

# Recovery und psychische Gesundheit

Grundlagen und Praxisprojekte

Gianfranco Zuaboni  
Christian Burr  
Andréa Winter  
Michael Schulz  
(Hg.)



Gianfranco Zuaboni, Christian Burr,  
Andréa Winter, Michael Schulz (Hg.)  
**Recovery und psychische Gesundheit**  
Grundlagen und Praxisprojekte

Psychiatrie  
Verlag 

## Herausgeber



**Dr. rer. medic. Gianfranco Zuaboni** ist Pflegewissenschaftler, Recovery-Beauftragter und Leiter der Pflegeentwicklung im Sanatorium Kilchberg. Er leitet das Projekt »Recovery College Bern« der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bern.



**Christian Burr** ist Pflegeexperte, MScN, und wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Abteilung Forschung und Entwicklung Pflege der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bern. Er ist Doktorand der Pflegewissenschaft an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar (D).



**Andréa Winter** ist Genesungsbegleiterin und Übersetzerin bei den Universitären Psychiatrischen Diensten in Bern.



**Prof. Dr. habil. Michael Schulz** ist Gesundheitswissenschaftler und Krankenpfleger. Er hat eine Honorarprofessur an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld und ist Mitarbeiter beim Krankenhausdezernat des Landschaftsverbandes Westfalen Lippe. Dort ist er auch Mitglied der Stabsgruppe für Klinikentwicklung und Forschung.

Dieses Buch widmen wir unserem viel zu früh verstorbenen Freund und Mentor Dr. Christoph Abderhalden, der maßgeblich dazu beigetragen hat, dass sich Recovery und Peerinvolvement im deutschsprachigem Raum etablieren konnte.

Gianfranco Zuaboni, Christian Burr,  
Andréa Winter, Michael Schulz (Hg.)

# **Recovery und psychische Gesundheit**

Grundlagen und Praxisprojekte

Psychiatrie  
Verlag 

Gianfranco Zuaboni, Christian Burr, Andréa Winter, Michael Schulz (Hg.)

Recovery und psychische Gesundheit

Grundlagen und Praxisprojekte

1. Auflage 2019

ISBN: 978-3-96605-005-0

ISBN PDF: 978-3-96605-015-9

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation

in der Deutschen Nationalbibliografie;

detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über

<http://dnb.ddb.de> abrufbar.

© Psychiatrie Verlag GmbH, Köln 2019

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werks darf ohne Zustimmung  
des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.

Lektorat: Karin Koch

Umschlagkonzeption und -gestaltung: GRAFIKSCHMITZ, Köln, unter Verwendung eines  
Bildes von photoBeard / shutterstock.com

Typografiekonzeption und Abbildungen: Iga Bielejec, Nierstein

Satz: Psychiatrie Verlag, Köln

Druck und Bindung: Medienhaus Plump, Rheinbreitbach

**Einleitung: Die »Kintsugi«-Methode** 8

*Gianfranco Zuaboni, Christian Burr, Andréa Winter, Michael Schulz*

**Recoveryorientierung als Prüfstein für die psychiatrische Versorgung** 10

*Elke Prestin*

**ALLGEMEINE GRUNDLAGEN**

**Die Eule und ich oder Recovery als ein lebenslanger Prozess** 14

*Patricia E. Deegan*

**Recovery und die UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen** 26

*Michaela Amering, Andrea Gmeiner*

**Das Recoveryverständnis von Initiativen Psychiatrieerfahrener** 36

*Ute Krämer, Susanne Ackers, Jenny Ziegenhagen, Eileen Friesecke, Thomas Künneke*

**Recovery-Förderung durch Psychotherapie und andere Mittel** 48

*Larry Davidson*

**Wellbeing-Konzepte: Vielfalt in Theorie und Anwendung** 65

*Susanne Schmalwieser, Beate Schrank*

**Das Empowerment College: Recovery und Bildung** 77

*Monika Möhlenkamp, Jörn Petersen*

**Soziale Inklusion und Recovery** 88

*Dirk Richter*

**Koproduktion: Wie Zusammenarbeit gestaltet werden kann** 102

*Gianfranco Zuaboni*

<b>»Mach dir nicht ständig Sorgen um mich, Mami!« Tochter und Mutter als Recoveryteam</b>	<b>112</b>
---	------------

*Henriette Peer und Janine Berg-Peer*

<b>Bedeutsame Faktoren bei der Implementierung von partizipativer Entscheidungsfindung</b>	<b>124</b>
--	------------

*Shulamit Ramon, Helen Brooks, Sarah Rae und Mary-Jane O'Sullivan*

## **INSTITUTIONELLE VORAUSSETZUNGEN**

<b>Recovery-Orientierung in Institutionen verankern</b>	<b>138</b>
---	------------

*Marianne Farkas*

<b>Recovery praktisch! Schulungsunterlagen zur Vermittlung des Recoveryansatzes</b>	<b>148</b>
---	------------

*Gianfranco Zuaboni, Jan Curschellas, Michael Schulz*

<b>Strukturelle Voraussetzungen von Recoveryorientierung ImROC: Ein Projekt aus England</b>	<b>157</b>
---	------------

*Julie Repper, Geoff Shepherd, Rachel Perkins und Jed Boardman*

## **PRAXISPROJEKTE**

<b>Implementierung der Recoveryorientierung in einer psychiatrischen Klinik</b>	<b>170</b>
---	------------

*Andreas Werner*

<b>Das Gezeitenmodell</b>	<b>180</b>
---------------------------	------------

*Johannes Kirchhof*

<b>Die Recoverygruppe Gesundheit und Wohlbefinden</b>	<b>191</b>
---	------------

*Christian Burr, Andréa Winter*

## **Das Recoveryseminar:**

### **Ein Gruppenangebot einer psychiatrischen Akutstation** 200

*Gianfranco Zuaboni, Helen Schneider*

### **Die Textwerkstatt Wisli: Schreibend zu sich selbst finden** 210

*Rose und Claus Herger*

## **Lernen als gemeinsamer Prozess:**

### **Erfahrungsexpertise in der Aus- und Weiterbildung von Pflegenden** 216

*Maya Locher, Fabio Razzai, Nadja Weber*

### **Recovery in der forensischen Psychiatrie** 228

*Andrew Bay, Andreas Wiemann, Susanne Schoppmann*

### **Recovery Colleges: Grundlagen und praktische Umsetzung** 242

*Michael Schulz, Gianfranco Zuaboni, Michael Löhr,  
Klaus-Thomas Kronmüller, Andrea Zingsheim*

