

Artikel

Eine Klärung der grundlegenden Werte von Recovery : Die 10 Tidal Verpflichtungen

Clarifying the base for mental health recovery: The ten tidal-commitments

Poppy Buchanan-Barker ¹, Phil J Barker ¹

¹ Clan Unity International, Newport on Tay, Scotland

Korrespondenz: Poppy Buchanan-Barker, Clan Unity International, 88 West Road, Newport on Tay, Fife DD6 8HP, Scotland, Tel. 01382 542191, E-mail: tidalmodel@btinternet.com

Manuskript erstmals eingereicht: 24.10.2007

Endgültige Fassung eingereicht: 20.01.2008

Zur Publikation akzeptiert: 25.01.2008

(Deutsche Übersetzung von Ruth Schröck, bearbeitet von Michael Schulz, Ian Needham, Christoph Abderhalden)

Buchanan-Barker P, Barker PJ (2008) Eine Klärung der grundlegenden Werte der Genesung: Die 10 Tidal Verpflichtungen. Z Pflegewiss psych Gesundh 2(1):12-22

Zusammenfassung

Der sich entwickelnde Begriff Recovery (Genesung zur psychischen Gesundheit) ist oft nur vage definiert, doch er scheint eher von spezifischen menschlichen Werten und Ansichten beeinflusst zu sein als von wissenschaftlicher Forschung und Evidenz. Als ein Beitrag zur weiteren Entwicklung der philosophischen Basis des Begriffes des Recovery wird dieser Artikel die einzelnen Annahmen des Gezeitenmodells (Tidal Model) betrachten, die Genese der Wertebasis des Modells beschreiben – die Zehn Verpflichtungen – und die 20 Tidal Befähigungen illustrieren, die darauf zielen, praxisverortete Evidenz für den Genesungsprozess zu generieren.

Schlüsselwörter: Psychiatrische Pflege, Recovery, wertebasierte Pflege, Pflegemodell, Gezeitenmodell, Beziehungspflege

Abstract

The term recovery in mental health is still developing and is currently defined vaguely. However recovery seems to be influenced by specific human values and views rather than scientific research and evidence. In the attempt to further develop the philosophical basis of recovery this article will describe the genesis of the value base of the Tidal Model by illustrating to it ten commitments and twenty empowerments which endeavour to generate practice based evidence for the recovery process.

Keywords: Psychiatric Nursing, Recovery, Nurse-Patient-Relations, Nursing Model, Tidal-Model, Value-based Nursing ,

Die Problematisierung der Genesung

Die Psychiatrie des 20. Jahrhunderts fokussierte sich hauptsächlich, wenn auch nicht ausschliesslich, auf die Eindämmung psychischer Krankheiten

– etwas den Patienten antun, oder für sie zu tun, um Störungen zu reduzieren, eher als mit Menschen zu arbeiten, um persönlich bedeutsame Lebensweisen zu entwickeln. Zum Ende des 20. Jahrhunderts schwand die Annahme, dass profes-

sionelle Helfer psychische Krankheit ‚in den Griff bekommen‘ könnten und wurde zunehmend verdrängt von der Ansicht, dass Menschen an ihrer eigenen Genesung (Recovery) teilhaben, wenn sie diese nicht gar lenken sollten [20]. Recovery ist zu einem Schlüsselbegriff in der Sozial- und Psychiatriepolitik in vielen westlichen Ländern geworden, besondrs dort, wo relevante Gesetzgebungen und entsprechende Strategien einer Revision unterzogen wurden, z.B. in Neuseeland [40], England [44], Schottland [45] und Irland [39]. Regierungsgeleitete Revisionen der Pflege in der Psychiatrie in England [23] und Schottland [45] schlugen vor, dass Pflegende einen ‚Genesungsblickpunkt‘ mit den dazugehörenden ‚Werten‘ als einen Teil der Modernisierung der Disziplin einnehmen sollten. Die genaue Art dieser ‚Genesungswerte‘ scheint jedoch unklar zu sein. In Neuseeland räumte O’Hagan [43] ein, dass, als ein erneuter „Import aus Amerika“, Recovery dazu tendierte, individuelle Prozesse gegenüber gesellschaftliche Prozesse zu stark zu betonen. Da die amerikanische Begrifflichkeit von Recovery sich aus der *„psychiatrischen Rehabilitation entwickelt hatte, wurde jene vielleicht mehr von den professionellen Helfern als von den Verbrauchern der Gesundheitsdienste be- und vorangetrieben“* [44:1]. Auch akzeptierte *„ein Grossteil der amerikanischen Genesungsliteratur, zumindest implizit, das biomedizinische Modell von ‚psychischer Krankheit‘ (und) reflektierte notwendigerweise nicht alle die Werte der Psychiatriebetroffenen- und -überlebenden-Bewegung“* [43:2]. O’Hagans Vorbehalte gegenüber dem Aufpfropfen einer Recoveryphilosophie auf traditionelle Wertigkeiten von ‚psychischen Krankheiten‘ ist wohl artikuliert. Menschen mögen sich durchaus ‚unwohl‘ in sich selbst oder mit anderen fühlen, oder ‚untauglich‘ gegenüber den Anforderungen des Lebens, doch die Idee zurückweisen, dass sie in irgendeinem traditionellen medizinischen Sinne ‚psychisch krank‘ sind. Dies ist weder ein theoretischer noch ein semantischer Disput. Wenn Menschen ihre Probleme in ihrer Lebens- und Erfahrungswelt lokalisieren, kann die metaphorische Natur ihres ‚Unwohlseins‘ aufgeklärt werden mit entsprechenden Auswirkungen auf den ‚Genesungsprozess‘.

Die gegenwärtige Recoveryliteratur zur psychischen Gesundheit unterscheidet sich kaum von den philosophischen Annahmen der Anonymen Alkoholiker (AA) und Narcotics Anonymous (NA)

von vor über 60 Jahren [29], die zuerst Ideen der Ermächtigung (Empowerment), gegenseitiger Unterstützung und Selbsthilfe propagierten, die wiederum heutzutage in der Recoveryliteratur zu psychischer Gesundheit zum Gemeinplatz gehören. AA und NA erkannten jedoch, dass Genesung von dem Einzelnen aktiv angestrebt werden muss, wie nützlich auch professionelle Hilfe sein mag.

