

# Hoffnung – Macht – Sinn

## Recovery-Konzepte in der Psychiatrie

**Viele ehemals psychiatrische PatientInnen erklären, wie entscheidend es für ihre Genesung war, die Hoffnung nicht zu verlieren. So genannte «Recovery»-Konzepte vermeiden Demoralisierung durch pessimistische Prognosen. Neben der Sicherung des Angebots aller wissenschaftlich gestützter Therapieangebote fördern und respektieren sie auch individuelle Ressourcen und Entscheidungen.**

**Michaela Amering,  
Margit Schmolke**

«**R**ecovery – An Alien Concept» heisst ein Buch von Ron Coleman, in dem er die Frage stellt, weshalb das Konzept von «recovery»<sup>1</sup> im Hinblick auf Schizophrenie sowohl bei Profis als auch bei PatientInnen völlig in Vergessenheit geraten konnte, fremd («alien») geworden ist [1]. Seine eigene Geschichte, wie er sich nach Jahren im psychiatrischen System mit der Prognose «unheilbar», so weit erholen konnte, dass er heute erfolgreich als Unternehmer und Familienvater lebt, ist keine Ausnahme. Recovery ist bei vielen, auch schwerwiegenden Erkrankungen möglich.

Sowohl aus den epidemiologischen Daten als auch durch die zunehmenden Veröffentlichungen von Autobiografien geht klar hervor, dass viele der PatientInnen mit der Diagnose Schizophrenie wieder gesund werden, und dass dies auch lange nach Beginn der Erkrankung möglich ist [2]. Trotzdem hat diese Diagnose offenbar kaum an Schrecken eingebüsst. Das Bild der Schizophrenie ist von einem Defizitmodell geprägt. PatientInnen hören und lesen von Fachleuten, dass sie an einer chronischen Störung leiden, die unheilbar ist und sich nur symptomatisch behandeln lässt.

Ein weiteres Beispiel ist Mary Ellen Copeland, die aufgrund ihrer eigenen Erfahrung mit einer bipolaren Erkrankung und als Angehörige einer Mutter mit einer manisch-depressiven Erkrankung Pläne entwickelt, wie das Recovery-Konzept in psychiatrischen Einrichtungen und in individuellen Therapieplänen umgesetzt werden kann. Ihre Recovery-Modelle werden in zahlreichen angloamerikanischen Ländern unterrichtet und angewendet.<sup>2</sup> [3, 4].

### Die persönlichen Werte und Ziele

Pat Deegan's Berichte, wie sie und andere Betroffene aus den Beschränkungen der PatientInnenrolle heraus zu einem selbstbestimmten sinnerfüllten Leben gefunden haben sind Meilensteine in der Entwicklung von Recovery-orientierten Konzepten [5, 6]. Der gemeinsame Tenor dieser Fülle von Publikationen und Forschungen lautet: Recovery ist ein individueller Prozess, der sich an den persönlichen Werten und Zielen jedes einzelnen betroffenen Menschen



Michaela Amering



Margit Schmolke

orientiert. Viele Menschen mit psychischen Erkrankungen beschreiben, wie wichtig es für ihre Genesung war, die Hoffnung nicht zu verlieren. Dies bedeutet für die praktische Hilfe, ressourcenorientiert zu arbeiten, individuelle Ziele im Auge zu behalten und von der positiven pro-

<sup>1</sup> Deutsche Übersetzung von recovery: Genesung, Erholung, Wiederherstellung, Gesundheit

<sup>2</sup> Informationen unter [www.mentalhealthrecovery.com](http://www.mentalhealthrecovery.com) und [www.copelandcenter.com](http://www.copelandcenter.com)

gnostischen Einschätzung zu wissen – denn eine der schädlichsten und am stärksten stigmatisierenden Zuschreibungen ist die Behauptung, psychische Erkrankungen seien unheilbar. [7, 8, 9] Hoffnung zu leben bedeutet, sein Selbstgefühl auch unabhängig von der Erkrankung (wieder) zu finden, sich die Selbstachtung und das Selbstwertgefühl zu bewahren und sich nicht nur über die PatientInnenrolle zu definieren. Darüber hinaus scheint es wesentlich, im Sinne von Empowerment (Selbstbefähigung) [10] nicht zu viel von der eigenen Autonomie und Verantwortung über längere Zeit abzugeben und den gesellschaftlichen Anschluss durch Beschäftigung, aktive Freizeitgestaltung und soziale Beziehungen nicht zu verlieren. Voraussetzung dafür sind Antidiskriminierung, BürgerInnenrechte und PatientInnenrechte, die es umzusetzen gilt (s. Artikel «Integrieren statt diskriminieren» S. 11).