### **Bildungseffekte eines Discovery College für junge Menschen** 255

*Liza Hopkins, Glenda Pedwell und Stuart Lee*

## **WOHIN DIE REISE GEHT**

### **Das Recoverydach: Eine Zukunftswerkstatt erweitert die Idee vom Recoveryhaus** 270

*Johann Meinhof, Jasmin Jossen*

### **Recovery in der Zukunft: We have a dream!** 280

*Christine Klingler Lüthi*



# Einleitung: Die »Kintsugi«-Methode

*Gianfranco Zuaboni, Christian Burr,*

*Andréa Winter, Michael Schulz*

*»There's a crack in everything,  
that's how the light gets in.«  
Leonard Cohen*

Das japanische ästhetische Konzept »Wabi-Sabi« ist im Zenbuddhismus verwurzelt, und die in Japan traditionelle Reparaturmethode »Kintsugi« steht ebenfalls in diesem Zusammenhang. »Wabi-Sabi« strebt dabei nicht das Perfekte und Makellose als Ideal an, vielmehr stehen die Schönheit des Vergänglichen, das Unvollkommene und die Veränderung im Zentrum. So gewinnt ein zerbrochener Teller oder eine zerbrochene Tasse, die kunstvoll mittels »Kintsugi« bearbeitet wurde, an Schönheit, da man daran die Spuren des Lebens erkennen kann. Die »Kintsugi«-Methode verwendet mit Gold oder Silber angereicherten Leim, um die Scherben wieder zusammenzufügen. Wie auf dem Titelbild der vorliegenden Publikation ersichtlich, werden so die Bruchstellen ganz besonders hervorgehoben und in keiner Weise vertuscht.

Genauso kann der Recoveryweg dadurch gekennzeichnet sein, die im Verlauf eines Lebens entstandenen Brüche und Scherben wieder zusammenzufügen. Im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung äußern die betroffenen Menschen vielfach den Wunsch, ihr vorangegangenes Leben wieder aufzunehmen. Doch die Erfahrungen und Anstrengungen der psychischen Erschütterung hinterlassen Spuren, die sowohl für die betroffene Person als auch ihr Umfeld prägend sein können.

In unserer Gesellschaft und damit auch in psychiatrischen Institutionen werden psychische Erkrankungen nach wie vor als Makel respektive Stigma angesehen. Diese Sichtweise wird von Vorurteilen und Ignoranz genährt und zieht für die Betroffenen schwerwiegende Folgen nach sich.

Die enormen Herausforderungen und Anstrengungen, die ein Genesungsprozess einem Menschen abverlangen, werden in der öffentlichen

Wahrnehmung nach wie vor wenig bis gar nicht gewürdigt. Diese Kenntnislosigkeit kann teils damit begründet werden, dass es für Menschen ohne eigene Krankheitserfahrungen sehr schwer zu erahnen ist, wie es sich anfühlt, wenn das eigene Leben, wenn selbst das eigene Ich in lauter Scherben vor einem liegt und es darum geht, dieses Stück für Stück wieder zusammenzufügen. Daneben zeigen Erfahrungen von Menschen mit einer eigenen Krankheits- und Genesungsgeschichte, dass es hilfreich ist, wenn Krisen nicht als individuelle Fehlleistungen vermittelt und angeschaut werden. Viel wertvoller ist es, solche Krisen als Reaktionen auf außerordentliche Belastungen zu sehen, die die Betroffenen wiederum vor große Herausforderungen stellen und in ihrer Gesamtheit schlicht Zeugnisse für das menschliche Leben an und für sich sind.

Im Jahr 2012 fand in Bern der erste »Internationaler Psychiatriekongress zu seelischer Gesundheit und Recovery« statt. In diesem Zusammenhang entstand das Buch »Recovery in der Praxis«, das sich mehrheitlich aus Kongressbeiträgen zusammensetzt. Den ersten Plan einer Überarbeitung dieser Erstauflage verwarfen wir in der Folge zugunsten einer ausführlicheren Neupublikation. Hier fließen nun neben Beiträgen aus darauf folgenden Kongressen eine Vielzahl an neuen Grundlagen und Projekten ein, die wir zusammentragen konnten. Einzelne, aus unserer Perspektive besonders wertvolle Beiträge aus dem ersten Buch, die nach wie vor aktuell sind oder entsprechend überarbeitet wurden, haben wir ebenfalls übernommen. Viele neue Beiträge sind hinzugekommen, weil sich der Recoveryansatz inzwischen auch im deutschsprachigen Raum in vielen neuen Projekten niederschlägt. Wir sind überzeugt, dass dieses neu erarbeitete Sammelwerk bedeutsame und inspirierende Impulse für die Weiterentwicklung von recoveryorientierten psychiatrischen Dienstleistungen in Deutschland, der Schweiz und Österreich geben kann. Impulse, die dazu beitragen sollen, Menschen im Sinne von »Kintsugi« zu unterstützen, ihr Leben, das durch eine psychische Erkrankung oder deren Folgen zerbrochen ist, wieder zusammenzufügen und die Bruchstellen als etwas Besonderes, zum Leben eines jeden Menschen Gehörendes, anzusehen.

