor die Diagnose BPS gestellt wurde (vgl. ebd.). Im Film von Gränicher (Verweis auf Filmstellen -> überprüfen ) wird ersichtlich, dass die Reintegration von Bettina W. zuerst relativ problematisch verlief. Erfolgsschritte zeigten sich erst, als sie sich nach zahlreichen Rückfällen, mehreren Klinikaufenthalten und Suizidversuchen, von ihrem Mann trennte. Ihr wurde bewusst, dass sie Grundlegendes an ihrer Lebenssituation verändern musste, um die Krankheit bewältigen zu können. Sie suchte noch während ihres damaligen Klinikaufenthalts nach einer eigenen Wohnung, wodurch sie ihren Recovery-Prozess im Sinne von Empowerment aktivierte. Sie „habe gelernt, Verantwortung für [ihr] Leben zu übernehmen". Die Entscheidung für eine neue Lebenssituation bedeutete für Bettina W., dass sie eigene Handlungsmöglichkeiten nutzte, um ihr Leben selbstständig gestalten zu können.

Nachdem sie in ihrem Leben wieder Kontrolle übernehmen und Selbstverantwortung tragen konnte, gelang es ihr auch, ihre Reintegrationsprozesse erfolgreich zu gestalten (vgl. ebd.).
Die beschriebene Recovery-Erfahrung von Bettina W. entspricht der folgenden Definition von Empowerment von Amering und Schrank: „Das Wieder-Annehmen von Verantwortung und Kontrolle über das eigene Leben ist ein grundlegendes Element von Recovery, ein Akt der Emanzipation in einem psychiatrischen Versorgungssystem, das mitunter Abhängigkeit fördert“ (zit. Amering/Schrank 2012: 49). Die Förderung der Selbstbefähigung durch eine verstärkte Übertragung der Eigenverantwortung an Klientinnen oder Klienten konnte zudem in wissenschaftlichen Studien bestätigt werden (vgl. Kapitel 4.4.).

**Mut, Wille und Abhängigkeit überwinden**

Nach einer weiteren Definition von Amering und Schrank kann Empowerment „als ein Korrektiv für den Mangel an Kontrolle und das Gefühl der Hilflosigkeit und Abhängigkeit, das viele NutzerInnen psychiatrischer Angebote im Laufe der Zeit entwickeln“, bezeichnet werden (zit. ebd.). Den Menschen mit BPS fällt es meist besonders schwer, aus ihren Abhängigkeitsverhältnissen auszubrechen und Selbstverantwortung zu übernehmen (vgl. Knuf 2008: 39). Viele von ihnen verspüren einen starken Regressionswunsch, um Versäumnisse oder belastende Defizite aus ihrer Kindheit nachzuholen, die Verantwortung abzugeben und aufgefangen zu werden, wenn sie sich fallen lassen. Solche Verhaltensmuster führen leicht zu einer anhaltenden Abhängigkeit von Fremdhilfe, wodurch Betroffene ihre Handlungsmöglichkeiten nicht entfalten können (vgl. ebd.: 39).
Zu Empowerment gehört auch Mut und die Bereitschaft Risiken einzugehen, um sich von Abhängigkeiten zu lösen (vgl. Amering/Schrank 2012: 49). In der Definition von Jacobson und Greenley bildet „Mut: der Wille, Risiken einzugehen und einen Schritt zu wagen“; nebst Autonomie und Verantwortung ebenfalls einen Hauptbestandteil von Empowerment (Jacobson/Greenley 2001, zit. nach Falkai 2013: 26f.). Im Film „Recovery – Wie die Seele gesundet“ (vgl. Gränicher 2007: o.S.) bezeichnet Bettina W. ihren Willen als wichtigen Recovery-Faktor, der für die Übernahme von Selbstverantwortung und Reintegration notwendig war. Bettina W. gab nicht auf und kämpfte trotz diverser Rückschläge immer wieder gegen ihre Krankheit an, auch wenn niemand sonst an sie zu glauben schien. Sie wollte allen zeigen, dass sie es schafft, gesund zu werden. Sie bewies Mut, indem sie ihre Lebenssituation verändert hatte (vgl. ebd.: o.S.). „Ich habe den starken Willen, allen zu zeigen, dass ich es schaffe.“
Bettina W. gelang es, sich von der institutionellen wie auch privaten Abhängigkeit im sozialen Umfeld zu lösen und sich von ihrem Ehemann zu trennen. Somit konnte sie beginnen, ihr Leben selbstbestimmt zu gestalten, auch wenn sie anfangs weder über materielle noch über

stabile psychosoziale Ressourcen verfügte. Es gelang ihr, ihr Leben von ganz unten wieder aufzubauen, wodurch schliesslich auch die Reintegration erfolgreich verlief (vgl. ebd. o.S.). Wissenschaftliche Studien haben in diesem Zusammenhang bestätigt, dass eine hohe Selbstorientierung die Selbstachtung und Lebensqualität verbessern kann (vgl. Kap. 4.4.1).