### **Lebensfeldorientierte Angebote**

Die Betreuung von psychisch erkrankten Personen muss sich an deren Bedürfnissen orientieren und nicht an den Bedürfnissen der Institutionen. Grundlage der modernen psychiatrischen Versorgung ist ein «personenzentrierter Ansatz» [11], der flexibel und mobil auf individu-

**«Recovery ist ein individueller Prozess, der sich an den persönlichen Werten und Zielen jedes einzelnen betroffenen Menschen orientiert.»**

elle Bedürfnisse und die Ressourcen im Umfeld der Betroffenen reagiert, anstatt deren Anpassung an bestehende Einrichtungen zu fordern. Leider ist es mancherorts immer noch Realität, dass bei einem Wechsel der Institution (zum Beispiel vom Krankenhaus in einen psychosozialen Dienst) nicht nur die Betreuungspersonen, sondern auch die Bedingungen ändern. Dann müssen sich die PatientInnen nicht nur an eine

neue Umgebung gewöhnen, sondern auch an neue Finanzierungsbedingungen und allgemein neue Regeln. Das Konzept von integrierten Versorgungsmodellen sieht aber vor, dass PatientInnen flexibel und ohne Hürden unterschiedliche Formen von Betreuung beanspruchen können. Die Hilfsangebote müssen lebensfeldorientiert und mobil sein, das heisst, dort angeboten werden, wo sich die erkrankte Person befindet, zum Beispiel im Wohnbereich oder am Arbeitsplatz [12]. (s. Artikel «Kernelemente moderner psychiatrischer Versorgungsangebote» S. 13). Weiter muss die Behandlung integrativ sein, dazu gehören sowohl medikamentöse, als auch psychotherapeutische und soziotherapeutische Massnahmen. Es gibt immer wieder PatientInnen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt weder medikamentöse noch psychotherapeutische Interventionen annehmen können, aber sehr wohl bereit wären, Hilfe beim Wohnen, bei den Finanzen oder bei sozialen Kontakten anzunehmen [13]. Die Akzeptanz von Medikamenten oder einer bestimmten Diagnose sollte nicht die alleinige Voraussetzung für psychosoziale Unterstützung sein.

### **Zwei unterschiedliche Anliegen**

Fred Frese, ein Psychologe aus den USA, selbst an Schizophrenie erkrankt, arbeitet sehr erfolgreich als Forscher und hat gemeinsam mit einer ForscherInnengruppe klar formuliert, dass für die Recovery-orientierte Praxis zwei unterschiedliche Anliegen zu beachten sind [14]. Einerseits kämpfen Angehörige und Fachleute aus der Psychiatrie, die für Schwerstbehinderte eintreten, für «evidenzbasierte» Interventionen. Das sind Hilfsangebote, deren Nutzen ausreichend wissenschaftlich nachgewiesen ist und deren Wirkungen und Nebenwirkungen objektiv an grossen PatientInnengruppen getestet worden sind. Dieses wichtige Anliegen ist jedoch noch lange nicht umgesetzt. Wir wissen, dass nur ein Bruchteil der schwer psychisch erkrankten PatientInnen eine Behandlung erhält, die umfassend ist und dem aktuellen Stand der Wissen-

schaft entspricht. So ist beispielsweise abgesichert, dass störungsspezifische Psychotherapieformen [15, 16], die es mittlerweile für alle psychiatrischen Diagnosen gibt, wirksam sind. Trotzdem werden sie nicht regelmässig angeboten. Gleiches gilt für spezielle Formen der Arbeitsrehabilitation [17] und andere Hilfsangebote. Diese Mangelsituation ist natürlich frustrierend und ein Anlass, sich politisch dafür einzusetzen, dass dieses Wissen auch praktisch umgesetzt wird.

Andererseits gibt es ehemalige PatientInnen, die für einen Recovery-Ansatz kämpfen, der auf Subjektivität, Autonomie und Wahlfreiheit baut. Viele Menschen, die sich von psychischen Erkrankungen erholt haben, wissen, dass ihnen nicht nur wissenschaftlich evidenzbasierte Angebote geholfen haben. Oft waren es ganz individuelle, originelle Ansätze, die halfen, wie zum Beispiel spezielle

**«Die Akzeptanz von Medikamenten oder einer bestimmten Diagnose sollte nicht die alleinige Voraussetzung für psychosoziale Unterstützung sein.»**

Lebens- und Beziehungsformen, Interventionen aus dem komplementärmedizinischen und Selbsthilfebereich oder subjektive Erklärungsmodelle für die psychiatrischen Probleme. Der einzige Beweis ihrer Wirksamkeit besteht darin, dass sie beim Genesungsprozess einzelner Personen eine zentrale Rolle gespielt haben. Die behandelnden Fachleute sind manchmal geneigt, von solchen originellen Entscheidungen abzuraten, da wissenschaftliche Daten über ihre Wirksamkeit fehlen. Für die Betroffenen sind aber häufig gerade diese persönlichen Hilfen von grosser Bedeutung. Die Forschergruppe um Fred Frese fordert daher: Die meisten PatientInnen brauchen beides: evidenzbasierte Interventionen und individuelle, unübliche Lösungen. Daher:

Kämpft gemeinsam! Forscht in beide Richtungen!