# Recoveryorientierung als Prüfstein für die psychiatrische Versorgung

*Elke Prestin*

Wer Mitarbeitende der psychiatrischen Versorgung fragt: »Was ist eigentlich Recovery?«, der erhält unterschiedliche Antworten. Gar nicht wenige reagieren mit einem Schulterzucken: »Keine Ahnung.« Andere Professionelle wissen mehr: »Klar, Recovery, das haben wir auch. Da gibt es so eine Gruppe, die von einer Ex-Patientin begleitet wird, natürlich unter der Verantwortung eines Kollegen.« Deutlich seltener ist diese Variante: »Recovery bestimmt unsere Grundhaltung, und wir richten unser gesamtes Angebot daran aus.«

Offensichtlich hat sich das Recoverykonzept noch nicht flächendeckend durchgesetzt. Ein hindernder Faktor dürfte schon in der sperrigen Begrifflichkeit liegen: Für die englischen Wörter »Recovery« und das eng damit zusammenhängende »Empowerment« haben sich bedauerlicherweise bis heute keine eingängigen deutschen Übersetzungen etabliert. Zudem ist das Wort »Recovery« (deutsch: Gesundung, Genesung) im medizinischen Bereich anders besetzt als im hier gemeinten, auf die Selbsthilfe psychiatriererfahrener Menschen zurückgehenden Sinn. Aus klinischer Perspektive handelt es sich um die Reduktion und möglichst Remission von Krankheitssymptomen. Die Selbsthilfe dagegen versteht unter Recovery einen persönlichen, ganzheitlichen, individuellen Entwicklungsprozess, zu dem die Verarbeitung des Krankheitserlebens ebenso gehört wie die Entwicklung von neuen Lebensperspektiven.

Dankenswerterweise setzt sich mittlerweile eine ganze Reihe von Akteurinnen und Akteuren dafür ein, dass das Recoverykonzept der Selbsthilfe größere Verbreitung und Akzeptanz findet. Auch das vorliegende Buch wird sicher dazu beitragen, das Wissen über die Grundlagen und Praxisbezüge von Recovery zu erweitern. Hoffnungsvoll stimmt die 2019 erschienene Überarbeitung der S3-Leitlinie »Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen«, die von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) herausgegeben wurde, denn hier wird

erstmalig umfassend und fundiert auf die Konzepte von Recovery und Empowerment (d. h. die mit dem Recoveryprozess verbundene Stärkung der Selbstwirksamkeit) Bezug genommen.

Es ist also durchaus zu konstatieren, dass die von der Selbsthilfe geprägte Idee von Recovery zunehmend auch in professionellen psychiatrischen Kontexten wahrgenommen und ernst genommen wird. Allerdings lässt sich dabei auch eine Entwicklung beobachten, die häufig eintritt, wenn ein etabliertes System mit neuen Ansätzen konfrontiert wird: Das Neue wird so transformiert, dass es ins System eingespeist werden kann, ohne dieses grundlegend zu verändern. So werden mittlerweile professionelle »Interventionen« zur Förderung von Recovery entwickelt. Und Menschen mit Psychiatrieerfahrung, sogenannte »Peers«, dürfen als »Co-Referenten« an der Gestaltung entsprechender Gruppen mitwirken.

Nun mögen derartige Angebote im Einzelfall durchaus sinnvoll sein. Es wäre aber bedauerlich, wenn das Recoverykonzept damit als umgesetzt gälte. Denn zu betonen ist, was auch die oben genannte S<sub>3</sub>-Leitlinie korrekt feststellt: »Recovery kann [...] nur durch die Betroffenen selbst geleistet werden. Professionelle Helfer können den Prozess allenfalls unterstützen.« Insofern ist es eben nicht der Professionelle, sondern der Klient selbst, der die leitende Rolle einnimmt. Bei Bedarf, und auch nur dann, können und sollen geschulte Mitarbeitende der Psychiatrie beratend tätig sein, also ihrerseits als Co-Referenten am Genesungsprozess mitwirken. Und Interventionen, also aktive Eingriffe durch die Professionellen, sollten auf ein Mindestmaß reduziert werden.

Bereits diese kurzen Ausführungen lassen erkennen, dass es nicht darum geht, die psychiatrische Versorgung durch ein – womöglich auch noch standardisiertes – Zusatzmodul »Recovery« zu ergänzen. Wer das Recoverykonzept der Selbsthilfe ernst nimmt, sieht darin eine Anfrage an die Grundausrichtung der Psychiatrie insgesamt. Der seit der Psychiatrieenquête 1975 vielfach diskutierte Weg von der Institutionen- zur Personenorientierung muss endlich konsequent beschritten werden: Alle Bausteine der psychiatrischen Versorgung, einzeln und in ihrem Zusammenwirken, sind darauf zu hinterfragen, inwieweit sie den individuellen Genesungsweg eines psychisch erkrankten Menschen unterstützen.

Von zentraler Bedeutung ist dabei der ganzheitliche Blick auf den Menschen und sein soziales Umfeld. Es muss darum gehen, den erkrankten Menschen so weit irgend möglich in seinem gewohnten Lebensumfeld stützend zu begleiten. Sinnvoll ist häufig auch der Einbezug von

Angehörigen, Nachbarn, Kollegen und weiteren Bezugspersonen. Mit dem Konzept des Offenen Dialogs steht hierfür ein etablierter Ansatz zur Verfügung. Grundsätzlich sind intensiv-ambulante Betreuungsangebote auszubauen, um Hospitalisierungen zu vermeiden. Dabei spielt die Beziehungskontinuität eine wichtige Rolle. Gerade schwer psychisch erkrankte Menschen benötigen vertraute Ansprechpartner, die ihre Biografie und ihre individuellen Bedürfnisse kennen und bei der Entwicklung neuer Lebensperspektiven helfen können.

Solche neuen Wege zu erproben bedeutet auch, Risiken einzugehen. Eine recoveryorientierte psychiatrische Versorgung kann sich nicht der Sicherheit als oberstem Ziel verschreiben. Wer psychisch erkrankte Menschen stützend begleiten will, wird sie vor allem ermutigen – und auch gelegentliches Scheitern mittragen.

Erst wenn es gelingt, den Fokus nicht mehr primär auf Risiken, sondern auf Chancen zu richten, kann die institutionalisierte Psychiatrie glaubwürdig auch in der Antistigma-Arbeit aktiv sein. Gerade dies ist aber unverzichtbar, wenn man den oft propagierten Sozialraumbezug ernst nimmt. Denn Vorurteile und Scham, die mit psychischen Erkrankungen verbunden sind, können die betroffenen Menschen und ihr Umfeld ebenso belasten wie die eigentliche Krankheitssymptomatik.

