

Betroffenenbeteiligung Am Beispiel der Krisenpension

Diplomarbeit
Kathrin Kempen



Gliederung

- Einleitung
- Internationale Studienergebnisse zur Betroffenenbeteiligung
- Methodik und Untersuchungsdesign
- Ergebnisse der Empirischen Untersuchung
- Diskussion

Einleitung

- Betroffenenbeteiligung ist keine neue Idee
- Mosher und Burti fordern bereits 1989 (dt. 1992) die Beteiligung sogenannter „Ex-User“ in der gemeindepsychiatrischen Versorgung
- Amerikanische Studie (Besio & Mahler 1993):
79%
- Kanadische Studie (Vandergang 1996):
38%

Internationale Studienergebnisse

- Allgemeine positive Bewertung der Beteiligung Psychiatrieerfahrener in der psychiatrischen Versorgung (Dixon et al 1994)
- Vorteile für die KlientInnen, die beteiligten Psychiatrieerfahrenen, die MitarbeiterInnen der jeweiligen Träger und auf das psychiatrische System als Ganzes

Vorteile der Betroffenenbeteiligung

(Auswahl 1)

- **Besondere Empathiefähigkeit** (Besio & Mahler 1993, Francell 1996, Mowbray et al 1996, Doherty et al 2004)
- **Vorbildfunktion** (Besio & Mahler 1993, Mowbray et al 1994, Mowbray et al 1996, Lyons et al 1996, Dixon et al 1997, Doherty et al 2004)
- **Persönlicher Kontakt** (Besio & Mahler 1993, Fox & Hilton 1994, Mowbray et al 1996, Solomon & Draine 1996)
- **Fortbildung der anderen MitarbeiterInnen** (Dixon et al 1996, Francell 1996)

Vorteile der Betroffenenbeteiligung

(Auswahl 2)

- **Positive Veränderung der Einstellung der nicht-
psychiatrieerfahrenen MitarbeiterInnen
gegenüber psychisch Kranken** (Sherman & Porter 1991,
Besio & Mahler 1993, Dixon et al 1996, Lloyd & King 2003)
- **Zuwachs an Selbstbewusstsein für beteiligte
Psychiatrieerfahrene** (Besio & Mahler 1993, Mowbray et al 1993,
Mowbray et al 1996, Yanos et al 2001, Yuen & Fossey 2003, Doherty et al 2004)
- **Antistigmatisierungseffekt** (Shermann & Porter 1991, Besio &
Mahler 1993, Mowbray et al 1996, Yuen & Fossey 2003, Dixon et al 1997, Doherty et al 2004)

Methodik und Untersuchungsdesign

- Forschungsfrage „Wie sieht die spezifische Arbeit der betroffenen MitarbeiterInnen im Projekt *Krisenpension und Hometreatment* aus?“
- Qualitatives Vorgehen (Problemzentriertes Interview, Auswertung in Orientierung an die Grounded Theory, Nutzung des Computerprogramms Atlas.ti)

Ergebnisse der empirischen Untersuchung (Auswahl)

- Handlungen auf der Grundlage von personalen Qualifikationen aus Erfahrung: (Vor-)Gelebter Bewältigungsoptimismus, Betroffenenspezifische(r) Kontaktfähigkeit/ -aufbau
- Konsequenzen für die MitarbeiterInnen: Fortbildung der Professionellen, (Wieder-)Erstarken der betroffenen MitarbeiterInnen

(Vor-)Gelebter Bewältigungsoptimismus

- Def. Bewältigungsoptimismus nach Kunz et al 2004, S. 182: „Für jedes Problem lässt sich eine Lösung finden, also auch im folgenden Fall“
„die Krise macht Sinn, dass dass sich daraus erhellt ist, Krankheiten sind nicht zum Scheitern“ (Herr E., 1052-1053)

(Vor-)Gelebter Bewältigungsoptimismus 2

- Plus: Bewältigung einer eigenen psychischen Ausnahmesituation
- Plus: Modellcharakter für die NutzerInnen
„also zu wissen, also mich zu sehen also, dass ich da auch wieder raus gekommen bin dann, also das so zu sehen, man kann da auch wieder rauskommen und das war auch was, was ich, sozusagen, ich hatte manchen von denen ein oder eineinhalb Jahre voraus sozusagen“ (Frau B., 264-268)