Im Verlauf der letzten 25 Jahre ist Recovery als eine Alternative zu den Mainstream-Vorstellungen von psychiatrischer Versorgung vorgeschlagen worden, insbesondere für Menschen mit sogenannten ‚ernsthaften‘ und/oder ‚anhaltenden‘ Arten psychischer Erkrankungen [17, 21, 1]. Gleichzeitig hat sich die Rolle des passiven ‚Patienten‘ in die des aktiven ‚Nutzers/Kunden‘ der Versorgungsdienste gewandelt [10, 22], oder zu dem, den Manos den ‚prosumer‘ nennt – denjenigen, der aktiv die Hilfe beeinflusst, die er braucht [37].

Viele der wesentlichen Beschreibungen von Recovery wurden von Menschen beigetragen, die psychiatrische ‚Patienten‘ gewesen waren (oder es immer noch waren) und die einen optimistischeren, ermächtigenden Zugang zur Identifikation der Hilfe befürworteten, die Personen brauchen könnten, um mit den Problemen des menschlichen Lebens fertig zu werden.

In der Tat scheint Recovery eher auf einer philosophischen Überzeugung zu beruhen als auf wissenschaftlicher Evidenz. Verfechter der Recovery-idee argumentieren, dass Menschen mit ernsthaften psychischen Erkrankungen genesen können, und beschrieben einige der sozialen und interpersonellen Prozesse, die anscheinend eine Genesung unterstützten oder ermöglichten [27]. Diese Berichte, die die persönliche Erfahrung hervorheben, erwecken den Widerhall von Samuel Smiles Ideen des ‚durch das Beispiel leben‘, als er im 19. Jahrhundert als Erster den Begriff der ‚Selbsthilfe‘ schuf [46]. Wie solche Berichte mit der objektiven, weltfremden ‚Evidenz‘, die von Forschern, Politikern und Standesvertretern so geschätzt wird, zusammenpassen, ist alles andere als klar [32]. Etablierte Versorgungsdienste nehmen jedoch oft alternative Konzepte auf, wenn auch nur um ‚verbraucherfreundlicher‘ zu werden [6]. Wenn sich Regierungsstellen Recovery auf die Fahne schreiben, doch dabei Vorstellungen von ‚Zwangsbehandlung‘ oder ‚Willfähigkeit‘ vorantreiben, sind Konflikte unvermeidlich [38, 42]. Teilweise entsteht dies aus

der philosophischen Spannung zwischen dem personenbezogenen Fokus von Recovery und dem patienten- oder krankheitsbezogenen Fokus der psychiatrischen Medizin.

Sally Clay ist eine Fürsprecherin für psychische Gesundheit und eine Psychiatrie-Überlebende mit einer 35-jährigen Erfahrung von ‚psychiatrischer Versorgung und Behandlung‘ und mit keinen Illusionen über die kurzlebige Natur von Begrifflichkeiten wie ‚Recovery‘, oder wie solche verwendet werden können, um politische Agenden zu erfüllen. Vor fast einem Jahrzehnt schrieb sie:

„Recovery ist das letzte Schlagwort im Bereich der psychischen Gesundheit. Seit etwa einem Jahr werde ich als ‚von psychischer Erkrankung genesen‘ etikettiert“ [19:26].

Als sie eingeladen war im Staate New York mit Psychiatern ihre ‚Genesung‘ zu diskutieren, stellte sie fest, dass die resultierenden Diskussionen folgendes nicht ansprachen:

„... die Natur von psychischer Krankheit an sich. ... wenn wir genesen sind, wovon sind wir dann genesen? Wenn wir nun gesund sind und vorher krank waren, was ist es, wozu wir uns erholt haben? ... Den Psychiatern wurde unwohl bei unserem Gespräch, wenn dieses Thema aufkam, und sie lenkten die Diskussion in weniger bedrohliche Gedankengänge. ‚Bewältigungsmechanismen‘ sind so eine Ablenkung, ein Versuch die Abgründe von Verrücktheit als etwas zu betrachten, das einfach ‚bewältigt‘ werden kann“ [19:26f].

Der Begriff des Recovery mag durchaus etwas so außerordentlich Persönliches sein, dass er sich einer Definition entzieht. Er ist jedoch zu einem wichtigen sozialen Konstrukt geworden, das möglicherweise verschiedene Dinge für verschiedene Leute bedeutet.

Die Wertebasis der Genesung klären

Jeder Aspekt der Gesundheits- und Sozialpraxis hat eine lange Entwicklungsgeschichte und eine noch längere Zeitspanne von theoretischen und philosophischen Einflüssen. Die gegenwärtig populären ‚evidenzbasierten Interventionen‘ aus der Kognitiven Verhaltenstherapie (*Cognitive Behavioural Therapy CBT*) sind abgeleitet von den Arbeiten von Beck [11] und Ellis [25] von vor über 50 Jahren. Beide konnten die philosophischen Einflüsse auf

ihre Arbeit über Jahrhunderte hinweg zurückverfolgen. Vor allem verbrachten sie Jahrzehnte damit, einzelne therapeutische Prozesse zu beschreiben und zu illustrieren, ehe sie begannen deren potenzielle Wirksamkeit durch Forschung zu ermitteln.

In diesem Zusammenhang ist das *Tidal Model of Mental Health Recovery*¹ [2, 8] noch recht jung. Seit seiner Einführung vor einem Jahrzehnt hat es fast 100 Projekte in Großbritannien, Irland, Kanada, Japan, Australien und Neuseeland generiert, die von ambulanter Substanzabhängigkeit über akute und forensische Einrichtungen bis zur Versorgung älterer dementierender Menschen reichen [8]. Außerhalb der psychiatrischen Versorgung erkunden Praktiker² in der Palliativpflege das Gezeitenmodell als eine alternative Philosophie zu Tod und Sterben.

Hier wollen wir die kennzeichnenden philosophischen Annahmen der Gezeiten Theorie [13] klären, indem wir die menschlichen Werte des Gezeitenmodells (die Zehn Verpflichtungen), die die Evaluationsbasis der auf Genesung fokussierten Praxis darstellen, explizieren.

Obwohl es zahlreiche Modelle von Recovery gibt, war das *Gezeitenmodell* wohl das erste Genesungsmodell, das von praktizierenden Pflegenden entwickelt wurde [12] und sich hauptsächlich auf Pflegeforschung stützt [8, 9, 48]. Das *Gezeitenmodell* war ursprünglich beschrieben als ein philosophischer Ansatz zur Entwicklung von evidenzfundierter Praxis in der psychischen und psychiatrischen Pflege (*mental health care*) der die Praktiker einlud sich zu fragen: ‚wie passen wir die Pflege den spezifischen Bedürfnissen der Person und ihrer Geschichte sowie der gelebten Erfahrung an, so dass sie die Reise zur Genesung beginnen oder ein Stück weiterbringen kann?‘ [4]. In diesem Sinne fokussiert das Modell auf befähigende Wege zu einem konstruktiven Leben, wenn auch unter schwierigen Bedingungen.

