

FORUM

Supervision

Fallrekonstruktion als gelebte Praxis einer reflexiven Supervision

Roman Asshoff
Miriam Bredemann
Michael Domes
Hans-Peter Griewatz
Katharina Gröning
Galina Savinov
Renate Schwarz
Jana Suhr

Onlinezeitschrift für Beratungswissenschaft und Supervision: „FoRuM Supervision“
Fallrekonstruktion als gelebte Praxis einer reflexiven Supervision
(Heft 48)
24. Jahrgang

Herausgegeben von

Prof. Dr. Frank Austermann
Prof. Dr. Katharina Gröning
Angelica Lehmenkühler-Leuschner

Redaktion

Petra Beistein
Heike Friesel-Wark
Hans-Peter Griewatz
Vanessa Rumpold
Jan-Willem Waterböhr

Kontakt

Zentrum für wissenschaftliche Weiterbildung an der Universität Bielefeld e. V. (ZWW)
Weiterbildender Masterstudiengang "Supervision und Beratung"
z. Hd. Frau Prof. Dr. Katharina Gröning
Postfach 100131
33501 Bielefeld

E-Mail: onlinezeitschrift.supervision@uni-bielefeld.de

Homepage: <http://www.beratungundsupervision.de>

ISSN 2199-6334



November 2016, Universität Bielefeld

Supervision und Recovery

Beispiel einer Supervision mit einem Kreativtherapeuten-Team in einer psychiatrischen Klinik

Zusammenfassung:

Anhand eines Fallbeispiels einer Supervision mit einem Team der Kreativtherapie in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie wird nachgezeichnet, wie Professionelle bei einer aktuellen Haltung der Hoffnungslosigkeit wieder zu „Holders of Hope“ für ihre Patienten werden können. In der Supervision kam es zu einer überraschenden Wendung, als kollegial mit kreativen Mitteln eigene Hoffnungsbilder stellvertretend für eine Patientin visualisiert wurden. Der Recovery-Ansatz dient als theoretischer Bezugsrahmen und wird einführend vorgestellt. Hoffnung wird bei diesem Ansatz als grundsätzliche Haltung des Hoffnungsvoll-Seins verstanden. Auch wenn Fachkräfte diese Hoffnung stellvertretend für die Betroffenen haben bzw. bewahren, werden sie vom Patienten als hilfreich erlebt und können den Genesungsprozess fördern.

Gender bezogene Formulierungen entsprechen dem Schreibfluss. Sie beziehen sich, außer im Fallbeispiel, immer auf beide Geschlechter.

1. Einleitung

„Wir alle hoffen auf weiß der Himmel was! Ja, wir alle hoffen! Die einen weniger konkret als die anderen, aber die Erwartung ist allen gemein [...].“ (Saramago 2013: 237-238)

Wie können professionell Handelnde im psychiatrischen Kontext „Holders of Hope“ (vgl. Glover 2016), Bewahrer der Hoffnung für ihre Patienten sein und es während der Phase der Behandlung bleiben? Und wie können sie „Intent of Hope“ (ebd.), den Willen zur Hoffnung bewahren, auch wenn die Situation ihres Patienten wenig Grund für Hoffnung auf Genesung verspricht? Das sind Fragen, mit denen sich dieser Artikel auseinandersetzt. Es wird der Versuch unternommen, Gruppensupervision bzw. Teamsupervision als einen Raum zu kreieren, in dem es für die in der Psychiatrie Tätigen bei besonders ‚schwierigen Fällen‘ aufgrund der Genese, Diagnose, therapeutischem Verlauf und/oder Prognose möglich ist, sich mit der eigenen Hoffnungslosigkeit als Professionelle auseinander zu setzen. Fallsupervision erweist sich hier als das geeignete Format, um die eigene persönliche Emotionalität zu reflektieren, sie im kollegialen Rahmen und mit einer nicht dem Klinikbetrieb angehörenden Supervisorin, einem Supervisor zu bearbeiten und bestenfalls Wendungen der inneren Haltung und Veränderung belastender Emotionen zu erwirken. Die Wirkung könnte sein, dass professionell Handelnde wieder die nötige Motivation, Lust und Kreativität entwickeln, um den Patienten in der Besserung seiner Situation zu fördern und zu unterstützen. Dies ist, ohne vorherige Planung, in einer Supervisionssitzung gelungen, die in Teil 4 des Textes nachgezeichnet wird. Das forschungswissenschaftliche Vorgehen und analytische Nachzeichnen der Supervisionssitzung steht hierbei nicht im Vordergrund. Der Beitrag will als Erfahrungsbericht verstanden werden, der bestenfalls ei-

nen Forschungsprozess initiieren kann. Als theoretischer Bezugsrahmen der Fallskizzierung bietet sich der Recovery-Ansatz an, der nachfolgend in seinen Grundzügen vorgestellt wird.