Betroffenenspezifische Kontaktfähigkeit

- Kontaktfähigkeit ist eine wesentliche personale Qualifikation in der Krisenintervention (Kunz et al 2004)
- Betroffenenspezifisch, da die Basis die gemeinsame Erfahrung von psychischen Ausnahmesituationen von MitarbeiterIn und NutzerIn ist

Betroffenenspezifische Kontaktfähigkeit 2

- Teil der betroffenenenspezifischen Kontaktfähigkeit ist eine Empathie aus Erfahrung

„ich glaube was, also was ich sehr gut verstehen konnte ist, sozusagen wie tief verunsichert man in der Psychose ist also, was es eigentlich bedeutet, also für das Selbstwertgefühl und für das Gefühl zu sich selbst auch, also ich glaube, also was ich sonst noch so mitgebracht habe aus meiner eigenen Geschichte“ (Frau B., 157-162)

Betroffenenspezifische Kontaktfähigkeit 3

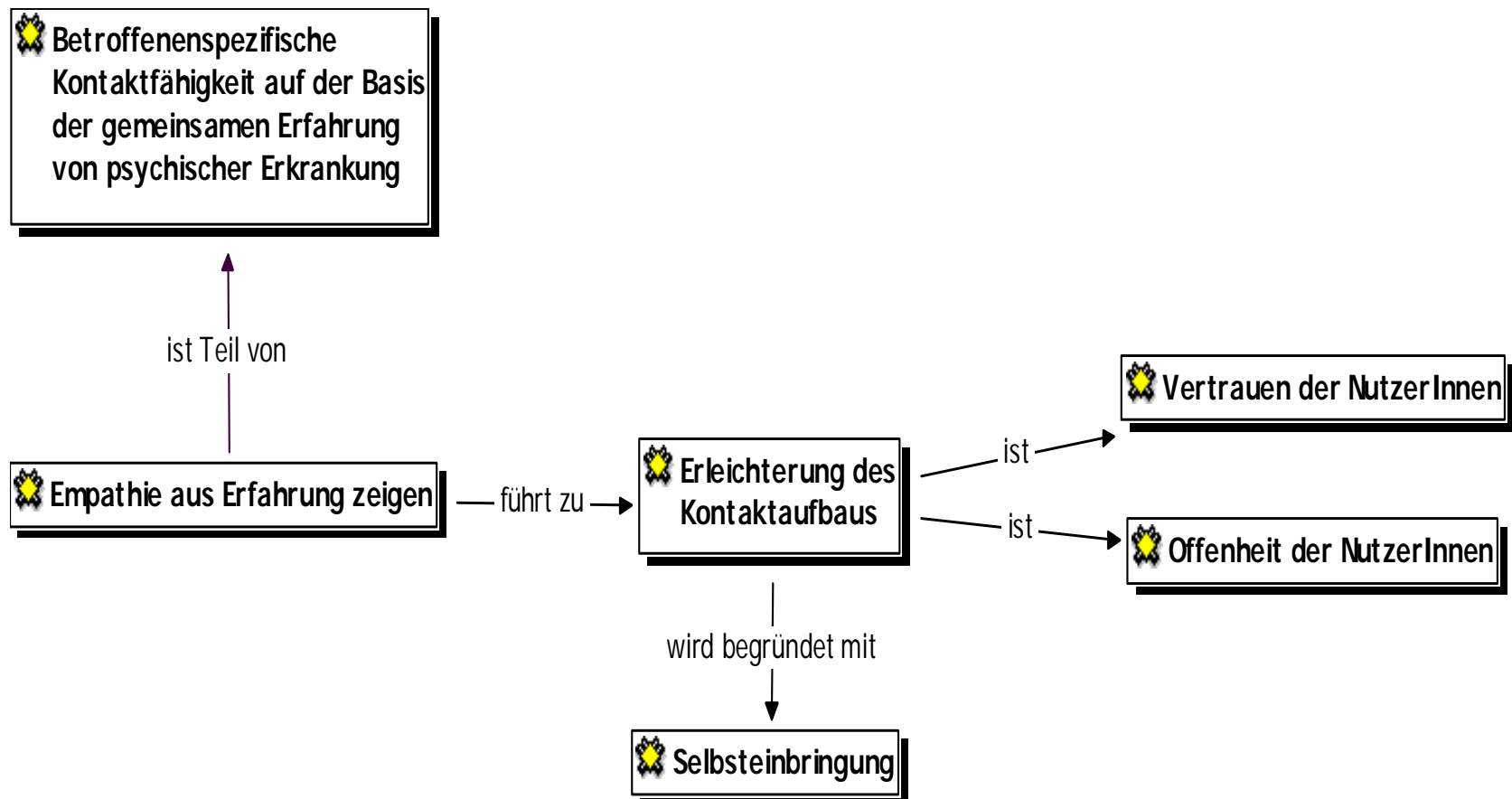
- Verbunden mit Schwierigkeit Distanz zu halten
- Einsatz von Distanzierung und Reflektion der Problematik als Strategien