**Wissen über die Krankheit**

Wissenschaftliche Studien konnten bestätigen, dass der Faktor „subjektives Wissen über die Erkrankung und Bewältigung" positiven Einfluss auf den Genesungsprozess ausüben kann (vgl. Kapitel 4.4.1). Dieses Wissen ist im Hinblick auf Empowerment relevant, weil es die Selbstständigkeit beeinflusst (vgl. Amering/Schrank 2012: 49). Empowerment kann nach Amering und Schrank auch verstanden werden als „Selbständigkeit, die wiederum abhängt von Wissen, Selbstbewusstsein und von der Verfügbarkeit sinnvoller Möglichkeiten zur Lebensgestaltung" (ebd.: 49).

Das subjektive Wissen über die Krankheit stellte sich für Bettina W. ebenfalls als wichtiger Recovery-Faktor heraus (vgl. Gränicher 2007: o.S.). Als sie nach diversen Fehldiagnosen schliesslich die Diagnose BPS erhielt, war sie sehr erleichtert, endlich zu wissen, was mit ihr los war. Das Wissen darüber, dass sie wirklich krank war und eine solche Krankheit überhaupt existierte, empfand sie als beruhigend. Obwohl Bettina W. das Wissen über die Diagnose als positiv bezeichnet hatte, liess sich daraus keine direkte Wirkung im Hinblick auf den Reintegrationsprozess feststellen. Wie bereits erwähnt, gestaltete sich die Reintegration anfangs schwierig und konnte erst in einer späteren Phase des Genesungsverlaufs gelingen. Im Hinblick auf den Recovery-Prozess hingegen zeigte der Faktor Wissen deutlich seine Wirkung. Das Wissen, dass sie etwas an ihrer Situation verändern musste, war ausschlaggebend für den gesamten weiteren Recovery-Verlauf. Erst dadurch konnten die Empowerment-Faktoren im Hinblick auf das „Wieder-Annehmen von Verantwortung und Kontrolle über das eigene Leben" aktiviert werden (vgl. ebd. 49). Auch über die Reintegrationsphase hinaus erwies sich das Wissen von Bettina W. als förderlich für den Recovery-Prozess. Sie lernte die Krankheit und den Umgang mit dieser kennen. Das Bewusstsein darüber, wie die Krankheit auf sie selbst wirkt und welche Effekte dies für ihre Umwelt haben kann, ermöglichten ihr, die Kontrolle über die Krankheit zu erlangen. Bettina W. beschreibt sich immer noch als dünnhäutige, hochsensible Person, die sowohl positive als auch negative Emotionen ausserordentlich stark empfindet. Gefühle wie Liebe, Freude, Wut und Trauer erlebt sie weiterhin sehr intensiv. Sie weiss heute jedoch, wie sie mit diesen extremen Emotionen umgehen muss. Als wesentlichen Kernpunkt sieht sie die Notwendigkeit, sich immer wieder selber zu sagen, dass ihre Gefühle in Ordnung sind, so wie sie sind (vgl. ebd.: 49).

### 5.3.3. Stigma Bewältigung

Ein weiteres Kernelement des Recovery-Ansatzes, das entsprechend dem Grundwert „Soziale Gerechtigkeit“ auch für die Soziale Arbeit relevant ist, stellt die „Stigma Bewältigung“ dar. (Avenir Social).

Nach Amering ist das Überwinden von Stigmas eng mit Empowerment verbunden. Dies zeigt sich am Beispiel von Bettina W., die es dank ihrem Willen und ihrer Hoffnung geschafft hat, gegen das Stigma anzukämpfen, auch wenn niemand sonst an sie zu glauben schien.

Nicht allen Betroffenen gelingt dies jedoch so leicht. So berichtet Christina T. in ihrem Artikel „Eine unerklärbare Krankheit“, der im Buch „Leben auf der Grenze“ veröffentlicht wurde, dass sie gelernt habe, sich und ihr Verhalten im Zusammenhang mit ihren Reaktionen auf Alltagsprobleme an ihr Umfeld anzupassen. Dabei sei ihr aufgefallen, dass Personen, die über ihre Diagnose Bescheid wissen, ihr Verhalten häufig als „typisch BPS“ bezeichnen, während solche, die nichts über ihre Vergangenheit wissen, oft erklären, dass sie ähnlich gehandelt hätten und das Verhalten von Christina T. als angemessen betrachten würden. Für sie hat die Diagnose BPS folgende Bedeutung:

„Mein Fazit ist letztlich meine Vergangenheit so weit wie möglich geheim zu halten, um an den Reaktionen der ‚Normalen’ auf mich ablesen zu können, wie nah ich am ‚normalen Leben’ bin, zu dem ich nie wirklich das Gefühl habe dazuzugehören. ‚BPSrin’ zu sein bedeutet für mich Zuschauerin zu sein und mein ‚Doppelleben’ so zu organisieren, dass ich auf der Grenze zwischen meiner Innenwelt und der Aussenwelt stehen kann, ohne dass Vergangenheit und Gegenwart durcheinandergeraten.“

A. Knuf ist als Psychotherapeut in Deutschland tätig und hat diverse Publikationen im Zusammenhang mit BPS verfasst. Unter anderem ist er auch Herausgeber der Bücher „Gesundung ist möglich!“ und „Leben auf der Grenze“, in denen Betroffene über ihre Erfahrungen mit der Diagnose BPS berichten. In letzterem weist er auf die Problematik der Diagnose als Stigma bei den Betroffenen hin, die auch von den professionellen Fachkräften ausgehen. Diese würden oft negative Vorstellungen und Gefühle wie Angst, Ärger oder Hilflosigkeit mit der Diagnose BPS assoziieren. Auf psychiatrischen Abteilungen kann es daher leicht vorkommen, dass Mitarbeiter schon vor dem Eintritt der Klientin oder des Klienten eine ablehnende Haltung entwickeln, die sie leicht auf ihre TeamkollegInnen übertragen. Andere wiederum sind fasziniert von der Impulsivität und Kreativität der Betroffenen und freuen sich auf die neue Herausforderung, die sie mit dieser Diagnose verbinden. Aufgrund solcher Vorurteile sind BPS-Klientinnen oder Klienten besonders häufig von Stigmas betroffen, nicht nur auf gesellschaftlicher, sondern auch auf professioneller Ebene.

Negative Vorureile sind vorwiegend Reaktionen aufgrund einer Überforderung der Professionellen, die sowohl auf eine störungsspezifische Beziehungsdynamik wie auch auf strukturelle Rahmenbedingungen zurückzuführen sind. Es braucht Supervision, interprofessionelle Zusammenarbeit, finanzielle Ressourcen etc. und fordert zudem eine interprofessionelle Ko-

operation. Die Soziale Arbeit in der Psychiatrie weist darauf hin, dass in den letzten 3 Jahrzehnten verschiedene Therapiekonzepte entwickelt worden sind, um einer erfolgreichen Behandlung gerecht zu werden. Knuf hingegen bemängelt, dass die strukturellen Rahmenbedingungen insgesamt noch zu wenig auf die Bedürfnisse einer BPS gerechten Behandlung zugeschnitten sind.

### 5.3.4. Zwischenfazit

Die BPS galt bis vor wenigen Jahren noch als kaum behandelbar. Durch neue Therapieformen konnten sich die Prognosen deutlich verbessern (ba342 text 2). Der Recovery-Ansatz hat viele Betroffene in ihrem Genesungsweg unterstützt. Gemeinsame Bezugspunkte der im Kapitel 4 erwähnten Kernelemente und den Betroffenenerfahrungen lassen sich in folgenden Elementen finden: Empowerment, Hoffnung, Optimismus, Partizipation, Remission/Symptommanagement, subjektives Wissen über die Krankheit, Selbstbestimmung, soziale Integration und Netzwerke sowie Umweltfaktoren.
Anhand des dargelegten Fallbeispiels wird verdeutlicht, dass Empowerment als Kernelement des Recovery-Ansatzes die Lebenslagen der Betroffenen in verschiedenen Dimensionen tangieren und somit Wirkung auf die Reintegrations- und Genesungsprozesse zeigen kann.
Die Handlungsoptionen der Sozialen Arbeit im gewählten Feld lassen sich auf verschiede Bereiche der Ebenen Unterstützung in alltagspraktischen Angelegenheiten, Gestaltung sozialer Verhältnisse und in Bezug auf die Bearbeitung des Zusammenspiels zwischen Kompetenzbildung, Befähigung und Ermächtigung mit subjektiv sinnvollen Tätigkeiten bestimmen. Zudem ergeben sich spezielle Anforderungen im Umgang mit BPS in Bezug auf die Beziehungsgestaltung und Stigma-Bewältigung.