2. Recovery

Der Recovery-Ansatz entwickelte sich in den frühen 1990er Jahren und hat seine Wurzeln im anglo-amerikanischen Raum. Das Konzept ist u.a. in Ländern wie Neuseeland, England, Kanada und in einzelnen amerikanischen Staaten ein elementarer Bestandteil der staatlichen Gesundheitsförderung und Gesundheitsplanung, aber auch des psychiatrischen Versorgungssystems. Für die Betroffenenbewegung (Psychiatrieerfahrenenbewegung) wie für reformorientierte Fachkräfte ist Recovery das zentrale Konzept ihres Handelns und ihrer Haltung (Amering/Schmolke 2012: 12; Knuf 2008: 8; Schrank/Amering 2007: 45). Im deutschsprachigen Raum erfährt das Konzept bzw. die Recovery-Orientierung erst schrittweise eine Einführung in die Praxis (Abderhalden u.a. 2013: 248-251). In den letzten Jahren zeigt sich aber auch hier eine Ausbreitung und Entwicklung der Recovery-Bewegung. Insbesondere die Schweiz nimmt hierbei eine Vorreiterrolle ein (vgl. Burr u.a. 2013).

Das meist zitierte Verständnis, was Recovery bedeutet und was es sein kann, ist nach Anthony (1993)

„[...] a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills and roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by the illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness.“ (ebd.: 13)

Der englische Begriff „Recovery“ kann sinngemäß mit ‚Genesung‘, ‚Rettung‘ oder ‚Wiedergesundung‘ übersetzt werden, jedoch ist für den Begriff im deutschen Sprachraum noch keine allgemeingültige und zutreffende Übersetzung gefunden worden (Knuf 2008: 8). Zentral ist jedoch, wie Betroffene (oder in diesem Ansatz: Psychiatrieerfahrene) ein für sie gesundes, gelingendes und subjektiv sinnvolles Leben leben können. Die Perspektive auf das eigene Leben mit, seiner je eigenen Geschichte, ist die eines Gesundungsweges trotz und mit psychischer Erkrankung. Recovery bedeutet in diesem Verständnis mehr als Symptombefreiheit (Remission).

„Recovery does not refer to an end product or result. It does not mean that one is ‚cured‘ nor does it mean that one is simply stabilized or maintained in the community. Recovery often involves a transformation of the self where in one both accepts one's limitation and discovers a new world of possibility. This is the paradox of recovery i.e., that in accepting what we cannot do or be, we begin to discover who we can be and what we can do. Thus, recovery is a process. It is a way of life.“ (Deegan 1996: 13)

Im Fokus steht das persönliche Wachstum und die persönliche Entwicklung hin zu einem erfüllten, subjektiv sinnvollen und hoffnungsfreudigen Leben (Schrank/Amering 2007: 45-50; Knuf 2008: 8).

Es gab immer wieder Versuche, zentrale Schlüsselemente von Recovery zu definieren. Die am häufigsten genannten Recovery-Komponenten sind: Hoffnung, Sinn und Aufgabe, Kontrolle und Wahlmöglichkeiten, Selbstmanagementtechniken, kreativer Umgang mit Risiken, Beziehungen, Soziale Inklusion (Zuaboni u.a. 2012: 21-23; Schrank/Amering 2007: 47-50). Recovery-Konzepte befassen sich somit zentral mit den Themenfeldern Hoffnung, Macht (Empowerment) und Lebenssinn (Kohärenz).

Amering hat dies auf die durchaus (gewollt) mehrdeutig zu verstehende ‚Formel‘ Hoffnung - Macht - Sinn gebracht (vgl. Amering u.a. 2008; Amering/Schmolke 2006).