„Also manchmal, also so, manchmal hatte ich das Gefühl, ich bin zu dicht dran (UNV. 2 Worte) also oder, das hab ich in der Regel so gelöst, dass ich zu meinen eigenen Erfahrungen gelöst“ (Frau B., 214-217)


Betroffenenspezifischer Kontaktaufbau

- Die betroffenenenspezifische Kontaktfähigkeit kann zu einem betroffenenenspezifischen Kontaktaufbau führen, wenn die Empathie aus Erfahrung gezeigt wird

Betroffenenspezifischer Kontaktaufbau 2



Betroffenenspezifischer Kontaktaufbau 3

- Selbsteinbringung  Vertrauen/ Offenheit
„es ist eigentlich so, dass es, dass dies Offenheit mit sich selbst eigentlich irgendwie sag ich mal ansteckend wirkt“ (Herr E., 733-735)
„wenn ich an eine Frau denke im Gespräch „ja und ich bin halt mit Borderline begrenzt berentet“, „wie du kennst das ja auch“ und dann merke ich, dass bei ihr ein Klick entsteht, wo sie sich anders öffnen kann“ (Herr R., 514-517)

Betroffenenspezifischer Kontaktaufbau 4

„Also denke ich so, dass dann also einfacher auch darüber gesprochen werden kann über das Stimmenhören, also wenn ich jetzt sage, ich kenne das mit befehlenden Stimmen und dieser Stimmenhörer sagt dann, ja das habe ich auch erlebt oder, dass man mit der Ressource eigene Erlebnisse, leichter ins Gespräch kommt“ (Frau A., 313-318)

Konsequenzen - Fortbildung

- Weitergabe von reflektiertem und evaluiertem Erfahrungswissen an professionelle MitarbeiterInnen
- Begegnung als Kolleginnen und Kollegen
- Informeller Austausch, konkrete Zusammenarbeit, konstruktive Kontroversen

Konsequenzen – Fortbildung 2

- Es kommt zur Entwicklung einer NutzerInnenperspektive auf den Arbeitsbereich, neuer Qualitätsansprüche und einer neuen Haltung

Konsequenzen – Fortbildung 3

- NutzerInnenperspektive:

„dass ich hab Austausch und äh so auch Profis mit der Perspektive von Betroffenen etwas sehen können“ (Frau A., 344-346)

- Neue Qualitätsansprüche:

„Ja eine hat mich neulich mal angesprochen, dass meine Geschichte, nicht meine Geschichte sondern mein Umgang da mit einer Frau zum Thema einer Qualitätssicherungssitzung gemacht hat (I: Mhm) sie war ganz froh, weil sie das wohl so gut fand, wie ich mit der in der Küche gesprochen hatte und das hat sie dann gleich als Fall da genommen, um das also weiter zu geben, das war Qualitätssicherung bei Pinel“ (Frau A., 270-278)

Konsequenzen – Fortbildung 4

- Neue Haltung:

„I: Und profitieren deine Kollegen von deiner Erfahrung?