# 6. Schlussfolgerungen

## 6.1. Handlungsperspektiven für die Soziale Arbeit

Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf das Feld der Integrierten Psychiatrie. Bossart et al. (Soziale Arbeit: 384) beschreiben eine vielfältige Methodenlandschaft der Sozialen Arbeit in diesem Arbeitsfeld, die sich in die Kategorien „Hilfen zur Bewältigung wichtiger Lebensbereiche“, personenbezogene und professionsspezifische Methoden einteilen lässt (383). Diese Arbeit befasst sich mit der ersten Methode im Leistungsspektrum „Betreuung und Unterstützung der psychisch Kranken in deren Lebenswelt“. Im Zentrum des Aufgabenbereichs der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie steht die Unterstützung der Klientinnen und Klienten bei der Gestaltung sozialer Verhältnisse, sowie die konkrete Hilfestellung in alltagspraktischen Angelegenheiten. Im Hinblick auf die soziale Integration und Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe beinhalten die Aufgaben der Sozialen Arbeit auch die „Bearbeitung das Zu-

sammenspiels Kompetenzbildung, Befähigung und Ermächtigung mit subjektiv sinnvollen Tätigkeiten“ (zit. Sommerfeld/Kinisch). In den Lebensbereichen Arbeit und Wohnen sind nicht nur die organisatorischen Fähigkeiten der Klientinnen oder Klienten gefordert, sondern auch sozialraumbezogene Handlungsweisen, welche die berufliche und soziale Integration fördern. Den Rahmen für das professionelle Handeln bilden die 3 grundlegenden Dimensionen des Aufgabenbereichs (benennen!), die sich wiederum in weitere Bereiche unterteilen lassen.

Zentrale Kernelemente des Recovery-Ansatzes, die von den Betroffenen genannt wurden, sind: Empowerment, Hoffnung, Optimismus, Partizipation, Remission/Symptommanagement, subjektives Wissen über die Krankheit, Selbstbestimmung, soziale Integration und Netzwerke, Stigma-Bewältigung sowie Umweltfaktoren. Die meisten davon stimmen mit den Arbeitsprinzipen der Sozialen Arbeit überein (vgl. Kap. 4). Unterschiede ergeben sich in Bezug auf Hoffnung, Optimismus und Symptommanagement. Diese können jedoch auch als Handlungsoptionen der Sozialen Arbeit genutzt werden. Nachfolgend werden einige Beispiele genannt.

**Unterstützung in alltagspraktischen Angelegenheiten:**

*Alltag:* Die Soziale Arbeit sollte die Klientin oder den Klienten zudem mit Informationen versorgen können, wenn konkret danach gefragt wird, ohne jedoch etwas aufdrängen zu wollen, was nicht erwünscht ist. Soziale Arbeit kann unterstützen, sich auf die Suche nach kompetenter Hilfe machen. Ansonsten gilt die Klientin oder der Klient als „Experte in eigener Sache/im Umgang mit seiner Krankheit“. Dies bedeutet für die Soziale Arbeit, dass sie eine ganzheitliche und personenorientierte Sichtweise einnehmen muss, bei welcher die Klientin oder der Klient mit allem, was dazu gehört, im Zentrum steht.

**Unterstützung bei der Gestaltung sozialer Verhältnisse:**

*Soziale Lage*: Hier stellt auch das Case Management, das in Kapitel 1 erwähnt wurde und dem Recovery-Ansatz sehr entspricht, eine mögliche Handlungsperspektive für die Soziale Arbeit dar. Bei der Reintegration, also dem Austritt aus dem stationären Bereich, kann die Behandlungskontinuität weiterhin gewährleistet werden. Die Ziele des Case Managements sind beispielsweise die Erhaltung des gewohnten Umfelds des erkrankten Menschen, die Stärkung sozialer Fertigkeiten, die soziale und berufliche Integration etc.

*Soziales Netz*: Kennzeichnend für die BPS sind die Schwierigkeiten in der zwischenmenschlichen Beziehung und Interaktion. Es ist daher wichtig für die Soziale Arbeit, ein umfassendes Verständnis für die Krankheit und die Lebensgeschichte der Betroffenen zu haben, da sonst die Gefahr einer defizitorientierten Haltung besteht, die keine angemessene Relativierung im situativen Kontext zulässt (Soziale Arbeit der Psych: 356). In diesem Zusammenhang stellen die Angehörigenarbeit, Selbsthilfe, Trialog und Psychose Seminar wichtige

Ressourcen dar, die auch von der Sozialen Arbeit genutzt werden können. Diese Handlungsperspektive ermöglicht der Sozialen Arbeit ein gemeinsames Lernen mit professionellen Fachkräften, Betroffenen und Angehörigen.