3. Professionelle als „Holders of Hope“

Fachkräfte haben in diesem Kontext die Aufgabe, Recovery-Prozesse zu ermöglichen und zu unterstützen. Dies erfordert von ihnen ein (mitunter) neues Rollenverständnis. Professionelle Fachkräfte sollen hierbei verschiedene wünschenswerte Eigenschaften, wie zum Beispiel zwischenmenschliche Qualitäten (Geduld und Demut), die ganzheitliche Wahrnehmung der eigenen Person oder einen Glauben an das Veränderungspotential der Betroffenen, besitzen (vgl. Dorrer/Schinkel 2007). Diese Eigenschaften sind wiederum Grundlage und Ausgangspunkt, um Recovery-Prozesse überhaupt erst zu initiieren. Sie ermöglichen es professionellen Fachkräften, Hoffnung fördernde Beziehungen aufzubauen. Diese sind unter anderem durch die Wertschätzung der Person um ihrer selbst willen, den Glauben an die Authentizität der geschilderten Erlebnisse der Betroffenen, die Tolerierung von Zukunftsunsicherheit und das Erkennen von Fähigkeiten/Möglichkeiten der Betroffenen, sowie ein Zuversichtlich-Sein bezüglich deren Entfaltung, gekennzeichnet (vgl. Repper/Perkins 2003).

Hoffnung, „die Schwester der Heilung“ (Osterfeld 2011: 12), ist, wie bereits erwähnt, neben Macht und Sinn einer der drei Pfeiler einer Recovery-Orientierung. Hoffnung fördernde Beziehungen unterscheiden sich grundlegend von professionellen Beziehungen, in denen die Fachkraft die alleinige Entscheidungs-, Definitions- und Kontrollmacht hat. Fachkräfte mit diesem expertokratischen Rollenverständnis belassen Betroffene in einem Zustand der Unmündigkeit und bloßer Bedürftigkeit. Mitunter reale Erfahrungen von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit werden hierdurch noch verstärkt und zementiert.

„Sie [die Hoffnungslosigkeit] verkörpert ein Gefühl der Verzweiflung und Entmutigung, ein Denken, das nichts erwartet und ein Verhalten, das durch Passivität und Unangemessenheit gekennzeichnet ist.“ (Farran u.a. 1999: 25)

Ohne Hoffnung ist jedoch kein stabiles und sinnvolles Leben, das auf Zukunft ausgerichtet ist, möglich.

In Hoffnung fördernden Beziehungen fungieren Fachkräfte als „Holders of Hope“, um Betroffene auf dem Weg von der erlernten Hilflosigkeit (vgl. Seligman 1975) zur learned hopefulness (Zimmerman 1990: 71-86) zu begleiten und diesen Weg zu unterstützen. Hoffnung ist dabei etwas anderes als nur (unreflektierter- und oberflächlicher) Optimismus.

„[...] (E)ine pauschale Hoffnungsvermittlung im Sinne einer ‚Alles wird schon (wieder) gut werden‘-Haltung birgt mehr Gefahren, als dass sie hilfreich ist.“ (Mahler 2014: 52)

Es geht nicht um eine Art ‚Zaubermittel‘ oder Rezept, das reale Probleme ignoriert oder negiert. Vielmehr kommt es auf eine Balance, ein Mitschwingen zwischen dem Mitfühlen von Hoffnungslosigkeit und dem Hervorheben von Hoffnung an, was sich oft auch als Gratwanderung für Fachkräfte darstellt (Zuaboni u.a. 2012: 57-62). Hoffnung meint dabei eine grundsätzliche Haltung des Hoffnungsvoll-Seins (‚Ich glaube an Dich, auch wenn Du nicht an Dich glaubst‘ oder ‚Ich bin für Dich (da)‘) ohne eine dominierend resignative oder pessimistische Sichtweise auf das Gegenüber trotz erlebter Rückschläge oder scheinbar stagnierenden Entwicklungen (Hoffnungskrisen).