R: Ich denke ja dass, wenn ich jetzt an meine Auseinandersetzung mit F. denke, dass ja unser Gespräch, was wir geführt haben ja doch dann sicher so mitkriege, doch ein paar Spuren hinterlassen hat, dass sie jetzt offener mit Menschen umgeht, das finde ich von der Seite her gut, das zu erleben, dass auch bei einem anderen Menschen sich was verändert“ (Herr R., 467-474)

Konsequenzen – (Wieder-) Erstarken (Aspekte)

- Tätigkeit in der Krisenphase ist assoziiert mit:
 1. Wertschätzung der NutzerInnen
 - „als Helfer bekomme ich ja auch etwas, nämlich eine, einmal das Vertrauen des anderen und das, den Respekt, die Anerkennung“ (Herr R., 429-431)

Konsequenzen – (Wieder-) Erstarren (Aspekte 2)

2. Möglichkeit zur Offenheit und Authentizität bezüglich der Psychiatrieerfahrung

„Das hat ich, also da fand ich die Krisenpension für mich sozusagen als die Art der Arbeit insofern sehr sehr heilsam also auch, weil ich sehr offen mit meiner Psychoseerfahrung umgehen konnte“ (Frau B., 226-229)

Konsequenzen – (Wieder-) Erstarren (Aspekte 3)

3. Anspruch der Tätigkeit entspricht intellektuellen Bedürfnissen

„I: Sozusagen jetzt wechseln wir mal das Thema, jetzt es, ja, um dich selbst. Hat deine Tätigkeit in der Krisenphase deine Selbstwahrnehmung oder dein Selbstbild verändert?“

A: Ja und zwar, weil ich einfach glaube, dass das ne anspruchsvolle Tätigkeit ist.“ (Frau A., 385-390)

Konsequenzen – (Wieder-) Erstarren (Aspekte 4)

4. Potential der Tätigkeit, psychiatrische Versorgung zu bewegen

„Und auch, dass man da was machen kann, zum Beispiel, dass man so das Gefühl hat, ich kann was bewirken, also wo ich selbst irgendwie was erlebt habe, was nicht schön war, dass ich jetzt so den Eindruck habe, da kann man was machen, also was bewegen, ich will nicht sagen verändern weil, das sind immer so große Worte aber, man kann was bewegen.“ (Frau A., 390-396)

Konsequenzen – (Wieder-) Erstarren (Umgang Erfahrung 1)

- Aspekte der Tätigkeit führen u.a. zu Veränderung des Umgangs mit der Psychiatrieerfahrung

1. Integration in ganzheitliches Selbsterleben

„das ist für mich sehr, für mich sehr heilsam, dass ich diesen Dr. Jekyll und Mr. Hyde (UNV. 3 Worte), dass ich die nicht spalten muss, also für mich ist es erst mal sehr gesund“ (Herr E., 471-474)

Konsequenzen – (Wieder-) Erstarken (Umgang Erfahrung 2)

2. Integration in berufliche Identität – Vom Manko zur Kompetenz

„ich auch ein Gefühl gekriegt, das hat, also das hat einfach auch
ne starke funktionelle Kompetenz, wenn die Erfahrung integriert
ist und irgendwie da“ (Frau B., 330-332)

(Wieder-)Erstarken

- Allgemeine Stärkung und Genesungsaspekt
- Beinhaltet:
 - a) Zuwachs an Selbstbewusstsein und Selbstachtung
„durch diese Arbeit an diesem Projekt hab ich sehr viel mehr Selbstwertgefühl“ (Herr E., 797-798)

(Wieder-)Erstarken 2

b) Erleben einer allgemeinen Sinnhaftigkeit
„meine Tätigkeit dort trägt absolut dazu bei,
dass ich das Gefühl habe am richtigen Ort zur
richtigen Zeit zu sein, was ich früher eher nicht“
(Herr E., 803-805)

(Wieder-)Erstarken 3

c) Genesungsaspekt, wird von InterviewpartnerInnen als Heilung bezeichnet

„da hatte ich so das Gefühl, diese Offenheit, die ich sonst an keinem anderen Arbeitsplatz, ich hab ja auch jetzt den Vergleich mit dem neuen Arbeitsplatz, da würde ich nicht so offen damit umgehen und, dass ich das in der Krisenpension konnte, das das hab ich für mich als sehr sehr heilsam erlebt“ (Frau B., 230-235)