Die Person ist die Schlüsselfigur in diesem Genesungsprozess, doch der sorgende Praktiker kann helfen ihr Potential zur Genesung zu erschließen.

¹ Gezeitenmodell der psychischen Genesung

² Die Bezeichnung *practitioner* [Praktiker] schließt Angehörige aller im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen ein, die von Angesicht zu Angesicht mit dem hilfsbedürftigen Menschen arbeiten und ihm direkte Dienste erweisen.

Die *Tidal*-Einstellung drückt sich in sechs grundsätzlichen philosophischen Annahmen aus (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Philosophische Annahmen

1. Eine Überzeugung hinsichtlich des Wertes der *Neugierde*: eine Person ist die überragende Autorität hinsichtlich ihres Lebens und dessen Probleme. Indem der professionelle Helfer ehrliche Neugierde manifestiert, kann er etwas von dem ‚Mysterium‘ der Geschichte eines Menschen lernen.
2. Die Erkenntnis der Kraft der *Ressourcen*: Eher als Probleme, Defizite und Schwächen ins Auge zu fassen, sucht *Tidal* die mannigfachen Ressourcen – persönliche und interpersonelle - zu enthüllen, die einem Menschen zur Verfügung stehen und auf dem Wege zur Genesung helfen könnten.
3. Respekt vor den *Wünschen eines Menschen zu haben* eher als paternalistisch zu sein und anzunehmen dass wir ‚wissen, was für ihn am besten‘ ist.
4. Die Akzeptanz des *Paradoxons der Krise als Chance*. Anfordernde Ereignisse in unserem Leben signalisieren uns, das ‚etwas getan werden muss‘. Dies kann zu einer Chance werden die Lebensrichtung zu ändern.
5. Die Akzeptanz, dass die *Ziele die der betroffenen Person* sein müssen. Diese stellen die kleinen Schritte auf dem Weg zur Genesung dar.
6. Den Wert *Eleganz anstreben*. Psychiatrische Versorgung und Behandlung sind oft komplex und verwirrend. Die einfachsten Möglichkeiten, die notwendige Veränderungen herbeiführen und den Menschen voranbringen könnten, sollten gewählt werden.

Das Gezeitenmodell entwickelte sich aus Pflegepraxisforschung, die in der Mitte der 90-er Jahre in England, Nordirland und der Republik Irland ausgeführt wurde und sich mit der Frage beschäftigte, *wofür* Menschen Pflegenden *brauchten*, was Menschen und ihre Familien an der Pflege *schätzten*, und was Pflegenden *taten*, das einen Unterschied auszumachen schien [9]. Im Laufe der letzten zehn Jahre haben Angehörige anderer Gesundheitsberufe und Betroffene geholfen, das Modell weiter zu entwickeln. Das Gezeitenmodell fühlt sich einer mitfühlenden Sorge und echten ‚Pflege‘ verpflichtet – die die notwendigen Gegebenheiten für Wachstum und Entwicklung bereitstellen -, doch erkennt auch, das sich dies nicht auf die professio-

nelle Disziplin der Pflege beschränkt [8]. Insbesondere haben betroffene psychiatrienerfahrene Menschen teilgenommen am Design, der Evaluation und Entwicklung des originären Modells, und in den vergangenen fünf Jahren haben andere Nutzer/Verbraucher-Fachberater aus verschiedenen Ländern geholfen, die philosophische Basis des Gezeitenmodells zu verbessern, indem sie dazu beitrugen, seine Wertebasis zu klären.

Die Zehn *Tidal*-Verpflichtungen und die 20 *Tidal*-Befähigungen

Das Gezeitenmodell schließt spezifische Annahmen über Menschen, ihre Erfahrungen mit Problemen des menschlichen Lebens und ihrer Änderungsfähigkeit ein [8]. Ausgehend von diesen Annahmen haben wir eine Reihe darauf sich beziehender Werte entwickelt, die den Praktikern einen philosophischen Fokus vermitteln, um Menschen dazu zu verhelfen, dass diese ihre eigenen Lebensveränderungen beschließen, eher als dass die professionellen Helfer ‚Patientensymptome‘ managen oder kontrollieren [8]. Die Zehn Verpflichtungen (Abbildung 1) erinnern uns daran, dass Regeln kopfgesteuert sind und unser maskulines Selbst (*animus*) verkörpern, das hingegen Engagement dem femininen Herzen (*anima*) entspringt.

Abbildung 2: Die 10 Verpflichtungen

1. Die persönliche Stimme wertschätzen
2. Die Sprache respektieren
3. Eine ehrliche Neugierde entwickeln
4. Zum Lehrling werden
5. Verfügbare Mittel und Wege nutzen
6. Den nächsten Schritt formulieren
7. Ein Geschenk deiner Zeit machen
8. Persönliche Lebensweisheit enthüllen
9. Wissen, dass Veränderung immerwährend ist
10. Transparent sein

Um bei der Beurteilung zu helfen, inwieweit Praktiker, in welchen Umständen auch immer, den Zehn Verpflichtungen nachkommen, wurden wir gebeten die 20 *Tidal* Befähigungen zu entwickeln, die dazu benutzt werden Genesungspraktiken in mehreren Projekten, insbesondere in England [33] und Schottland [36], zu evaluieren. Hier werden wir jede Verpflichtung von den respektiven Befähigungen begleitet präsentieren.

1. Die persönliche Stimme wertschätzen

Die Geschichte der Person stellt den Anfangs- und Endpunkt der helfenden Begegnung dar; sie schließt nicht nur einen Bericht von den Nöten des Menschen ein, sondern auch die Hoffnung auf eine Lösung. Es ist die persönliche Stimme der Erfahrung, die hier spricht. Wir versuchen die wahre Stimme des Menschen zu vernehmen – eher als eine von Autorität geprägte Stimme zu forcieren. Traditionell wird die persönliche Geschichte eines Menschen von verschiedenen Praktikern in der Gesundheits- und Sozialversorgung in einen Bericht ‚in der dritten Person übersetzt‘. Dies wird dann nicht so sehr die persönliche Geschichte eines Menschen (meine Geschichte), sondern die Sichtweise des professionellen Teams dieser Geschichte (die Krankengeschichte oder Anamnese). Das Gezeitenmodell versucht den Menschen zu helfen, ihre einzigartigen Erzählungen zu einer formalisierten Version ‚meiner Geschichte‘ zu entwickeln, indem sichergestellt wird, dass alle Assessments und Aufzeichnungen in der persönlichen ‚Stimme‘ des Menschen geschrieben werden. Wenn der Mensch nicht fähig oder willens ist dies eigenhändig zu tun, dann fungiert der oder die Pflegenden als Sekretärin und hält das schriftlich fest, was vereinbart worden ist – und schreibt es in der ‚persönlichen Stimme‘ des betroffenen Menschen auf.