**Bearbeitung des Zusammenspiels zwischen Kompetenzbildung, Befähigung und Ermächtigung mit subjektiv sinnvollen Tätigkeiten:**
*Ressourcen:* Es gehört zu den Kernaufgaben der Sozialen Arbeit die vorhandenen psychischen und sozialen Ressourcen zu aktivieren und zu stärken. Diese Aufgabe kann unter dem Aspekt Hoffnung und Optimismus weiter ausgeschöpft werden. Sie können sich auch positiv auf die Beziehung zwischen Klientin oder Klient und Professionellen auswirken, indem sich bspw. ein engeres Verhältnis durch das Anstreben eines gemeinsamen Ziels entwickelt und die Kooperation verbessert wird. Weiter hat Hoffnung auch starke Auswirkungen auf die Motivation der Klientin oder des Klienten, wodurch die Erfolgschancen zunehmen, was sich wiederum auf den Selbstwert, die Selbstachtung und die Selbstwirksamkeit auswirkt.

## 6.2. Beantwortung der Fragestellung

In diesem Kapitel werden die eingangs gestellte Fragestellung sowie ihre Unterfragestellungen beantwortet. Die wichtigsten Erkenntnisse der Arbeit wurden bereits als Zwischenfazite in den jeweiligen Kapiteln festgehaltenen, daher bezieht sich dieses Kapitel ausschliesslich auf die Fragestellung.

**Weshalb ist die Soziale Arbeit wichtig in der Psychiatrie?**
In Kapitel 2 wurde das bio-psycho-soziale Gesundheitsverständnis der Sozialen Arbeit erklärt. Entsprechend lässt sich auch die Notwendigkeit der Sozialen Arbeit, die für die Bearbeitung der sozialen Dimension und die Förderung der Reintegrationsprozesse zuständig ist, in der Psychiatrie begründen. Aufgrund der wechselwirkenden Dynamik zwischen den biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen von Krankheit kann die Komplexität einer Falldynamik nur in gemeinsamer, interprofessioneller Kooperation umfassend bearbeitet werden. Obwohl die Anerkennung der sozialen Dimension mit der Entwicklung zu Integrierten Konzepten zunehmend an Bedeutung gewonnen hat, wird sie bei der Behandlungsplanung oft ungenügend berücksichtigt, was sich negativ auf die Reintegrationsprozesse der Klientin oder des Klienten, wie auch auf den weiteren Genesungsprozess auswirkt. Nebst strukturellen Rahmenbedingungen führen auch die komplexen Problemlagen der Klientin oder des Klienten zu einer zunehmenden Vielfalt der Anforderungen an die Soziale Arbeit in der Psychiatrie, wodurch auch ihre Funktion an Bedeutung gewinnt.
**Was ist der Recovery-Ansatz?**

Der Recovery-Ansatz wurde im Kapitel 3 erklärt. In der Literatur werden 2 grundsätzliche Auslegungen von Recovery unterschieden. Im traditionellen klinischen Verständnis wird Recovery als ein Ziel definiert. Durch die „Recovery-Bewegung", die zu Beginn der 1980er Jahre in den USA von Betroffenen gegründet wurde, die ihre schwere psychische Erkrankung trotz negativer Diagnose überwinden konnten, erhielt der Begriff eine völlig neue Bedeutung. Im Sinn eines rehabilitativen Verständnisses wird Recovery als Prozess beschrieben, der unabhängig von Symptomen zu einem selbstbestimmten und sinnhaften Leben führt. Es geht nicht mehr darum in einen prämorbiden Zustand zurückzukehren, im Zentrum steht stattdessen das persönliche Wachstum. Mit diesem neuen Verständnis wird versucht, den Folgen von negativen Prognosen, wie Chronizität oder Unheilbarkeit entgegenzuwirken, die bei Betroffenen oft zu Stigmatisierung und Diskriminierung führen.

**Inwiefern decken sich die Wertvorstellungen und Zieldimensionen der Sozialen Arbeit mit dem Recovery-Ansatz und welche gemeinsamen Ausrichtungen lassen sich daraus ableiten?**

Für die Zielerreichung des Recovery-Ansatzes sind diejenigen Kernelement zentral, die in Kapitel 4 anhand der Arbeiten von unterschiedlichen Autoren (vgl. Kap. 4) miteinander verglichen wurden. Grösstenteils besteht diesbezüglich eine Übereinstimmung mit den Werten der Sozialen Arbeit. Gemeinsame Bezüge finden sich in den Elementen Selbstbestimmung, Partizipation, Empowerment, Ressourcenorientierung, soziale Integration, Unterstützung der Reintegration, Gemeinwesen und Sozialraumorientierung, gesellschaftliche Teilhabe, Hilfe zur Selbsthilfe, Recht auf Selbstbestimmung, Stärkung der Eigenverantwortung, autonome Lebensführung, Partizipation und Ressourcenorientierung. Gemeinsamkeiten bezüglich Ausrichtungen bestehen unter anderem im Humanistischen Menschenbild, Personenorientierung, im ganzheitlichen Ansatz und Werten wie Empowerment, Partizipation etc.