Aktuell entsteht allerdings oft eher der Eindruck, dass innerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems die Vorbehalte gegenüber psychisch kranken Menschen mindestens ebenso groß, wenn nicht größer sind als in der Gesamtgesellschaft. Dies könnte auch damit zusammenhängen, dass viele Professionelle ihre Patienten nur in akuten Krankheitsphasen erleben. Umso wichtiger erscheint es, den regelmäßigen Austausch von Mitarbeitenden und Menschen mit Psychiatrieerfahrung zu fördern. Erst wenn es gelingt, psychisch erkrankte Menschen in aller Konsequenz als handelnde Subjekte (nicht Objekte einer Be-Handlung) und als Experten für ihr (Er-)Leben wahrzunehmen, kann eine recoveryorientierte Psychiatrie Wirklichkeit werden. Es wird noch vieler gemeinsamer Anstrengungen bedürfen, um dieses Ziel zu erreichen. Immerhin: Zu den zentralen Bestandteilen des Recoverykonzepts gehört auch Hoffnung.

*Dr. phil. Elke Prestin ist u. a. Mitglied bei NetzG – Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit. [www.elke-prestin.de](http://www.elke-prestin.de).*

# **ALLGEMEINE GRUNDLAGEN**



# Die Eule und ich oder Recovery als ein lebenslanger Prozess

*Patricia E. Deegan*

**ABBILDUNG 1** NingeokulukTeevee, Eule und Knabe

Copyright and Permissions: Dorset Fine Arts



Ich werde aus der Perspektive einer Person berichten, die als Jugendliche die Diagnose Schizophrenie erhalten hat. Heute bin ich 63 Jahre alt, ich habe also eine lange Reise hinter mir, und die Bedeutung von Recovery und meine Beziehung zu meiner psychiatrischen Diagnose hat sich über die Jahre ziemlich verändert.

Ich bin in einer großen irischen katholischen Arbeiterfamilie in Massachusetts (USA) aufgewachsen. Da ich an der Schule eine sehr gute Athletin war, wollte ich Sporttrainerin werden. Aber dieser Zukunftstraum wurde jäh zerstört, als ich während des Abschlussjahrs das erste Mal eine Psychose erlebte.

Während eines Basketballspiels begann ich, Veränderungen in meiner Koordination und Wahrnehmung zu erleben. Ich fand es nahezu unmöglich, den Ball zu fassen oder vorherzusehen, wo meine Mitspieler auf dem Spielfeld sein würden. Ich hörte sehr bedrohliche Stimmen tief aus meinem Inneren, die beleidigende und abwertende Sachen über mich sagten.

Im Gegensatz zu einer monotonen Lehrerstimme, die einfach zu ignorieren war, konnte ich diese Stimmen unmöglich ignorieren. Sie schienen allwissend, allmächtig und allsehend. Sie packten mich förmlich an den Eingeweiden, sodass ich sie, selbst wenn sie leise sprachen, nicht ignorieren konnte.

Im Lauf der nächsten Wochen stellte ich fest, dass sich die Menschen veränderten. Meine Schwester sah aus wie meine Schwester. Mein Trainer sah aus wie mein Trainer. Jedoch war etwas Unheimliches geschehen. Ich gelangte immer mehr zu der Überzeugung, dass sie nicht diejenigen waren, die sie zu sein schienen. Ich begann mich zu fragen, welche böartige Macht die Menschen um mich entseelt und ihnen eine fremde Identität eingepflanzt hatte. Dieser Verdacht wurde mit der Zeit immer stärker. Einmal versuchte ich, meiner Mutter zuzuhören, aber mir gelang es lediglich, mich auf ihren Mund zu konzentrieren, während ich versuchte herauszufinden, wieso Schraubenzieher ihre Zähne ersetzt hatten. Ich befürchtete, dass ich vielleicht der letzte Mensch auf dem Planeten war, und verschanzte mich in einem Zimmer, verängstigte dadurch meine jüngeren Geschwister und alarmierte meine Eltern und die Nachbarn.

Diese Erlebnisse verstörten mich. Ich wusste nicht, was mir geschah oder warum es geschah. Ich versuchte zu verstehen, meinen Erlebnissen einen Sinn zu geben und einen Umgang damit zu finden. Ich erinnere mich daran, wie ich mir einredete, einen Herzinfarkt zu haben. So erklärte ich mir, warum mein Herz so hart und schnell in meiner Brust schlug.

Ich begann auch, mir einzureden, dass ich LSD konsumiert hätte. Das würde die seltsamen und verstörenden Erfahrungen, die ich erlebte, erklären. Natürlich konsumierte ich nicht LSD, aber es schien mir irgendwie



Sinn zu machen, mir zu sagen, dass ich unter dem Einfluss eines Halluzinogens stand, denn dadurch würde mein »Trip« nicht mehr lange dauern und bald vorübergehen.

Von diesen schrecklichen Erlebnissen vereinnahmt und beherrscht zu werden war ein überwältigendes Gefühl. Dieses Bild von einem Kind, das von einer riesigen Eule weit weggetragen wird, steht für meine Erfahrung in diesen frühen Krankheitsepisoden. Etwas Kraftvolles und viel Größeres als ich hatte mich gepackt, mich aus meinem Leben gerissen und entführte mich zu mir unbekanntem Orten. Es gab keine Landkarten, keine Wegweiser und niemand konnte mir einen Weg zurück nach Hause zeigen.

Wenig überraschend wurde ich schließlich in eine psychiatrische Klinik eingewiesen. Einmal dort, wurde bei mir eine Schizophrenie diagnostiziert. Mir wurde auch gesagt: »Frau Deegan, Schizophrenie ist eine Krankheit, die der Diabetes ähnelt. Genauso wie ein Diabetiker für den Rest seines Lebens auf Insulin angewiesen ist, werden Sie für den Rest Ihres Lebens hoch dosiertes Haldol brauchen.« Mir wurde gesagt, ich solle meine Medikamente genau nach Vorschrift einnehmen und Stress vermeiden. Mir wurde gesagt, ich würde mein Leben lang krank sein. Keine Schule. Keine Beziehung. Keine Arbeit. Kein Sport, kein Training. Ich sollte einfach meine Medikamente nehmen und Stress vermeiden, denn, wie mir im Krankenhaus gesagt wurde: »Sie sind schizophren.« Von mir wurde erwartet, diese Tatsache zu akzeptieren.