Befähigung 1: Der Praktiker weist die Kompetenz auf, der Geschichte eines Menschen aktiv zuzuhören.

Befähigung 2: Der Praktiker beweist Engagement dem Menschen zu helfen, *seine eigene Geschichte in seinen eigenen Worten* festzuhalten als einen kontinuierlichen Aspekt des Pflege- und Versorgungsprozesses.

2. Die Sprache respektieren

Menschen entwickeln einzigartige Weisen ihre Lebensgeschichten zu artikulieren, und damit anderen mitzuteilen, was nur sie selbst wissen können. Die Sprache der Geschichte – vollständig mit ihrer unüblichen Grammatik und persönlichen Metaphern – ist das ideale Medium den Weg zur Genesung zu illuminieren. Wir ermutigen Menschen in ihren eigenen Worten mit eigener unverwechselbarer Stimme zu sprechen.

Geschichten über Patienten von professionellen Helfern werden gewöhnlich in der elitären technischen Sprache der psychiatrischen Medizin oder Psychologie abgefasst. Bedauerlicherweise beschreiben sich dann viele Betroffene und Verbraucher der jeweiligen Dienste in der Kolonialsprache derjenigen, die sie diagnostiziert haben [16]. Mit der Wertschätzung und dem Gebrauch der natürlichen Sprache des Menschen vermittelt der *Tidal* Praktiker den einfachsten, jedoch größten Respekt für ihn.

Befähigung 3: Der Praktiker hilft dem Menschen sich jederzeit *in seiner eigenen Sprache* auszudrücken.

Befähigung 4: Der Praktiker hilft dem Menschen *sein Verständnis* spezifischer Erfahrungen *durch persönliche Geschichten, Anekdoten, Gleichnisse oder Metaphern* auszudrücken.

3. Eine ehrliche Neugierde entwickeln

Der Mensch schreibt seine Lebensgeschichte, doch diese ist in keiner Weise ein ‚offenes Buch‘. Niemand kann die Erfahrung eines anderen Menschen kennen. Daher müssen professionelle Helfer ein ehrliches Interesse an dessen Geschichte bezeugen, so dass sie den Erzähler und die Geschichte besser verstehen können.

Oft sind sie nur daran interessiert ‚was schlecht steht‘ mit dieser Person, oder daran, spezifische professionelle Ermittlungen zu verfolgen – zum Beispiel, nach ‚Anzeichen und Symptomen‘ zu suchen. Ehrliche Neugier reflektiert ein Interesse an dem Menschen und seiner einzigartigen Erfahrung, als nur Aspekte zu klassifizieren und zu kategorisieren, die er mit anderen ‚Patienten‘ gemein haben mag.

Befähigung 5: Der Praktiker bezeugt Interesse an der Geschichte des Menschen indem er nach *Klärung von spezifischen Punkten, weiteren Beispielen und Einzelheiten* fragt.

Befähigung 6: Der Praktiker ist willens dem Menschen zu helfen *seine Geschichte in seinem eigenen Tempo* zu entfalten.

4. Zum Lehrling werden

Der Mensch ist der Weltexperte hinsichtlich seiner Lebensgeschichte. Professionelle Helfer können etwas von der Macht dieser Geschichte lernen,

doch nur wenn sie sich beflissen und respektvoll dieser Aufgabe widmen, indem sie lernbereit werden. Wir müssen von dem betroffenen Menschen lernen was zu tun ist eher als dass wir ihn anleiten.

Niemand kann die Erfahrung eines anderen Menschen kennen. Professionelle Helfer reden oft so, ‚als ob‘ sie diesen Menschen besser kennen als sich selbst. Wie Szasz bemerkte: *„Wie kannst du mehr über einen Menschen wissen, den du für ein paar Stunden, ein paar Tage oder gar über wenige Monate hin gesehen hast als er über sich selbst weiß? Er kennt sich selbst seit einer viel längeren Zeit! ... Die Vorstellung dass der Mensch vollständig Herr seiner selbst ist, ist eine grundsätzliche Prämisse“* [47].

Befähigung 7: Der Praktiker entwickelt einen Pflegeplan, der, *wenn immer möglich, die Bedürfnisse, Begehren und Wünsche des Menschen ausdrückt.*

Befähigung 8: Der Praktiker hilft dem Menschen spezifische Probleme des täglichen Lebens zu identifizieren und was getan werden kann, diese anzugehen.

5. Verfügbare Mittel und Wege nutzen

Die Geschichte des Menschen enthält Beispiele dessen, ‚was ihm in der Vergangenheit geholfen hat‘, oder Vorstellungen von dem, ‚was ihm in Zukunft helfen könnte‘. Diese Beispiele liefern die hauptsächlichen Mittel, die genutzt werden müssen, um die Genesungsgeschichte zu entfalten oder aufzubauen.

Das professionelle Handwerkszeug - gewöhnlich in Ideen wie die der ‚evidenzbasierten Praxis‘ enthalten – beschreibt, was für andere Menschen ‚funktioniert‘ hat. Obwohl möglicherweise nützlich, sollte es nur genutzt werden, wenn die eigenen, dem individuellen Menschen zur Verfügung stehenden Mittel und Wege nicht ausreichen.

Befähigung 9: Der Praktiker hilft dem Menschen seine Wahrnehmung zu schärfen für das, was ihm hinsichtlich spezifischer Probleme des Lebens hilft oder nicht hilft.

Befähigung 10: Der Praktiker interessiert sich dafür zu identifizieren, was der Mensch glaubt, welche individuellen Personen ihm in der Auseinandersetzung mit spezifischen Problemen des Lebens helfen können oder könnten.

6. Den nächsten Schritt formulieren

Der professionelle Helfer und der hilfsbedürftige Mensch arbeiten zusammen, um zu einer Einschätzung dessen zu kommen, was ‚nun‘ getan werden muss. Jeder ‚erste Schritt‘ ist ein entscheidender Schritt, der die Macht der Veränderung enthüllt und potentiell auf das Endziel der Genesung hinweist. Lao Tzu sagte, *„Auch der längste Marsch beginnt mit dem ersten Schritt“*. Wir würden sogar sagen: Jede Reise beginnt in unserer *Vorstellung*. Es ist wichtig sich vorzustellen wie man vorankommen wird. Den nächsten Schritt zu formulieren erinnert uns an die Bedeutung mit dem Menschen im ‚Ich und Jetzt‘ zu arbeiten und dabei anzusprechen, was jetzt getan werden muss, um den nächsten Schritt machen zu können.