„Hoffnungsvoll sein bedeutet, voll in der Gegenwart zu stehen und mit der Ungewissheit der Zukunft umgehen zu können. Niemand kann voraussagen, wer genesen wird und wer nicht. [...] Das Einzige, was wir in echter Absicht tun können, ist, mit beiden Beinen in der Gegenwart zu stehen angesichts der unklaren, ungewissen Zukunft.“
 (Winter 2013: 16-17)

Diese Gegenwart kann aber zu einer healing presence (vgl. Breggin 2006) werden, wenn Fachkräfte stellvertretend für die Betroffenen Hoffnung haben/bewahren und an ihre Gesundheitsmöglichkeiten glauben (Hammer/Plößl 2013: 29-30). Betroffene *„schätzen Profis, die positive und Hoffnung stiftende Botschaften über ihr Veränderungspotential aussenden und konstruktives Feedback geben“* (Zuaboni u.a. 2012: 58). Kaiser (2014), selbst eine Betroffene, formuliert dies exemplarisch:

„Sie hatten einen langen Atem, auch dann, wenn mir mein eigener Atem auszugehen drohte. Sie hielten durch und deshalb konnte auch ich durchhalten.“ (ebd.: 143)

Gelingt dies, werden Fachkräfte auch als hilfreich für den eigenen Gesundungsprozess erlebt (Borg/Kristiansen 2004), wie zahlreiche Schilderungen von Betroffenen belegen (Schulz/Zuaboni 2014; Brown/Kandirikirira 2008). Helen Glover, die den Begriff *„Holder of Hope“* entscheidend geprägt hat (Amering/Schmolke 2012: 132-139), fordert Fachkräfte deshalb auf ihre Rolle ernst zu nehmen: *„The ability to act as holders of hope for those who cannot hold it themselves, as well as having the courage to give it back, is critical to good practice“* (Glover 2002).

Vor dem Hintergrund der Bedeutung von Hoffnung, einer hoffnungsfreudigen Beziehung zwischen der Fachkraft und ihren Patienten und der grundsätzlichen Bereitschaft, die Hoffnung für jemanden zu bewahren, wenn sie bei diesem Menschen nicht mehr vorhanden ist, wird nachfolgend die Sequenz einer Fallsupervision nachgezeichnet.

4. Supervision - „Die Hoffnung am Leben halten“

Die Kreativtherapie ist ein Teil des psychotherapeutisch-medizinischen Behandlungsplans der Kinder- und Jugendabteilung in einem Klinikum der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Die Kreativtherapie dient u.a. dem Therapieziel der Förderung der Selbstwahrnehmung und des Selbstausdrucks, der Selbstwertschätzung, dem Erleben und der Reflexion von Gefühlen, der Förderung der Kreativität und der Ermöglichung positiver Beziehungserfahrung, wie im Leitfaden der Kreativtherapie der Klinik nachzulesen ist. Mit den Kindern und Jugendlichen wird je nach Therapieplan Kunsttherapie, Musiktherapie oder eine andere Kreativtherapie im Einzel- oder Gruppensetting durchgeführt. Zur gemeinsamen Reflexion der therapeutischen Arbeit und zum Austausch und Besprechen organisationaler Themenbereiche findet viermal jährlich zu je zwei Zeitstunden Supervision mit den Kreativtherapeutinnen und -therapeuten in den Räumen der Kunsttherapie der Klinik statt.

In der Supervisionsitzung, von der hier berichtet werden soll, meldet eine Kunsttherapeutin zu Beginn den Bedarf einer Fallbesprechung an. Sie berichtet von einer intelligenten 17-jährigen Patientin, nennen wir sie Lea, die seit sechs Wochen in der Klinik stationär untergebracht ist. Seit ihrem 13. Lebensjahr hat sie den intensiven Wunsch sterben zu wollen. Diesen Wunsch habe sie bis dato vor ihren Eltern geheim gehalten. Ihre guten schulischen Leistungen ließen ihre Eltern keinen Verdacht schöpfen, in welcher verzweifelt psychischer Situation sie sich befand. Die Kontrolle darüber, ihre suicidalen Wünsche für sich behalten zu können, erlebte Lea nach eigenen Angaben als Freiheitsgrad.

Aufgrund mehrerer Fluchtversuche und massiven Untergewichts kam es zur Klinikeinweisung. Lea trägt nur schwarze Kleidung und an den Füßen schwere schwarze Stiefel.

Während eines Patientenausflugs gelang es Lea, sich von der Gruppe abzusondern und im Wald zu verstecken. Getrieben von ihrem Wunsch sich zu suizidieren, suchte sie nach giftigen Pflanzen. Nach polizeilicher Suchaktion konnte sie gefunden und wieder in die Klinik zurück gebracht werden. Die Behandlung auf Station gestaltet sich als große Herausforderung für das behandelnde Fachteam. Die familiäre Vorgeschichte liegt bis zum Zeitpunkt der Supervision noch weitgehend im Dunkeln. Im Kontakt mit den Eltern konnte jedoch Leas psychischer Zustand mit einer extrem negativen Vorbelastung im familiären Kontext und mit emotionaler Vernachlässigung in Zusammenhang gebracht werden. Weitere Einzelheiten über mögliche belastende bzw. traumatische Erfahrungen sind nicht bekannt.