### Wichtige Kriterien für eine Behandlung

Was ist das Ziel von psychiatrischer Hilfe? Primär geht es darum, unabhängig von der Symptomatik den sozialen Rollen (PartnerIn, Elternteil, ArbeitnehmerIn, FreundIn usw.) gewachsen zu sein und über weite Strecken ein sinnerfülltes Leben führen zu können – unabhängig von der Notwendigkeit, in Krisenzeiten

«Die behandelnden Fachleute sind manchmal geneigt, von solchen originellen Entscheidungen abzuraten, da wissenschaftliche Daten über ihre Wirksamkeit fehlen.»

unter Umständen wiederholt professionelle Hilfe zu beanspruchen. Das bedeutet für die psychiatrische Forschung auch, dass die Qualität des Lebens, das Lebensgefühl, der Lebenssinn, genauso wichtige Kriterien für eine Behandlung sind, wie beispielsweise die Frage, wie lange der Spitalaufenthalt während einer Krise dauert oder welche Symptome noch vorhanden sind [18]. Insgesamt wird deutlich, dass sich Recovery-Konzepte mit Hoffnung, Macht und Empowerment und Lebenssinn beschäftigen. Auf Deutsch lässt sich aus diesen drei Themenkomplexen ein

Satz bilden – Hoffnung Macht Sinn –, der gut zu folgendem Statement der Weltpsychiatrieorganisation passt [19]: «Traditionelle krankheitsorientierte Behandlung sollte sich erweitern zu integrativen, multidimensionalen Konzepten auf der Basis einer positiven Haltung und einer Reduktion der vorherrschenden Skepsis gegenüber der Möglichkeit der Gesundung». ■

**Autorinnen:**  
**Univ.Prof. Dr. Michaela Amering**  
 Universitätsklinik für Psychiatrie  
 Medizinische Universität Wien  
 Währinger Gürtel 18–20  
 A-1090 Wien  
 E-Mail:  
 michaela.amering@meduniwien.ac.at

**Dr. phil. Margit Schmolke**  
 Diplompsychologin,  
 Psychoanalytikerin  
 Tengstrasse 20  
 80798 München  
 E-Mail: margitschmolke@aol.com

#### Literatur:

1. Coleman R: Recovery – An Alien Concept. Handsell Publishing, Gloucester UK 1999.
2. Davidson L, Harding C, Spaniol L: Recovery from Severe Mental Illnesses. In: Research Evidence and Implications for Practice. Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University 2005.
3. www.mentalhealthrecovery.com
4. www.copelandcenter.com
5. Deegan P: Recovery and the Conspiracy of Hope 1996. www.bu.edu/resilience/examples/deegan-recovery-hope.pdf
6. Deegan P: Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. In: Psychosocial Rehabilitation

Journal 1988, 11/4: 11–19.

7. Borg M, Kristiansen K: Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. Journal of Mental Health 2004, 13/5: 493–505.
8. Knuf Andreas: www.beratung-und-fortbildung.de/Recovery.pdf
9. Schmolke M: Gesundheitsressourcen im Lebensalltag schizophrener Menschen. Psychiatrie-Verlag 2001.
10. Knuf A, Seibert U: Selbstbefähigung fördern. Empowerment in der psychiatrischen Arbeit. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2004
11. Schmidt-Zadel R, Kunze H/Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Die Zukunft hat begonnen. Personenzentrierte Hilfen – Erfahrungen und Perspektiven. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2003.
12. Amering M: Multiprofessionelle Behandlung (fast) ohne Bett: Beispiele und Diskussion aus UK und USA. In: Schmidt-Zadel R, Kunze, H/Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Mit und ohne Bett: personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund: 242–258. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2002.
13. Watts J, Priebe S: A phenomenological Account of user's experience of assertive community treatment. Bioethics 2002. 16(5): 439–454.
14. Frese FJ, Stanley J, Kress K, Vogel-Scibilia S: Integrating Evidence-Based Practices and the Recovery Model. Psychiatric Services 2001 52/11: 1462–1468.
15. Sachs G & Katschnig H: Kognitive Funktionsstörungen bei schizophrenen Psychosen: Medikamentöse und psychologische Behandlungsverfahren. Psychiatrische Praxis 2001. 28(2), 60–68.
16. Amering M: Psychotherapie bei Stimmenhören. In: Katschnig H, Amering M (Hrsg.): Stimmenhören. Medizinische, psychologische und anthropologische Aspekte. Facultas, Wien 2005.
17. Rössler W: Psychiatrische Rehabilitation. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg 2004.
18. Anthony W, Rogers E S, Farkas M: Research on Evidence-Based Practices: Future Directions in an Era of Recovery. Community Mental Health Journal 2003. 39/2: 101–114.
19. www.wpanet.org