**Wie lassen sich die gemeinsamen Kernelemente auf die Reintegrationsprozesse nach stationären Klinikaufenthalten von Klientinnen oder Klienten mit einer BPS übertragen?**

Mit dieser Frage befasst sich das Kapitel 5. Viele Betroffene berichten über Recovery-Elemente, die sie in ihrem Genesungsweg unterstützt haben. Das Kernelement Empowerment zeigt, dass der Recovery-Ansatz die Lebenslagen der Betroffenen in verschiedenen Dimensionen tangiert und somit Wirkung auf die Reintegrations- und Genesungsprozesse zeigen kann. Zentrale Kernelemente des Recovery-Ansatzes, die von den Betroffenen genannt wurden, sind: Empowerment, Hoffnung, Optimismus, Partizipation, Remission/Symptommanagement, subjektives Wissen über die Krankheit, Selbstbestimmung, soziale Integration und Netzwerke sowie Umweltfaktoren.

**Welche Handlungsperspektiven ergeben sich daraus für die Soziale Arbeit in der Integrierten Psychiatrie?**

Als Grundlage für die Beantwortung dieser Frage dienen die Recovery-Kernelemente, die in Kapitel 5 von den Betroffenen als unterstützend genannt wurden. Die meisten davon stimmen mit den Arbeitsprinzipen der Sozialen Arbeit überein (vgl. Kap. 4). In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, wo die Soziale Arbeit ansetzen kann, um ihre Handlungsoptionen weiter auszuschöpfen. Entsprechende Beispiele wurden im Kapitel 6.1 aufgeführt.

Unter Berücksichtigung der Unterfragestellungen lässt sich die Hauptfragestellung wie folgt beantworten:

***Wie können Reintegrationsprozesse nach stationären Psychiatrieaufenthalten von Klientinnen oder Klienten mit einer BPS vor dem Hintergrund des Recovery-Ansatzes gefördert werden und welche Handlungsperspektiven ergeben sich daraus für die Soziale Arbeit?***

Für die Zielerreichung des Recovery-Ansatzes sind Kernelemente zentral, die in Kapitel 4 mit den Handlungsprinzipen der Sozialen Arbeit verglichen wurden. In einem weiteren Schritt wurden diese auf die Reintegration der Klientin oder des Klienten mit einer BPS bezogen. Anhand eines Fallbeispiels wurde unter Berücksichtigung theoretischer Bezüge dargelegt, wie verschiedene Aspekte von Empowerment auf den Recovery-Prozess des spezifischen Fallbeispiels gewirkt haben. Zudem konnte durch wissenschaftliche Ergebnisse bestätigt werden, dass die Elemente Hoffnung, Optimismus, subjektives Wissen über die Erkrankung und Bewältigung einen positiven Wirkung auf den Genesungsprozess haben. Durch diese Elemente lässt sich auch der Reintegrationsprozess fördern, der entsprechend dem Gesundheitsverständnis der Sozialen Arbeit eng mit dem Genesungsprozess verkoppelt ist.

## 6.3. Fazit und Ausblick

Insgesamt eignen sich die Kernelemente des Recovery-Ansatzes auch für die Soziale Arbeit, da viele Ähnlichkeiten bestehen. Es wurden auch Unterschiede festgestellt (vgl. Kap. 4), wie bspw. die Orientierung der ethischen Werte an der Medizin, was jedoch nicht grundlegend anders ist als bei der Sozialen Arbeit. Der grösste Unterschied in Bezug auf die verglichenen Dimensionen und Ausrichtungen ergibt sich vermutlich dadurch, dass der Recovery-Ansatz noch mehr auf das Individuum ausgerichtet ist und sich durch die konsequente Ausrichtung an der Person und deren Werten orientiert, die Soziale Arbeit berücksichtigt hingegen auch Gruppen und gesellschaftliche Aspekte. Damit ist sie also auch auf die gesellschaftliche Ebene fokussiert.

Wichtige Voraussetzung dafür ist jedoch die Integrierte Psychiatrie. Ohne solche Konzepte, die in der Schweiz noch nicht überall etabliert sind, wird es schwierig die Handlungskompetenzen der Sozialen Arbeit auszuschöpfen oder für Settings, wie in dieser Arbeit unter dem Leistungsspektrum „Betreuung und Unterstützung in der Lebenswelt der psychisch Kranken“, zu nutzen. Daher muss sich die Soziale Arbeit weiterhin bemühen, in ihrer Funktion wahrgenommen zu werden. Speziell im Zusammenhang mit Klientinnen und Klienten mit BPS ist zudem wichtig, Behandlungskontinuität zu gewährleisten und mehr vernetzte und störungsspezifische Angebote zu fördern, wie bspw. teilbetreute Wohngemeinschaften, da sie schwer mit anderen Störungsbildern kompatibel sind. Auch interprofessionelle Zusammenarbeit und ein gemeinsamer Fachaustausch sind förderliche Ressourcen, die intensiver genutzt werden sollten. Abbau von Vorurteilen und mehr Verständnis über die Krankheit sind weitere essentielle Faktoren.