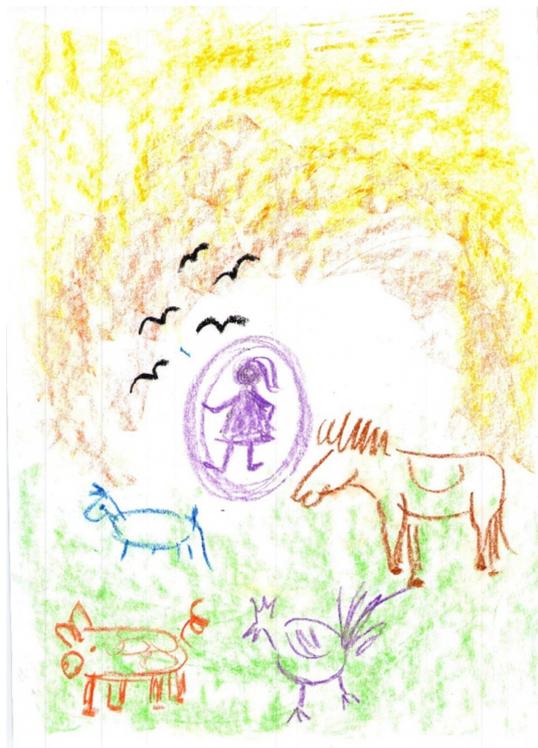
Da Lea gerne malt, wurde zusätzlich zur Behandlung auf Station kunsttherapeutische Einzelarbeit vorgeschlagen. Die Kunsttherapeutin machte Lea in den ersten Sitzungen das Angebot zu zeichnen. Lea ließ sich auf das Angebot ein und ihre besondere Liebe zu Pferden und allgemein zu Tieren kam zutage. Lea blieb in den bisherigen Sitzungen bei ihrer Lebenseinstellung und dem Wunsch lieber sterben als leben zu wollen. Hoffnung auf Besserung oder Veränderung war für die Kunsttherapeutin an nichts festzumachen. Entgegen der Arbeit mit anderen Patientinnen konnte sich die Kunsttherapeutin in ihrer eigenen Resonanz (Schwarz 2015: 55f.) auf Leas psychischen Zustand keine Hoffnung auf Besserung machen. ‚Der Fall‘ schien ‚hoffnungslos‘ und von besonderer Schwere zu sein, das erlebt sie an ihren eigenen leiblichen Reaktionen. Sie kam keinen Schritt in Richtung Lebenszuversicht mit Lea weiter, auch nicht in ihren eigenen Vorstellungen, wenn sie an Leas Zukunft dachte. Das beunruhigte sie, da sie das aus ihrer bisherigen Arbeit in dieser Intensität nicht kannte. Soweit der Fallbericht der Kunsttherapeutin zur Arbeit mit Lea und ihrem eigenen Erleben.

Ihr Anliegen in der Supervision ist es nun, die Kolleginnen und Kollegen nach ihren eigenen Erfahrungen und ihrem Umgang in ähnlichen Situationen mit suizidalen Kindern oder Jugendlichen zu befragen. Was hat bei anderen ähnlich *„krassen Fällen“* geholfen und was könnte Lea helfen? Das war ihre zentrale Frage an die Runde. Als Supervisorin nahm ich noch ein anderes Anliegen der Falleinbringerin wahr: stellvertretend für Lea Hoffnung auf Weiterleben entwickeln zu können, so dass Lea die Möglichkeit hat, auf diese Hoffnung in der Beziehung zu ihrer Kunsttherapeutin vertrauen zu können.