Befähigung 11: Der Praktiker hilft dem Menschen zu identifizieren, welche Veränderung einen Schritt in die Richtung, ein spezifisches Problem des Lebens zu lösen oder zu vermindern, darstellen würde.

Befähigung 12: Der Praktiker hilft dem Menschen zu identifizieren, was in der unmittelbaren Zukunft geschehen muss, damit ihm zu der Erfahrung verholfen werden kann diesen ‚positiven Schritt‘ in die Richtung seines erwünschten Zieles zu tun.

7. Ein Geschenk deiner Zeit machen

Obwohl Zeit illusorisch ist, ist doch nichts wertvoller. Häufig beschwerten sich professionelle Helfer, dass sie nicht genug Zeit haben, um konstruktiv mit dem Menschen zu arbeiten. Obgleich sie nicht immer durch kreative Gestaltung ihrer Arbeit ‚Zeit schaffen‘ mögen, finden professionelle Helfer häufig die Zeit das zu tun, ‚was zu tun ist‘. Hier ist es das Zeitverständnis des professionellen Helfers, was hinterfragt ist, eher als die Zeit an sich [34]. Letztlich ist die Zeit, die in einem konstruktiven interpersonalen Austausch verbracht wird, eine Gabe für beide Teilnehmenden [24].

Befähigung 13: Der Praktiker hilft dem Menschen seine Wahrnehmung zu erhöhen, dass ihm zugewandte Zeit zukommt, um seine spezifischen Bedürfnisse anzusprechen.

Befähigung 14: Der Praktiker erkennt den Wert der Zeit an, die der Mensch zu dem Prozess des Assessments und der Pflege beiträgt.

8. Persönliche Lebensweisheit enthüllen

Nur der einzelne Mensch kann sich selbst kennen. Er entwickelt einen großen Vorrat an Lebensweisheit durch das Durchleben der aufzuschreibenden Lebensgeschichte. Oft können Menschen nicht die Worte finden, um voll den Umfang, die Komplexität oder die Unaussprechlichkeit ihrer Erfahrung zu artikulieren; sie ziehen starke Metaphern heran, um etwas von ihrer Erfahrung mitzuteilen [5]. Eine Schlüsselaufgabe des professionellen Helfers ist es, dem Menschen dabei zu unterstützen, diese seine Lebensweisheit zu enthüllen und zu schätzen, so dass sie den Menschen auf dem Wege zur Gesundheit stützen kann.

Befähigung 15: Der Praktiker verhilft dem Menschen die Wahrnehmung seiner persönlichen Stärken und Schwächen zu erkennen und weiter zu entwickeln.

Befähigung 16: Der Praktiker hilft dem Menschen Selbstvertrauen zu entwickeln und damit die Fähigkeit sich selbst zu helfen.

9. Wissen, dass Veränderung immerwährend ist

Veränderungen sind unvermeidlich, denn sie sind immerwährend. Das gehört zur Geschichte aller Menschen. Obwohl Veränderungen unausbleiblich sind, ist jedoch ein Wachstum optional. Entscheidungen und Wahlen müssen gefällt werden, wenn ein Wachstum folgen soll. Die Aufgabe des professionellen Helfers ist es wahrzunehmen, wie Veränderungen stattfinden und den Menschen dahingehend zu unterstützen, Entscheidungen über den Verlauf des Gesundungsprozesses zu fällen. Insbesondere helfen wir dem Menschen, auf dem Wege der Wiedergewinnung und Wiederherstellung Gefahren und Leiden zu vermeiden.

Befähigung 17: Der Praktiker hilft dem Menschen ein Gespür für die kleinsten Veränderungen zu entwickeln - im Denken, Fühlen und Handeln.

Befähigung 18: Der Praktiker hilft dem Menschen zunehmend wahrzunehmen, wie er, andere oder Geschehen diese Veränderungen beeinflusst haben.

10. Transparent sein

Sollen der hilfsbedürftige Mensch und der professionelle Helfer zu einem Team werden, muss jeder

von ihnen seine ‚Waffen strecken‘. Im Prozess des Schreibens der Geschichte des Menschen kann die professionelle Feder leicht zu einer Waffe werden: es wird eine Geschichte geschrieben, die riskiert, dass die Lebensentscheidungen des Menschen gehemmt, eingeschränkt und abgegrenzt werden. Professionelle Helfer befinden sich in einer privilegierten Position und sollten stets Vertrauen vorleben, indem sie dem Menschen helfen genau zu verstehen, was getan wird und warum. Beim Beibehalten der eigenen Sprache des Menschen und bei der gemeinsamen Fertigstellung aller Unterlagen (*in vivo*) wird die kollaborative Natur der Beziehung zwischen dem hilfsbedürftigen Menschen und dem professionellen Helfer transparenter.

Befähigung 19: Der Praktiker versichert sich, dass der Mensch zu allen Zeiten den Zweck aller therapeutischen und pflegerischen Prozesse kennt.

Befähigung 20: Der Praktiker versichert sich, dass der Mensch Kopien aller Assessment- und Pflegeplanungsdokumente zu seiner eigenen Verfügung erhält.

Das Einfordern unserer eigenen Stimme

Viele der psychotherapeutischen Modelle entwickeln eine ihnen eigene Sprache, die umständlich im Gebrauch ist und den Nicht-Eingeweihten herablassend vorkommt. Im Streben nach den 10 Verpflichtungen lehnt das Gezeitenmodell den Gebrauch von Jargon ab und schätzt stattdessen die Alltagssprache und insbesondere die gebräuchliche Mundart des betroffenen Menschen, seiner Familie und Freunde.

Die Psychiatrie hat traditionell die Stimme des betroffenen Menschen entwertet, indem sie einen diagnostischen Jargon bevorzugte [35]. Angesichts der Machtunterschiede zwischen professionellen Helfern und ihren ‚Patienten‘ beschreiben schließlich viele Menschen ihre eigenen Erfahrungen in der technischen Sprache der Psychiatrie und Psychologie, als wäre ihre eigene Geschichte unzureichend [30], was vermuten lässt, dass die psychiatrische Narrative unser aller Leben kolonisiert haben [6]. Das Gezeitenmodell behauptet, dass ‚die gelebte Erfahrung‘ am besten durch den Gebrauch einer natürlichen Sprache verständlich wird - und unter Nutzung der Metaphern und der Grammatik, die am ehesten mit der Art und Weise, in der Men-

schen über ihre Erfahrungen natürlich sprechen, einhergehen. Daher fokussiert das Gezeitenmodell darauf, Menschen zu helfen die eigenen Geschichten ihres Leidens, und schließlich ihres ganzen Lebens, *wieder einzufordern*.