Ich fand in der Tat ein wenig Trost in dem beeindruckend klingenden medizinischen Namen für die Dinge, die mir passierten. Eine Diagnose zu haben, erlaubte es mir, zwischen mir und *ihr, der Psychose*, ein wenig Abstand zu schaffen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik verstärkten diese Krankheitserzählung. Sie sagten, Schizophrenie sei eine Erkrankung des Gehirns, Pech in der genetischen Lotterie. Die Krankheit war *das andere*. *Sie* beherrschte mein Leben. *Sie* war mächtig und konnte sich erneut manifestieren, von sich aus und jederzeit, und *mich* wieder wegnehmen. Wenn ich Glück hatte, konnte *sie, die Schizophrenie*, in Schach gehalten und ihre Macht durch hoch dosierte Neuroleptika eingeschränkt werden.

Um wieder zu dem Bild des Kindes zurückzukommen, das von der Eule entführt wird: Einmal als schizophren diagnostiziert und vollgepumpt mit Haldol, konnte mich die Eule nicht packen. Sie hatte nun einen Namen, nämlich Schizophrenie. Sie war viel, viel *größer* als ich. Die

Eule war immer noch gefährlich, und die Ärzte sagten, dass sie immer da sein werde. Die Ärzte meinten, dass sie nicht besiegt werden könne; wenn ich jedoch sorgsam Stress vermeiden würde, mich vom Berufsleben verabschieden und jeden Tag meine Medikamente nehmen würde, könnte ich es vielleicht verhindern, wieder gepackt und davongetragen zu werden.

Der Preis dafür war natürlich sehr hoch. Mein Traum, Basketballtrainierin zu werden, löste sich unter der Prognose von Unheilbarkeit und chronischer Erkrankung in Luft auf. Kein Wort von Genesung. Stattdessen hatte sich meine Hoffnung auf eine bessere Zukunft in Luft aufgelöst. Keine Schule, keine Ausbildung, keine Arbeit, keine Beziehung. Ich hatte kein Leben vor mir, sondern nur eine Kette von bedeutungslosen, toten Tagen, ohne Aufgabe und ohne Freude.

Einige Menschen verbringen ihr Leben auf diese Art, sie existieren, ohne wirklich zu leben. Ohne Hoffnung auf eine bessere Zukunft. Stress vermeidend und überdosiert bis zur Benommenheit und Gleichgültigkeit. In solchen psychiatrischen Versorgungssystemen hören die Menschen nie die gute Nachricht, dass Recovery möglich ist. In nicht recovery-orientierten Versorgungssystemen glauben viele Mitarbeitende nicht an Recovery. Peermitarbeitende – Menschen mit der Erfahrung von Recovery – werden in solchen Systemen nicht angestellt und bezahlt. Stattdessen dürfen Psychatrieerfahrere sozusagen lebenslang Behandlungsangebote und Wohnheime nutzen, während sie darauf warten, therapiert oder geheilt zu werden.

Mir blieb dieses Schicksal glücklicherweise erspart. Für mich war – und ich weiß, da zeigt sich mein Alter – der Sony Walkman ein großer Wendepunkt. Für die Jungen: Der Walkman war ein kleines, tragbares Kassettenaufnahme- und -abspielgerät mit einem Kopfhörer und eingebautem Radio. Mir wurde einer geschenkt und ich habe schnell eine Kassette mit meiner Lieblingsmusik eingelegt. Dann fiel mir etwas auf: Wenn ich meine Musik hörte, schienen die Stimmen weniger laut zu sein. Ich kann nicht beschreiben, was für eine erstaunliche Entdeckung dies für mich war. Ich lernte, dass ich etwas *tun* konnte, dass ich meine verstörenden Stimmen beeinflussen konnte. Im Grunde genommen hatte ich meine Handlungsfähigkeit wiederentdeckt. Ich hatte Macht. Ich konnte etwas gegen diese schlimmen Erfahrungen *unternehmen*. Falls Sie sich das vorstellen können: Bis zu diesem Zeitpunkt hatte mir keine psychiatrische Fachperson je gesagt, dass ich selbst etwas *tun* konnte,

damit es mir besser ging. Wenn ich Musik mit dem Walkman hörte, wurden die Stimmen leiser. Das war eine Riesenüberraschung.

## Meine persönliche Medizin

Ein Neuanfang lag vor mir und veränderte meine Beziehung zu dieser Eule, die Schizophrenie hieß: Das Kind, das sie davongetragen hatte, wurde älter und größer. Die Eule, als Symbol meiner Krankheit, war immer noch etwas außerhalb von mir, aber ich wuchs im Verhältnis zu ihr. Ich entwickelte neue Fertigkeiten und Strategien. Ich hatte eine gewisse Macht. Ich konnte etwas *tun*, was die Symptome erträglicher machte.

Heute nenne ich das meine »persönliche Medizin«. Damit meine ich die Dinge, die wir *tun*, damit es uns dauerhaft gut geht. Es sind Dinge, die unserem Leben Sinn und Freude geben und die ein Lächeln in unser Gesicht zaubern. Sich um ein Haustier kümmern kann ähnlich effektiv wie ein Antidepressivum sein. Gärtnern kann Angst und Panik lindern und dazu beitragen, dass wir uns mit der Erde verbunden fühlen. Sehr wahrscheinlich gibt es genauso viele verschiedene Arten persönlicher Medizin, wie es Individuen gibt. Am wichtigsten jedoch ist für viele von uns, dass Recovery bedeutet, die richtige Balance zu finden zwischen den Medikamenten, die wir nehmen, und den Dingen, die wir *tun*, damit es uns langfristig gut geht.