In der nächsten Phase des Erfahrungsaustauschs in der Supervision fiel bei der Rückmeldung einer Kollegin der Satz *„...das muss man aushalten, da muss man sich ein Bild ausmalen...“*. Das ist das Stichwort für mich. Hier geht es darum, in der Gruppe Bilder der Hoffnung entstehen zu lassen, um wieder sinnbringend und beziehungsbezogen mit Lea arbeiten zu können. Ich lade die Gruppe ein Hoffnungsbilder zu malen, bzw. innere Bilder, die im Moment in der Vorstellung entstehen, wenn mit Lea Hoffnungsaspekte verbunden werden. Falls keine Hoffnungsbilder entstehen sollten, wie das bei einigen der Fall ist, kann das verbildlicht und visualisiert werden, was an inneren Bildern beim Zuhören der Falleinbringerin entstanden ist. Farben und Blätter werden am Boden verteilt und erstaunlich schnell entstehen mit großer innerer Beteiligung Skizzen, Zeichnungen und gemalte Bilder. Es entsteht eine erstaunliche Anzahl von Bildern wie ‚Lea lebt auf einem Bauernhof‘, ‚Lea auf einem Esel reitend‘, ‚eine schwarze Fläche, die in einer weißen Lücke eine neonfarbene winzig kleine Blume erkennen lässt‘, ‚winziger Sprössling auf brauner Erde‘ und ‚ein eingeschlossener Kern‘.



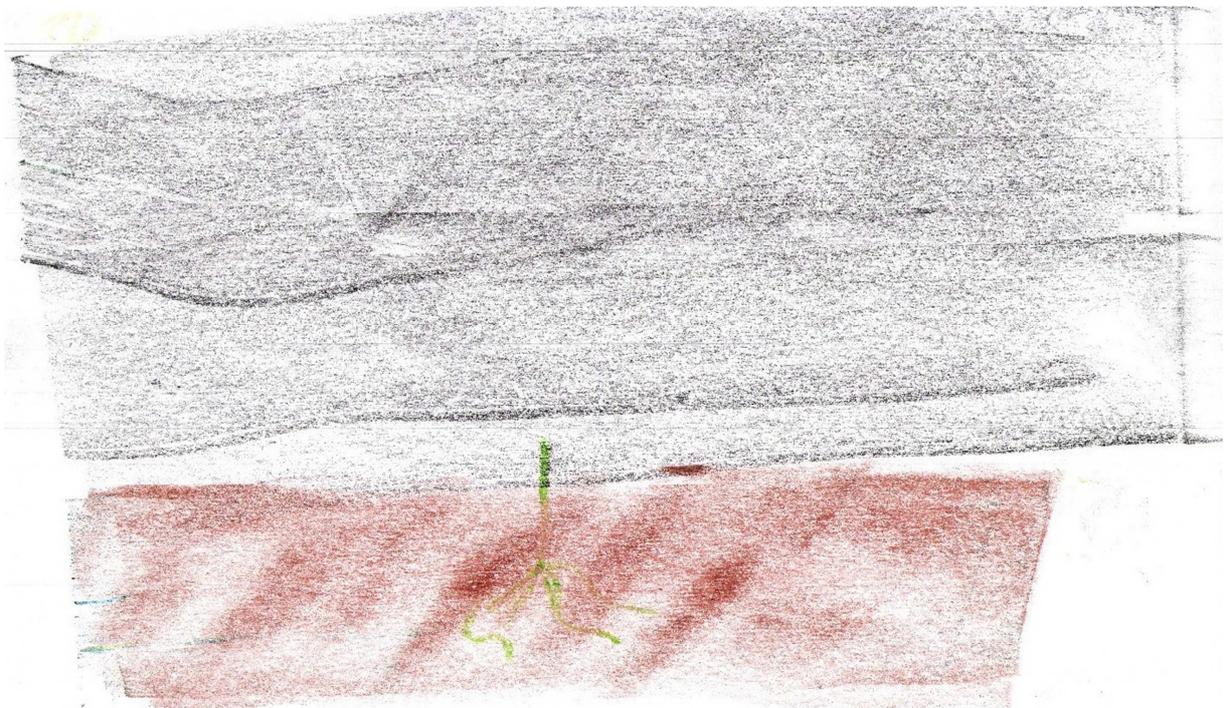
„Lea auf einem Esel reitend“



„Lea lebt auf einem Bauernhof“



„Eine schwarze Fläche, die in einer weißen Lücke eine neonfarbene, winzig kleine Blume erkennen lässt“