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 : Übersicht Recovery-Elemente (In Anlehnung an M. Amering, SAMSHA, S. Breadstreeet, Onken)

Abb. 2: Gemeinsame Elemente Soziale Arbeit und Recovery-Ansatz (In Anlehnung an Abb. 1 und Avenir Sociale).p

## Abkürzungsverzeichnis

BPS = Borderline-Persönlichkeitsstörung

## Literaturverzeichnis

Abderhalden, Christoph/Needham, Ian/Schulz, Michael/Schoppmann, Susanne/Harder, Stefan (Hrsg.) (2008). Psychiatrische Pflege, psychische Gesundheit und Recovery. Vorträge und Posterpräsentationen – 5. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bern. Unterostendorf: IBICURA. URL: http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/files/kongressband/Kongressband_2008.pdf . [Zugriffsdatum 5. Januar 2014].

Amering, Michaela/Schmolke, Margrit (2012). Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. 5. Überarbeitete Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Amering, Michaela/Schrank Beat (2012). “Recovery” in der Psychiatrie. Neuropsychiatrie, Band 21, Nr. 1/2007. URL: http://gpg-tirol.at/fileadmin/media/Veroeffentlichungen/Recovery.pdf. [Zugriffsdatum 5. Mai 2015].

An Analysis of the Definitions and Elements of. Recovery: A Review of the Literature. By. Steven J. Onken, Ph.D. Catherine M. Craig. Priscilla Ridgway, Ph.D. In: http://www.bbs.ca.gov/pdf/mhsa/resource/recovery/analysis_definitions_elements_recovery.pdf [Zugriffsdatum 5. Januar 2014].

Avenir Social Schweiz (Hg.) (2015.): Avenir Social : http://www.avenirsocial.ch/de/p42012683.html: [Zugriffsdatum 5. Mai 2015].

Avenir Social Schweiz (Hg.) (2003): Avenir Social : http://www.avenirsocial.ch/cm_data/AS_Berufsbild_DE_def.pdf [Zugriffsdatum 5. Mai 2015].

Avenir Social Schweiz (Hg.) (2013.): Avenir Social : http://www.avenirsocial.ch/cm_data/Do_Berufskodex_Web_D_gesch.pdf [Zugriffsdatum 5. Mai 2015].

Bateman, Anthony W./Fonagy, Peter (2008). Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept. Giessen: Psy-

chosozial-Verlag.

Bosshard, Marianne/Ebert, Ursula/Lazarus, Horst (2013). Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. 4. Überarbeitete Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Dällenbach, Regula/Sommerfeld, Peter/Rüegger, Cornelia (2010). Integrierte psychiatrische Behandlung: Instrumente und Verfahren für die Soziale Arbeit. Zwischenbericht I. Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz. Olten/Basel. URL: http://www.fhnw.ch/ppt/content/pub/integrierte-psychiatrische-behandlung/zwischenbericht. [Zugriffsdatum 5. Januar 2014].

Dällenbach, Regula/Sommerfeld, Peter/Rüegger, Cornelia (2012). Integrierte psychiatrische Behandlung: Instrumente und Verfahren für die Soziale Arbeit. Zwischenbericht II. Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz. Olten/Basel. URL: http://www.fhnw.ch/ppt/content/pub/integrierte-psychiatrie-zwischenbericht-ii. [Zugriffsdatum 5. Januar 2014].

Deegan, Patricia (2001) Recovery - wieder gesund werden. Pro Mente Sana. Infoblatt 7/2014. überarbeitete Auflage 2011.

Falkai, Peter (2013). S3 – Leitlinie. Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitline in Psychiatrie und Psychotherapie.

Franzkowiak, Peter/Homfeld, Hans Günther/Mühlum, Albert (2011). Lehrbuch Gesundheit. Weinheim und Basel: Belz Juventa.

Gränicher, Dieter (2007). Recovery – wie die Seele gesundet. In: DVD.

Knauf, Andreas (2008). »Ich bin manchmal anders, und das ist okay« Gesundung bei Borderline-Erkrankung: Chancen und Hindernisse. Soziale Psychiatrie. 02/2008. URL: http://www.beratung-und-fortbildung.de/sp_120_38.pdf. Zugriffsdatum [Zugriffsdatum 5. Mai 2015].

Hochuli Freund, Ursula/Stotz, Walter (2011). Kooperative Prozessgestaltung. Stuttgart: Kohlhammer.