Im Laufe meines Lebens bedeutet, gesund zu werden, auf dem Recoveryweg zu sein, immer besser für mich selbst zu sorgen. Ich manage keine Krankheit und mache kein Krankheitsmanagement. Ich kümmere mich um mich selbst und ergänze meine persönliche Medizin wie eine Hausapotheke um stetig neue Dinge.

Psychiatrische Fachpersonen sollten den Menschen helfen, vom ersten Tag der Behandlung an zu entdecken, was ihnen persönlich hilft, und sie dabei unterstützen, das auch einzusetzen. Nur von Psychopharmaka genesen wir nicht. Fragen Sie die Menschen vom ersten Tag der Behandlung an: »Können Sie selbst schon etwas tun, von dem Sie wissen, dass es Ihnen hilft?« Verschieben Sie den Fokus von »Was ist mit Ihnen los?« auf »Was ist Ihnen wichtig?« Auf diese Art geht es weniger um Symptomreduktion als vielmehr darum, das Leben zu führen, das wir führen wollen.

Recovery bedeutet nicht unbedingt, symptomfrei zu sein. Es bedeutet, das Leben zu leben und die Dinge zu machen, die einem persönlich wichtig sind. Fachpersonen sollten sich fragen, wann im Behandlungspfad ihrer Organisation sie den Menschen sagen, dass sie Fertigkeiten entwickeln können, um sich selbst zu helfen. Meiner Meinung nach sollte diese Botschaft in psychiatrischen Diensten vom ersten Tag an vermittelt werden.

## Selbsterforschung

Als ich Anfang dreißig war, wurde mein Recoveryprozess zum Selbsterforschungsprozess. Als Jugendliche hatte ich meinem Psychiater von meinen Erfahrungen mit Kindheitstrauma erzählt. Seine Antwort darauf werde ich nie vergessen: »Patricia, Sie verfügen nicht über die Ich-Stärke, damit umgehen zu können.« Was er meinte, ist, dass ich mich, weil ich »schizophren« war, nie von meinen traumatischen Erfahrungen erholen würde. Im Alter von 17 Jahren nahm ich an, dass er das als Experte wissen müsse, und somit waren meine traumatischen Erfahrungen während den nächsten 15 Jahren kein Thema mehr. Statt mich mit der Vergangenheit zu beschäftigen, konzentrierte ich mich darauf, ein solides Fundament für mein Leben in der Gegenwart zu schaffen. Ich ging zur Schule und trotz einiger Rückschläge und Krankenhausaufenthalte beendete ich mein Studium in Klinischer Psychologie mit einem Dokortitel.

Mich auf die Gegenwart zu konzentrieren war zu diesem Zeitpunkt meines Lebens vernünftig, denke ich. Bevor du eine traumatische Vergangenheit betrachten kannst, musst du wissen, dass du eine Zukunft hast. Und der einzige Weg, einen ersten Blick auf eine mögliche Zukunft zu erspähen, besteht darin, mit beiden Füßen fest auf dem Boden der Gegenwart zu stehen.

Die Trennung zwischen der Psychose und den Erschütterungen des Kindheitstraumas verwischte sich jedoch nach dem Abschluss der Doktorarbeit und der Aufnahme eines Jobs. Bedrängten mich die Stimmen oder die Flashbacks? War es Paranoia oder Überwachheit? War es Desorganisation oder Dissoziation? War es Gedankeneingebung oder eine ungewollte, sich aufdrängende Erinnerung, die meinen Schlaf störte, mich wütend machte und mich in Angstschweiß ausbrechen ließ? War

die Frage »Was stimmt nicht mit mir?« relevant? War die richtige Frage nicht eher: »Was ist mit mir geschehen?«

Schließlich fand ich eine Therapeutin, die mit mir arbeitete. Nun begann ein intensiver Prozess der Selbstentdeckung. Um auf mein Bild von der Eule zurückzukommen: Sie erinnern sich, dass die Entdeckung meiner persönlichen Medizin mir dabei half, die mächtige Eule auf eine Größe schrumpfen zu lassen, die mir nicht mehr so viel Angst machte. Im nächsten Abschnitt meiner Lebensreise lernte ich, dass diese Eule kein schreckliches Raubtier war, das mich aus meinem Leben gerissen und an weit entfernte Orte gebracht hatte, sondern meine Beschützerin. Die Eule ertrug den Schmerz und die traumatische Erinnerung für mich, bis ich stark genug war, sie selbst zu ertragen. Ich lernte, die Eule zu umarmen. Ich begann zu akzeptieren, dass die Eule ein Teil von mir war.

Traumata sind nicht der Grund psychischer Erkrankungen. Familien sind nicht der Grund psychischer Erkrankungen. Epidemiologische Forschungen belegen jedoch, dass traumatische Erfahrungen einschließlich Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit bei Menschen mit psychiatrischen Störungen, auch bei Psychose, verbreitet sind. Eines müssen wir uns klarmachen:

- Kindheitstrauma und Vernachlässigung sind Risikofaktoren für die Entwicklung von Psychosen und deren Symptome wie Stimmen und Halluzinationen und können die Art und Weise, wie diese auftreten, beeinflussen.
- Psychiatrische Fachpersonen sind bei Psychosen oft unsicher, was das Erkennen und Behandeln von Traumata angeht.

Das heißt: Wenn psychiatrische Fachpersonen z. T. lebenslange Recovery- und Selbsterforschungsprozesse einer Person begleiten wollen, müssen sie traumasensible Behandlungsansätze entwickeln.

## Stigmatisierung als zweite Krankheit

Als mir die Integration des Symbols der mir innewohnenden Eule gelang, geschah etwas Interessantes. Stigma und Diskriminierung wurden eine immer größere Herausforderung. Einige Leute hatten große Mühe damit, dass ich einerseits eine kompetente und fachlich versierte Person bin und andererseits auch eine Person mit der Diagnose Schizophrenie.