„Winziger Sprössling auf brauner Erde“

Die Bilder werden in der Mitte des Raums ausgelegt. Die Falleinbringerin lässt die Bilder auf sich wirken und hört die jeweiligen Assoziationen und Emotionen, die die Kollegen und Kolleginnen mit ihrem Bild verbinden. Sie ist emotional berührt, ihre anfängliche Hoffnungslosigkeit verflüchtigt sich zusehends. Sie spürt wieder Mut, Ideen und Kraft mit Lea weiter zu arbeiten. Als Resonanz spüre ich als Supervisorin Erleichterung, der Raum und die Atmosphäre (Fuchs 2000) scheinen sich zu öffnen. Die Schwere, die im Raum war, weicht einer kreativen lebendigen Stimmung. Die Falleinbringerin möchte die entstandenen Bilder mitnehmen. Sie sollen sie später an das Sharing, das gemeinsame Suchen und Erleben in der Supervision erinnern. Die Sitzung hat sie als Geschenk und Kraftquelle erlebt, so beschreibt sie ihr Erleben in der Abschlussrunde.

Jedem und jeder im Raum ist am Ende der Sitzung bewusst, dass Leas Zukunft ungewiss ist und dass es offen bleibt, ob sie sich für eine gelebte Zukunft entscheiden kann. Aber am Ende der Supervision hat die behandelnde Kunsttherapeutin wieder professionelle positive Energie und die nötige Distanz, die Beziehung zu ihrer Patientin so zu gestalten, dass diese, getragen von der Hoffnung ihrer Therapeutin, selbst Zuversicht entwickeln könnte.

5. Erkenntnisgewinn

Was deutlich geworden sein dürfte ist, dass es möglich ist, in einem gemeinsamen kollegialen Suchprozess von der Perspektiv- oder Hoffnungslosigkeit im therapeutischen Prozess Hoffnungsfreudigkeit zu entwickeln. Das Sharing, der kollegiale Austausch und das gemeinsame Interesse an der Patientin können mithilfe einer passenden Intervention bzw. dem Angebot zu einem kreativen Prozess wieder Hoffnung auf einen Genesungsprozess entstehen lassen. Wenn wir die heilende Wirkung der ‚hoffnungsfreudigen Beziehung‘ im therapeutischen Prozess zugrunde legen, kann die Entwicklung oder Wiedererlangung der eigenen Hoffnung, die zunächst stellvertretend gelebt wird, ein Türöffner für Patienten und Patientinnen für eigene Genesungsprozesse sein. Ein weiterer positiver Effekt könnte der sein, dass, wer in einer Haltung und Stimmung der Hoffnung für seine Patienten arbeitet, seine eigene Gesundheit fördert und sich präventiv vor Burnout schützen kann.

So wie der professionell Handelnde in der Psychiatrie stellvertretend für einen Patienten Hoffnung entwickeln oder bewahren kann, ist es aus einer Recovery Perspektive möglich, dass der Supervisor oder die Supervisorin stellvertretend für Supervisanden als „Holder of Hope“ fungiert, so dass ein Team oder Einzelpersonen „*Intent of Hope*“, den „*Willen zur Hoffnung*“ (vgl. Glover 2016) bewahren oder zumindest wieder als erstrebenswert in den Fokus der Reflexion rücken können.