In menschlichen Angelegenheiten bedeutet eine *Rückforderung* die notwendigen Bemühungen, *die Rückgabe eines Eigentums zu erlangen*. Im psychiatrischen Kontext bedeutet wieder einfordern die Rückkehr zum eigenen Menschsein und zu der dazugehörigen eigenen Geschichte. Die lateinische Wurzel [des englischen Wortes *reclamation* = Rückforderung] ist *reclamare*, was ‚dagegen aufschreiben‘ bedeutet. Man könnte mit Recht behaupten, dass das Auftreten der Stimme des ‚Nutzers/Kunden‘ in den vergangenen 30 Jahren zu einer der mächtigsten weltweiten Entwicklungen im Bereich der Psychischen Gesundheit (*Mental Health*) geworden ist. Entsprechende Gruppen fordern ihre Geschichte und ihr Menschsein ein, indem sie sich ‚laut und deutlich äußern‘ und ‚kein Blatt vor den Mund nehmen‘, was im Mittelpunkt der Rückforderungen im Rahmen des Gezeitenmodells steht.

Im Sinne des Gezeitenmodells bezieht sich die Rückforderung auf das Streben etwas produktiv zu nützen, das verloren war oder als wertlos betrachtet wurde. Wie typischerweise vom Meer überflutetes Land für die weitere Nutzung als Teil des Festlandes zurückgewonnen wird, wird sinnlich der Teil eines Menschenlebens, der als Folge von psychischem Leiden untergegangen war - und entwertet wurde -, wiedergewonnen, um zu einem Anteil des ganzen Menschen zu werden. Wie die Rückgewinnung des Landes ist die wiedergewonnene Erfahrung des psychischen Leidens überaus wertvoll. Wenn sie (metaphorisch gesprochen) wieder auftaucht, wird sie (wieder) zum Teil der *ganzen* Lebenserfahrung eines Menschen.

Der erste *Tidal* Schritt diese Rückgewinnung zu ermöglichen, ist es, alle hauptsächlichen Assessment-‚Geschichten‘ sowie nachfolgende Beschreibungen der notwendigen Pflege in den eigenen Worten des betroffenen Menschen aufzuschreiben eher als sie in professionelle Notizen zu übersetzen. Dieser Fokus auf ‚meine Geschichte‘ spricht Nutzer und Verbraucher an, weil er das Bestreben des professionellen Helfers illustriert aktiv mit dem Menschen zusammen zu arbeiten, um die Geschichte seiner Pflege gemeinsam zu entfalten. Die

Psychiatrieüberlebende und Verbraucherfürsprecherin Sally Clay schrieb:

„Das Tidal Model macht eine authentische Kommunikation und das Erzählen unserer Geschichten zum Kernstück der Therapie. Damit wird die Behandlung psychischer Krankheiten zu einem persönlichen und humanen Bemühen im Gegensatz zu der Unpersönlichkeit und Objektivität der Behandlung im konventionellen Psychiatriesystem. Es fühlt sich an wie mit Freunden und Kollegen zusammen zu arbeiten eher als mit einer Art ‚höhergestellten‘ Versorgern. Man knüpft Verbindungen mit sich selbst und mit anderen anstatt in einer eigenen funktionsgestörten Welt isoliert zu sein [18]“.

Sich auf den Menschen konzentrieren

Die Geschichte des Menschen beschreibt nicht nur die Umstände, die dazu geführt haben, dass er Hilfe braucht, sondern beinhaltet auch hoffnungsvolle Hinweise auf das, was getan werden muss, um den Prozess der Wiederherstellung in Gang zu setzen. Obwohl von verschiedenen psychotherapeutischen Strömungen beeinflusst, betont das Gezeitenmodell die gewöhnliche Unterhaltung, die eine Kraft hat, die sich von dem therapeutischen Diskurs unterscheidet [50], und das ‚narrative‘ alltägliche ‚Geschichten erzählen‘ [14]. Wie Fisher [26] angemerkt hat, der Mensch ist ein *homo narrans*: ein natürlicher Geschichtenerzähler, der sich selbst im Prozess des Erzählens immer neu schafft.

Menschen mit *Tidal* Erfahrung sagen gewöhnlich, dass *‚es mir nicht so vorkommt als würde ich behandelt; es ist einfach so, als ob mir jemand zuhört und ich die Geschichte erzählen will, wie es wirklich war‘*. Eine Frau mit einer langen Krankengeschichte in der stationären Psychiatrie erkannte, wie diese ‚ganz gewöhnliche‘ [*Tidal*] Erfahrung zu einer ‚außergewöhnlichen‘ werden konnte:

„Tidal hat meiner Stimme Raum verschafft. Ich bin nicht nur irgendein psychisch kranker Patient. Ich bin ein Mensch mit Zielen und Träumen und einem lebenswerten Leben. Ich mache Entdeckungen, und lerne und mache Veränderungen. Jetzt kann ich denken, mich entscheiden und für mich selbst handeln. Ich brauche niemanden mehr mich zu retten, denn ich habe die Möglichkeiten es selbst zu tun“.

Um den Schwerpunkt des praktischen Handelns im Gezeitenmodell zu betonen, haben wir von Shoma

Morita, einem japanischen Psychiater, die Bezeichnung ‚tun was zu tun ist, ausgeliehen. Er hat in den zwanziger Jahren des 20. Jahrhunderts einen therapeutischen Ansatz des ‚konstruktiven Lebens‘ entwickelt [41], der im Rahmen der ‚Ich und Jetzt‘ Geschichte, die die gemeinsame Arbeit vom professionellen Helfer und dem hilfebedürftigen Menschen ist, zu Verhandlungen von dem führt, was getan werden muss, um ein gegenwärtiges Problem des täglichen Lebens zu avisieren oder zu bearbeiten.