Ihde-Scholl, Thomas (2014). Ganz normal anders. Alles über psychische Krankheiten, Behandlungsmöglichkeiten und Hilfsangebote. Wädenswil: Alex Springer Schweiz AG. 2. Aufl.

International Federation of Social Workers (2014) URL: http://ifsw.org/policies/definition-of-social-work/): [Zugriffsdatum 5. Mai 2015].

Jacob, Gitta/Lieb, Klaus (2007). Borderline – Persönlichkeitsstörung. Psychiatrie und Psychotherapie up2date

Jacobson N, Greenley D. What is recovery? A conceptual model and explanation. Psychiatr Serv 2001;52:482–5.

Knauf, Andreas (2008). »Ich bin manchmal anders, und das ist okay« Gesundung bei Borderline-Erkrankung: Chancen und Hindernisse. Soziale Psychiatrie. 02/2008. URL: http://www.beratung-und-fortbildung.de/sp_120_38.pdf. Zugriffsdatum [Zugriffsdatum 5. Mai 2015].

Pauls, Helmut (2004). Klinische Sozialarbeit Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Pickett, Kate/Wilkinson, Richard (2012). Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind. 4. Aufl. Berlin: Tolkmitt Verlag.

Pro Menta Sana (o.S.). URL: https://www.promentesana.ch/de/wissen/recovery.html [Zugriffsdatum 5. Januar 2014].

Raupp, Klaus/Brömmer, Martin/Langenegger/Thomas (2008). Psychiatrisches Case Management der Integrierten Psychiatrie Winterthur (ipw). In:

Psychiatrische Pflege, psychische Gesundheit und Recovery. Vorträge und Posterpräsentationen – 5. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bern. Unterostendorf: IBICURA. URL: http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/files/kongressband/Kongressband_2008.pdf . [Zugriffsdatum 5. Januar 2014].

Richter, Dirk (2003). Psychisches System und soziale Umwelt. Soziologie psychischer Störungen in der Ära der Biowissenschaften. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Rössler, Wulf (2012). Herausforderung Psychiatrische Rehabilitation-eine Aktualisierung. Erschienen im März 2012. In: synapse - Forum für die Psychiatrieregion Winterthur Oberland. In: http://www.ipw.zh.ch. [Zugriffsdatum 5. Januar 2014].

Schuler, Daniela (2010). Obsan Fact sheet. Stationäre Psychiatrie in der Schweiz 2000-2006. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).

URL: http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/04.html?publicationID=3396 [Zugriffsdatum 4.Dezember 2014].

Schuler, Daniela/Burla, Laila (2012). Obsan Bericht 52. Psychische Gesundheit in der Schweiz.Monitoring 2012. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).

URL: http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/04.html?publicationID=4724 [Zugriffsdatum 4.Dezember 2014].

Schwarzer, Wolfgang/Trost, Alexander (Hrsg.). Altmyer, S./Crefeld, W./Grond, E./Hülshoff,

T./Lackinger Karger, I./Löhrer. F/Misek-Schneider, K. (2013). Psychiatrie, Psychosomatik und Psychothrapie für psycho-soziale und pädagogische Berufe. 5. Erweiterte Aufl. Dortmund: Löer Druck GmbH

Sommerfeld, Peter/ Calzaferri, Raphael/ Hollenstein, Lea (2008): Die Dynamiken von Integration und Ausschluss.Zur Erfassung und Bearbeitung von Komplexität in der Sozialen Arbeit. In: Conrad, C. & vonMandach, L. (Hrsg.): Auf der Kippe. Integration und Ausschluss in Sozialhilfe und Sozialpolitik. Zürich: Seismo Verlag, S. 67-80

Sommerfeld, Peter/Calzaferri, Raphael/Hollenstein, Lea (2006). Die Dynamiken von Integration und Ausschluss. Studie zum Zusammenspiel von individuellen Aktivitäten und

sozialen Systemen nach der Entlassung aus stationären Einrichtungen. Olten: FachhochschuleNordwestschweiz. URL: http://www.fhnw.ch/ppt/content/prj/s206-0002/Forschungsbericht%20Projekt%20DynInt.pdf. [Zugriffsdatum 5. Januar 2014].

Sommerfeld, Peter/Rüegger, Cornelia (2012). Soziale Arbeit in der Sozialen Psychiatrie. In: Rössler, Wulf/Kawohl, Wolfram (Hg.). Handbuch der sozialen Psychiatrie. Bd. Band 2. Stuttgart: Kohlhammer. S. 396-406.

Zentralstelle für Sozialarbeit. (Hg.) (oJ.) URL: http://www.klinische-sozialarbeit.de/index.html) [Zugriffsdatum 5. Mai 2015].