Literaturverzeichnis

- Abderhalden, C./Burr, B./Schulz, M./Zuaboni, G.(2013): Recovery im deutschsprachigen Raum: Visionen für die Zukunft, in: Burr, C./Schulz, M./Winter, A./Zuaboni, G. (Hrsg.) (2013): Recovery in der Praxis. Voraussetzungen, Interventionen, Projekte, Köln: Psychiatrie Verlag, S. 248-255.
- Amering, M./Schmolke, M. (2012): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit, Bonn: Psychiatrie Verlag (5. überarbeitete Auflage).
- Amering, M./Krausz, M./Katschnig, H. (Hrsg.) (2008): Hoffnung - Macht - Sinn. Schizophrene Psychosen im neuen Licht, Wien: Facultas.
- Amering, M./Schmolke, M. (2006): Hoffnung - Macht - Sinn. Recovery-Konzepte in der Psychiatrie, in: Managed Care 1 (2006), S. 20-22.
- Anthony, W. (1993): Recovery from mental illness. The guiding vision of the mental health service system in the 1990s, in: Psychosocial Rehabilitation Journal 16, S.11-23.
- Borg, M./Kristiansen, K. (2004): Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services, in: Journal of Mental Health, 2004, 13(5), S. 493-505.
- Breggin, P. (2006): The Heart of Being Helpful: Empathy and the Creation of a Healing Presence, New York: Springer.
- Brown, W./Kandirikirira, N. (2008): Recovering Mental Health in Scotland. Report on Narrative Investigation of Mental Health Recovery, Glasgow: Scottish Recovery Network.
- Burr, C./Schulz, M./Winter, A./Zuaboni, G. (Hrsg) (2013): Recovery in der Praxis. Voraussetzungen, Interventionen, Projekte, Köln: Psychiatrie Verlag.
- Farran, C./Herth, K./Popovich, J. (1999): Hoffnung und Hoffnungslosigkeit. Konzepte für Pflegeforschung und -praxis, Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Fuchs, Th. (2000) Leib - Raum - Person. Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie. Stuttgart: Klett-Kotta.
- Glover, H. (2002): Developing a recovery platform for mental health service delivery for people with mental illness/distress in England. A discussion paper, London: National Institute of Mental Health.
- Hammer, M./Plößl, I. (2013): Irre verständlich - Menschen mit psychischer Erkrankung wirksam unterstützen, Köln: Psychiatrie Verlag (2. Auflage).
- Kaiser, U. (2014): Das »Wir« trägt, in: Schulz, M./Zuaboni, G. (Hrsg.) (2014): Die Hoffnung trägt. Psychisch erkrankte Menschen und ihre Recoverygeschichten, Köln: BALANCE buch + medien verlag, S. 138-144.
- Knuf, A. (2008): Recovery: Wider den demoralisierenden Pessimismus. Genesung auch bei langzeiterkrankten Menschen, in: Kerbe 1/2008, S. 8-11.

- Mahler, L. (2014): Theoretische Vernetzungen. In: Mahler, L. Jarchov-Jädi, I./Montag, C./Gallinat, J. (Hrsg.): Das Weddinger Modell. Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext, Köln: Psychiatrie Verlag, S. 46-65.
- Osterfeld, M. (2011): Hoffnung, die Schwester der Heilung, in: pflegen: psychosozial 4/2011, S. 12-15.
- Repper, J./Perkins, R. (2003): Social Inclusion and Recovery. A Model for Mental Health Practice, London: Bailliere Tindal.
- Saramago, J. (2013): Claraboia oder Wo das Licht einfällt, Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Schrank, B./Amering, M. (2007): „Recovery“ in der Psychiatrie, in: Neuropsychiatrie, Band 21, 1/2007, S. 45-50.
- Schulz, M./Zuaboni, G. (Hrsg.) (2014): Die Hoffnung trägt. Psychisch erkrankte Menschen und ihre Recoverygeschichten, Köln: BALANCE buch + medien verlag.
- Seligman, M. E. P. (1975): Helplessness: On Depression, Development, and Death, San Francisco: W. H. Freeman.
- Winter, A. (2013): Ohne Hoffnung gibt es kein Recovery! Ein Interview mit Patricia Deegan, in: Burr, C./Schulz, M./Winter, A./Zuaboni, G. (Hrsg.) (2013): Recovery in der Praxis. Voraussetzungen, Interventionen, Projekte, Köln: Psychiatrie Verlag, S. 15-21.
- Zuaboni G./Abderhalden, C./Schulz, M./Winter, A. (Hrsg.) (2012): Recovery praktisch! Schulungsunterlagen, Bern: Verlag Universitäre Psychiatrische Dienste Bern.
- Zimmerman, M. (1990): Toward a Theory of Learned Hopefulness. A Structural Model Analysis of Partizipation and Empowerment. In: Journal of Research in Personality 24 (1990), S. 71-86.

Internetquellen

- Deegan, P. (1996): Recovery and the conspiracy of hope. Paper, presented at the Sixth Annual Mental Health Services Conference of Australia and New Zealand, Brisbane, Australia. URL: <https://www.patdeegan.com/pat-deegan/lectures/conspiracy-of-hope> (Stand: 26.07.2016).
- Dorrer, N./Schinkel, M. (2007): Towards Recovery Competencies in Scotland: The Views of Key Stakeholder Groups. URL: <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/173053/0048275.pdf> (Stand 26.07.2016).
- Glover, H./Australien: Bewahrerin der Hoffnung. URL: <http://www.einblicke-altenburg.de/?q=node/491> (Stand 24.07.2016)
- Schwarz, R. (2015): Applied Embodiment und das Konzept der Leiblichkeit in Beratung, Supervision und Coaching. Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung 3(1), 2015. URL: <http://www.resonanzen-journal.org> (Stand 26.07.2016).