Manchmal beharrten sie darauf, dass ich nur das eine oder das andere sein könne. Bildlich gesprochen wollten sie wieder die Eule als Krankheit, getrennt von mir, sehen. Lassen Sie mich Ihnen zwei Beispiele geben: Als ich anfang, öffentlich über Recovery zu sprechen, war ich bei einer großen Gesprächsrunde zum Thema Psychiatrie in einer staatlichen Klinik in Massachusetts/USA eingeladen. Wie immer sprach ich von mir als einer Frau mit der Diagnose Schizophrenie. Ich erwähnte auch meinen Dokortitel in Klinischer Psychologie. Ungefähr einen Monat später erhielt ich einen Brief des Berufsverbands der Psychologinnen und Psychologen von Massachusetts. Darin wurde mit einer Unterlassungsklage gedroht. Es würde dem Berufsstand schaden, wenn ich mich öffentlich als Psychologin mit der Diagnose Schizophrenie vorstelle. Ich solle davon Abstand nehmen und es unterlassen, öffentlich über meine Genesung zu erzählen. Glücklicherweise war ich nicht Mitglied des Berufsverbands und weigerte mich, damit aufzuhören, die Botschaft von Hoffnung und Recovery weiterzutragen.

Ein zweites Erlebnis, das bezeichnend ist für die Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit der Diagnose Schizophrenie, hatte ich in meinen frühen Vierzigern. Meine Partnerin Deborah und ich hatten uns entschieden, ein Kind aus einer staatlichen Pflegeeinrichtung zu adoptieren. Dazu mussten wir einen zehnwöchigen Erziehungskurs absolvieren und Unmengen von Fragebögen ausfüllen, die u. a. auch Fragen zur Gesundheit enthielten. Wir beantworteten alle Fragen ehrlich und bestanden den Kurs zusammen mit vielen anderen Paaren, die sich darauf freuten, eine Familie zu gründen. Endlich kam der große Tag, an dem uns eine Sozialarbeiterin die hübsche Dreijährige vorstellen wollte, die unsere Tochter werden sollte. Als wir das Büro der Sozialarbeiterin betraten, empfing sie uns mit einem strengen Ausdruck im Gesicht. Sie sah mich an und sagte: »Ich habe Sie gestern in den Fernsehnachrichten gesehen. Ich wusste nicht, dass Sie schizophren sind.«

Tatsächlich war in den Abendnachrichten am Tag zuvor über mich berichtet worden. Zusammen mit anderen hatte ich mich für eine Wiederherstellung von in Vergessenheit geratenen Friedhöfen auf dem Gelände einer staatlichen psychiatrischen Klinik eingesetzt. Im Lauf des Fernsehberichts muss ich meine Diagnose erwähnt haben.

Die Sozialarbeiterin bat mich ins Büro ihrer Vorgesetzten und zusammen eröffneten sie mir, dass sie Deborah und mir nicht erlauben würden, das Kind zu treffen. Schizophrene dürften keine Kinder adoptieren, sagten

sie. Ich erwiderte: »Ich bin keine Schizophrene. Ich bin eine Person und keine Krankheit.« Mich aufgrund meiner psychiatrischen Behinderung zu diskriminieren sei gegen das Gesetz, informierte ich sie. Wie alle anderen Kursteilnehmenden hatte ich alle Voraussetzungen erfüllt, um für eine Adoption infrage zu kommen. Sollten sie mich weiter diskriminieren, würde ich ihre Einrichtung wegen Diskriminierung verklagen. Mit Genugtuung kann ich berichten, dass sie sofort einlenkten, und noch am selben Tag lernten wir Chianne, unsere über alles geliebte Tochter, kennen.

Gegen Stigma und Diskriminierung zu kämpfen ist Teil des lebenslangen Recoveryprozesses. Stigma durch psychiatrische Dienstleistungen trägt zu früher Erkrankung und Sterblichkeit für diejenigen von uns bei, die eine psychiatrische Diagnose haben. Diskriminierung versperrt uns Menschen mit psychischen Erkrankungen den Zugang zu Arbeitsplätzen, zu Wohnungen und erschwert die Integration in die Gemeinde. Diskriminierung blockiert unsere Anstrengungen, unser Leben zu verbessern und unser ganzes Potenzial zu entfalten. Deshalb kann Recovery im Lauf eines Lebens auch bedeuten, sich an einer Recoverybewegung zu beteiligen. Da wir als Gruppe über wenig gesellschaftliches Ansehen verfügen, können wir es nicht anderen überlassen, unsere Rechte auf ein freies und glückliches Leben zu verteidigen. Sich am Kampf für soziale Gerechtigkeit zu beteiligen, war ein zentraler Bestandteil meines Recoveryprozesses. Psychiatrische Fachpersonen können sich mit unserem Kampf für soziale Gerechtigkeit solidarisieren. Auch die Leitungen von psychiatrischen Einrichtungen und Diensten sollten sich dafür engagieren, dass ihre Angebote nicht stigmatisierend und diskriminierend sind.

Anfänglich dachte ich, Recovery bedeutet zu versuchen, normal zu werden und in der Welt als normal zu gelten. Inzwischen habe ich gelernt, dass es das einzige Ziel von Recovery ist, nicht normal zu sein, sondern die einzigartige Person zu werden, die ich bin und die es nie wieder geben wird. Ich bin keine Schizophrene. Ich bin eine Person und keine Krankheit. Die Eule ist jetzt ein Teil von mir, eine Quelle der Weisheit. Die Eule ist keine bedrohliche Krankheit, die darauf wartet, mit mir weg in eine Psychose zu fliegen. Ich bin die Eule. Die Eule gehört zu mir. Ich lebe mit meinen Verletzlichkeiten, so wie alle mit ihren Verletzlichkeiten leben müssen. Ich habe wunderbare Talente und Fähigkeiten, welche nicht zuletzt aus meinen Verletzlichkeiten entstanden sind. Ich würde meine Verletzlichkeit oder meine Talente gegen nichts auf der Welt tauschen wollen. Ich sehe es so: Ich bin, wie ich bin. All das macht mich aus.