**Vielen Dank für eure
Aufmerksamkeit!**



Literatur

- Besio, S. & Mahler, J. (1993). Benefits and Challenges of Using Consumer Staff in Supported Housing Service. *Hospital and Community Psychiatry*, Vol.44, 490-491
- Craig, T., Doherty, I., Jamieson-Craig, R., Boocock, A., Attafua, G. (2004). The consumer-employee as a member of a Mental Health Assertive Outreach Team. I. Clinical and social outcomes. *Journal of Mental Health* 13, 59-69
- Dixon, L., Krauss, N, Lehman, A. (1994). Consumers as Service Providers: The Promise and Challenge. *Community Mental Health Journal* 30, 615-625
- Dixon, L., Hackman A., Lehman (1997). Consumers as staff in assertive community treatment programs. *Administration and Policy in Mental Health*, Vol.25, No.2, 199-208
- Doherty, I., Craig, T., Attafua, G., Boocock, A., Jamieson-Craig, R. (2004). The consumer-employee as a member of a Mental Health Assertive Outreach Team. II Impressions of consumer-employees and other team members. *Journal of Mental Health*, 13 (1), 71-81

Literatur 2

- Francell, E.G. (1996). My role as a consumer-provider: Challenges and opportunities. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, Vol. 34, 29-31
- Fox, L. & Hilton, D. (1994). Response to "Consumers as Service Providers: The Promise and Challenge. *Community Mental Health Journal*, Vol 30, 627-629
- Kunz, S., Scheuermann, U., Schürmann, I. (2004). *Krisenintervention – Ein fallorientiertes Arbeitsbuch für Praxis und Weiterbildung* (S.176-183). Juventa Verlag: Weinheim und München
- Lyons, J.S., Cook, J.A., Ruth A.R., Karver, M. and Slagg, N.B. (1996). Service Delivery Using Consumer Staff in a Mobile Crisis Assessment Programm. *Community Mental Health Journal*, Vol 32, 33-40
- Mosher, L.R. & Burti, L. (1992). *Psychiatrie in der Gemeinde – Grundlagen und Praxis* (S.248-269). Psychiatrie Verlag: Bonn

Literatur 3

- Mowbray, C. T., Moxley, D. P., Trasher, S., Bybee, D., McCrohan, N. & Harris, S., Clover, G. (1996). Consumers as Community Support Providers: Issues Created by Role Innovation. *Community Mental Health Journal*, Vol. 32, 47-67
- Mowbray, C. T., Rusilowski-Clover, G., Arnold, J., Allen, C., Harris, S., McCrohan, N., Greenfield, A. (1994). Project WINS: Integrating Vocational Services on Mental Health Case Management Teams. *Community Mental Health Journal*, Vol.30, 347-362
- Mowbray, C. T. & Cheribeth, T. (1993). Consumer-Operated Drop-In Centers: Evaluation of Operations and Impact. *The Journal of Mental Health Administration*, Vol.20, 8-19
- Sherman, P.S. & Porter, R. (1991). Mental Health Consumers as case management aides. *Hospital and community psychiatry*, Vol.42, 494-498
- Solomon, P. and Draine J. (1996). Perspectives Concerning Consumers as Case Managers. *Community Mental Health Journal*, Vol 32, No. 1, 41-46

Literatur 4

- Solomon, P. (1994). Response to “Consumers as Service Providers: The Promise and Challenge. *Community Mental Health Journal*, Vol 30, 631-634
- Vandergang, A. J. (1996). Consumer/Survivor Participation In The Operation Of Community Mental Health Agencies And Programs In Metro Toronto: Input or Impact?. *Canadian Journal Of Community Mental Health*, Vol.15, 153-165
- Yuen, M. S. K. & Fossey, E. M. (2003). Working in a community recreation programm: A study of consumer-staff perspectives. *Australian Occupational Therapy Journal*, Vol.50, 54-63
- Yanos, P. T., Primavera, L. H. & Knight, E.L. (2001). Consumer-Run Service Participation, Recovery of Social Functioning, and the Mediating Role of Psychological Factors. *Pschiatric Services*, Vol.52, 493-500