Die Tidal Problematik

Innerhalb eines Jahrzehnts ist das Gezeitenmodell von einer lokalen Problemlösungsmöglichkeit für die Pflege in der Psychiatrie zu einem internationalen Modell zur psychischen Gesundheit geworden, das in mehreren, unterschiedlichen Ländern anerkannt und praktiziert wird. Diejenigen, die Dienste aus der Perspektive des Gezeitenmodells entwickeln, scheinen eine persönliche oder professionelle Genugtuung vom Gezeitenmodell als solchem zu erfahren, wobei sie anmerken, dass seine ihm innewohnenden Werte sie daran erinnern, warum sie ‚zuerst und überhaupt in diesen Arbeitsbereich gekommen waren‘. Häufig beschwerten sie sich, dass sie kein Verlangen hatten ‚Beobachtungsprotokolle anzufertigen‘, ‚Kontroll- und Zwangsmassnahmen durchzuführen‘, ‚bei endlosen Sitzungen anwesend zu sein‘ oder ‚Papier herum zu schieben‘. Stattdessen hatten sie einen helfenden Beruf ergriffen, um Menschen zu unterstützen Probleme, die sie in ihrem Leben überwältigt hatten, anzusprechen, zu bewältigen oder in irgendeiner Weise von ihnen ‚zu gesunden‘. Seitdem sie sich umfassend mit dem Gezeitenmodell beschäftigt hatten, schienen sie ihre originäre berufliche Motivation wiederzuerlangen.

Während sich die *Tidal* Praxis während des letzten Jahrzehnts entwickelte, empfanden wir zunehmend die Verpflichtung, ihre philosophischen – oder ethischen – Grundlagen zu klären. Wir haben stets reflektiert, was wir – als individuelle und professionelle Menschen – wertschätzen, und haben über mehrere Jahrzehnte hinweg auch darüber viel gelernt, welche Werte andere Menschen hochhalten. Während wir anderen halfen, das Gezeitenmodell in ihre Praxis einzuführen, versuchten wir aufzuzeigen, wofür *Tidal* ‚stand‘ und

wie dies erreicht werden könnte. Dabei haben wir der Alltagssprache, die das Modell selbst charakterisiert, den Vorzug gegeben. Kein philosophisches System wird allen Menschen gleichermaßen zusa-gen, doch die Werte, die in den Zehn Verpflichtungen enthalten sind, scheinen einen allgemeinen Zuspruch über Nationen, Gesellschaften und Kulturen hinweg zu finden.

Für einige jedoch wäre der einzige Weg zu testen, „ob (das Gezeitenmodell) einen echten Unterschied ausmacht“, „ein sorgfältig geplantes und recht umfangreiches klinisches Experiment“ [31:743]. Uns ist nicht bekannt, ob andere solche ‚wissenschaftlichen‘ Studien betreiben, doch sie gehören nicht zu unseren Prioritäten. Die bedeutendsten gesellschaftlichen Bewegungen in unserer Lebenszeit wie Feminismus, *Black Power* und *Gay Rights*, veränderten soziale Einstellung und Verhalten nicht durch randomisierte und kontrollierte Experimente oder durch irgendeine andere ‚wissenschaftliche‘ Methode, sondern sie nutzten die alte philosophische Methode der Rhetorik. Der Erfolg von Bewegungen wie den Anonymen Alkoholikern (AA) und der kontinuierliche Anstieg von Verbraucher- und Konsumentenverbänden weltweit gründet sich ebenfalls auf Rhetorik und auf einen organisierten sozialen Aktionismus in dem Versuch, die Vorstellungen und Werte der betreffenden Gruppe zu verbreiten.

Gordon *et al.* [33] gehen davon aus, dass es ausreichende wissenschaftliche Beweise für die Wirksamkeit von *Tidal* in der Praxis gibt. Wir würden jedoch zur Vorsicht raten. Leute fragen häufig: ‚Ist das Gezeitenmodell effektiv?‘ Wir fragen uns, was genau sie damit meinen. Alle Theorien sind schließlich nur ‚erklärende Vermutungen oder Ideensysteme‘. Modelle repräsentieren höchst vereinfachte Beschreibungen des ‚Dinges an sich‘ – in unserem Falle des Prozesses, der die Gesundheit ermöglicht. Daher finden wir es angebrachter zu fragen: ‚In welcher Weise und für wen funktioniert das Gezeitenmodell und zu welchem spezifischen Zweck?‘. Wenigstens in menschlichen Angelegenheiten kann kein ‚Modell‘ und seine es unterstützende ‚Theorie‘ endgültig als ‚bewiesen‘ erklärt werden. Nur der individuelle Praktiker und das ihn unterstützende organisatorische System können als ‚funktionsfähig‘ betrachtet werden. Wir müssen jedoch auch fragen: ‚Funktionsfähig zu welchem spezifischen Zweck?‘.

In den vorliegenden Ausführungen haben wir versucht, den ‚Zweck‘ des Gezeitenmodells zu klären, indem wir seine originären philosophischen Prämissen in einen Rahmen gefügt und beschrieben, wie wir durch fortlaufende Gespräche mit psychiatrisch Pflegenden die Zehn Verpflichtungen, die die *Tidal* Werte aufzeigen und die 20 *Tidal* Befähigungen, welche möglicherweise zur Erkundung des Genesungsprozesses in der Praxis beitragen könnten, entwickelt haben. Wir erkennen an, dass *Tidal* – als eine sich entwickelnde Theorie des Genesungsprozesses und als ein Modell für die Praxis – Tausende von Stimmen von Menschen destilliert, die uns geholfen haben, das Modell zu entwickeln und die somit die wahren ‚Bewahrer‘ von *Tidal* Theorie und Praxis sind. Viele Pflegende nehmen diese bewahrende Rolle sehr ernst, weil es scheint, dass sie ihr Engagement zur Rückforderung und Wiederherstellung der pflegerischen Praxis in ihrer großen Vielfältigkeit stärkt. Es ist angebracht mit den Stimmen von Brookes, Murata und Tansey [13] zu enden:

„Wir haben die Geschichten der Pflegenden geschätzt. Nun sammeln wir Geschichten, die von ihren Erfolgen und ihren Frustrationen in der Tidal Praxis erzählen ... Wir werden weiterhin bestrebt sein, die pflegerische Praxis so zu verändern, dass sie auf dem Wege eines Menschen zu seiner Genesung wirksam werden kann. Es gibt Ebbe und Flut im Umsetzungsprozess des Modells. Manchmal stehen wir Rückschlägen gegenüber, zu Zeiten herrscht eine Flaute. Doch es wird auch in Zeiten des Erfolgs, großer Feiern und gelungener Durchbrüche geben. Wir fühlen uns durch unsere Leidenschaft für Exzellenz in der Pflege in der Psychiatrie und für psychische Gesundheit getragen – und von den Geschichten gestärkt“ (S. 462f).

Literatur

1. Anthony WA (1993) Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16(4):11- 23
2. Barker P (1998) It's time to turn the tide. *Nursing Times* 18(94):70-72
3. Barker P (2001) The Tidal Model: A radical approach to person-centred care. *Perspectives in Psychiatric Care* 37(3):79-87
4. Barker P (2000) The Tidal Model: The lived experience in person-centred mental health care. *Nursing Philosophy* 2(3):213-223
5. Barker P (2002) The Tidal Model: The healing potential of metaphor within the patient's narrative *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 40(7):42-50
6. Barker P (2003) The Tidal Model: Psychiatric colonization, recovery and the paradigm shift in mental health care *International Journal of Mental Health Nursing* 12(2):96-102
7. Barker P, Buchanan-Barker P (2003) Death by assimilation. *Asylum* 13(3):10-13
8. Barker P, Buchanan-Barker P (2005) *The Tidal Model: A guide for mental health professionals* London: Brunner-Routledge
9. Barker P, Jackson S, Stevenson C (1999) The need for psychiatric nursing: Towards a multidimensional theory of caring. *Nursing Inquiry* 6:103-111
10. Barham P, Hayward R (1991) *From the mental patient to the person*. London: Routledge
11. Beck AT (1952) Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry* 15:305-312
12. Brookes N (2005) Phil Barker: The Tidal Model of Recovery and Reclamation. In Tomey AM, Alligood MR (eds) *Nursing Theorists and Their Work* (6th Edition) St Louis: Mosby
13. Brookes N, Murata L, Tansey M (2006) Guiding practice development using the Tidal Commitments. *J Psychiatric and Mental health Nursing* 13:460-63
14. Brunner J (1990) *Acts of Meaning*. Cambridge, MA: Harvard University Press
15. Buchanan-Barker P (2004) Uncommon sense: The Tidal Model of mental health recovery. *Mental Health Nursing* 23(1):12-15
16. Buchanan-Barker P, Barker P (2002) Lunatic language. *Openmind* 115:23
17. Chamberlin J (1978) *On our own: Patient controlled alternatives to the mental health system*. New York, Hawthorn Books
18. Clay S (1999) Madness and reality. In: Barker P, Campbell P, Davidson B (Eds) *From the Ashes of Experience: Reflections on madness, survival and growth*. London: Whurr
19. Clay S (2005) A view from the USA. Foreword in P Barker and P Buchanan- Barker *The Tidal Model: A guide for mental health professionals*. London: Brunner-Routledge
20. Davidson L, Strauss J (1992) Sense of self in recovery from severe mental illness *British Journal of Medical Psychology* 65:131-145
21. Deegan P (1988) Recovery: The experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 11(4):11.
22. Deegan P (1993) Recovering our sense of value after being labelled. *Journal of Psychosocial Nursing* 31:7-11
23. Department of Health (2006) *From values to action: The Chief Nursing Officer's review of mental health nursing*. London: Department of Health
24. Derrida J (1992) *Given Time: I, Counterfeit money*. Chicago: Chicago University Press
25. Ellis A., (1958) Rational psychotherapy. *Journal of General Psychology* 59:35-49
26. Fisher D (1999) Hope, Humanity and Voice in Recovery from Mental Illness. In Barker, P Campbell, P, Davidson B (Eds) *From the Ashes of Experience: Reflections on address Survival and Growth* London, Whurr
27. Fisher WR (1987) *Human Communication as Narration: Toward a Philosophy of Reason, Value, and Action*. Columbia: University of South Carolina Press
28. Fitzpatrick C (2002) A new word in serious mental illness: Recovery. *Behavioural Healthcare Tomorrow* 2002(August):2-5
29. Frank D (1996) *The Annotated Aa Handbook: A Companion to the Big Book* Fort Lee, NJ, Barricade Books
30. Furedi F (2003) *Therapy Culture: Cultivating vulnerability in an uncertain age* London: Routledge

31. Gamble C and Wellman N (2002) Judgement impossible
Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing 9(6):741-743
32. Goode CJ (2000) What constitutes the "evidence" in evidence-based practice? *Applied Nursing Research* 13(4):222-225
33. Gordon W, Morton T, Brooks G (2005) Launching the Tidal Model: Evaluating the evidence *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12:703-712
34. Jonsson B (2005) *Ten Thoughts About Time*. London: Constable and Robinson
35. Kirk SA, Kutchins H (1997) *Making us crazy: The psychiatric bible and the creation of mental disorders*. New York, Free Press
36. Lafferty S, Davidson R (2006) Person-Centred Care in Practice An Account of the Experience of Implementing the Tidal Model in an Adult Acute Admission Ward in Glasgow. *Mental Health Today* 2006(March):31-34
37. Manos E (1993) Speaking out. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16(4):117-20
38. McLean A (2003) Recovering Consumers and a Broken Mental Health System in the United States: Ongoing Challenges for Consumers/Survivors and the New Freedom-Commission on Mental Health. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation* 8:47-68.
39. Mental Health Commission (2006) *A Vision for a Recovery Model in Irish Mental Health Services: Discussion Paper*. Dublin: MHC
40. Mental Health Commission New Zealand (2001) *Recovery Competencies for New Zealand Mental Health Workers*. Wellington, NZ: MHC
41. Morita M, Kondo A, Levine P, Morita S (1998) *Morita Therapy and the True Nature of Anxiety-Based Disorders (Shinkeishitsu)*. Princeton, NJ: University of New York
42. Neuberger J (2005) *The Moral State We're In*. London: Harper & Collins
43. O'Hagan M (2004) Recovery in New Zealand: Lessons for Australia *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health* 3(1):1-3
44. Repper J (2000) Adjusting the focus of mental health nursing: incorporating service users' experiences of recovery. *Journal of Mental Health* (9)6:575-87
45. Scottish Executive (2006) *Rights, Relationships and Recovery – The Report of the National Review of Mental Health Nursing in Scotland*. Edinburgh: Scottish Executive
46. Smiles S (1996) [Orig 1859] *Self Help - with Illustrations of Conduct and Perseverance*. London,,: IEA Health and Welfare Unit
47. Szasz TS (2000) Curing the therapeutic state: Thomas Szasz on the medicalisation of American life. Interviewed by Jacob Sullum. *Reason* 2000 (July):27-34
48. Vaughn K, Webster, D Orahood S, Young B (1995) Brief inpatient psychiatric treatment: Finding solutions. *Issues in Mental Health Nursing* 16(6):519-31
49. Whitaker R (2002) *Mad in America: Bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill*. Cambridge, Mass: Perseus Books
50. Zeldin T (2000) *Conversation: How talk can change our lives*. Mahwah, NJ: Paulist Press