An welchem Punkt hören wir in der Psychiatrie damit auf, die Menschen verändern zu wollen, und akzeptieren sie einfach bedingungslos so, wie sie sind? Im Rahmen einer meiner Supervisionen von Mitarbeitenden hörte ich kürzlich einige von einem über fünfzigjährigen Mann sprechen, der schon seit seiner Teenagerzeit psychiatrisch behandelt wird. Er lebte in einem Wohnheim, und die Mitarbeitenden berichteten, dass er da nicht länger behandelt werden und wohnen wolle. Sie waren sehr besorgt und beharrten darauf, dass er wegen seiner Paranoia unbedingt weiter behandelt werden müsse. »Was möchte *er* eigentlich tun?«, fragte ich. »Er hilft gerne im Garten und beim Kochen mit, aber er ist immer noch paranoid«, sagten sie. Ich antwortete ihnen: »Ich finde, dieser Mann hat recht. Er ist einfach, wer er eben ist. Können wir das nicht akzeptieren? Können wir das nicht würdigen? Können wir unser Augenmerk nicht darauf richten, was er beiträgt zum Leben in der Gemeinschaft hier? Lasst uns ihn unterstützen und seine Mithilfe in Garten und Küche würdigen. Er ist, wer er eben ist, und das ist in Ordnung.«

Wann hören wir in der Psychiatrie damit auf, die Menschen verändern zu wollen, wann nehmen wir sie einfach bedingungslos so an, wie sie eben sind? In unserer Gesellschaft gibt es Raum für Neurodiversität. Menschsein ist vielfältig, und dies zu würdigen und zu feiern, kann zutiefst heilsam sein.

## Psychische und körperliche Gesundheit

Bevor ich mit meinen Überlegungen zum Recoveryprozess im Laufe des Lebens zum Ende komme, drängt sich noch folgende Frage auf: Was ist mit der Lebenszeit? Wir Menschen mit psychiatrischen Diagnosen haben eine kürzere Lebenserwartung. Im Vergleich zu Menschen ohne psychiatrische Diagnosen werden wir Jahrzehnte früher krank und sterben früher. Wir sterben an vermeidbaren und behandelbaren Krankheiten. Viele Faktoren tragen zu unserer frühen Erkrankung und Sterblichkeit bei: Tabakkonsum, Armut, ungünstige Ernährungsgewohnheiten, traumatische Erfahrungen und dergleichen mehr. Erfreulicherweise werden inzwischen Modelle von integrierten Behandlungsansätzen mit verhaltenstherapeutischen Konzepten erprobt. Das wird dazu beitragen, Leben zu retten. Meine Besorgnis gilt allerdings der weitverbreiteten Praxis



der Polypharmazie und Hochdosierung. Ich mache mir Sorgen, wie sich beides auf unsere Gesundheit auswirkt. Die Risiken sind beträchtlich: erhöhte Lipidwerte, Gewichtszunahme und Diabetes. Lauter Faktoren, die unser Leben verkürzen. Hochdosierungen bewirken oft Ruhigstellung und haben Nebenwirkungen, die Recovery eigentlich verunmöglichen und die Lebensqualität beeinträchtigen. Deshalb führe ich heute eine kleine Firma und unsere Mission liegt im Erfinden von Werkzeugen und Technologien, welche die Gesundheit, die Stimme und die Wahlmöglichkeiten von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen stärken.

Eines unserer Projekte heißt CommonGround Software. Es wird aktuell von ungefähr 30.000 Menschen in fast achtzig US-Kliniken genutzt. Es funktioniert ungefähr so:

Der Bereich von Kliniken, in denen Medikamente verabreicht werden und Betroffene entscheiden müssen, ob sie Medikamente nehmen, wird in ein peergeleitetes Unterstützungszentrum verwandelt. Menschen, die in die Klinik kommen, loggen sich mit Unterstützung von Peermitarbeitenden in eine webbasierte Anwendung ein. Dann beantworten sie einen Fragebogen zu ihrem Gesundheitszustand, der an das ganze Behandlungsteam weitergeleitet wird, auch an die Psychiaterin. Es werden außerdem kurze Videos gezeigt von anderen Menschen, die psychische Probleme, Suchterkrankungen und andere gesundheitliche Herausforderungen wie Diabetes bewältigt haben. Zusätzlich werden die Menschen dabei unterstützt, ihr wichtigstes Recoveryziel zu identifizieren. Dann wird geklärt, inwiefern Medikamente dabei unterstützend wirken können und was sie selbst tun können, was also ihre persönliche Medizin sein könnte. Von diesem Gesundheitsbericht bekommen die Klienten einen Ausdruck und bringen diesen zum Termin mit der Psychiaterin mit. Die Psychiaterin und das Behandlungsteam haben auch im hausinternen Dokumentationssystem Zugriff auf den Gesundheitsbericht. Die Stimme des Individuums wird dadurch verstärkt und nimmt ihren Platz im Zentrum des Behandlungsteams ein.

Zusammen mit der Psychiaterin wird der Bericht besprochen und gemeinsam die Entscheidungen über die nächsten Behandlungsschritte getroffen. Anschließend dokumentiert die Psychiaterin die gemeinsam getroffene Entscheidung, und die Klienten erhalten einen Ausdruck, den sie mit nach Hause nehmen können.

Forschungen zur Wirkung der CommonGround Software zeigen, dass sie die Selbstfürsorge der Klienten aktiviert, was wiederum zu einer

Verbesserung des Gesamtgesundheitszustands führt. Auf diese Art helfen wir, sicherzustellen, dass die Menschen länger und besser leben.

Übersetzung: *Andréa Winter*

*Patricia E. Deegan, Ph.D., arbeitet als unabhängige Beraterin und Recovery- und Empowerment-Spezialistin in Forschung und Lehre. Sie hat einen Dokortitel in Klinischer Psychologie und ist außerordentliche Professorin am Dartmouth College School of Medicine und an der Boston University, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences, außerdem ist sie Projektleiterin an der University of Kansas School of Social Welfare. Patricia E. Deegan ist Mutter und seit über 25 Jahren verheiratet.*

*www.patdeegan.com*

## Literatur

- BAILY, T.; ALVAREZ-JIMENEZ, M.; GARCIA-SANCHEZ, A. M.; HULBERT, C.; BARLOW, E.; BENDALL, S. (2018): Childhood trauma is associated with severity of hallucinations and delusions in psychotic disorders: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, DOI: 10.1093/schbul/sbx161.
- MACDONALD-WILLSON, K. L.; DEEGAN, P. E.; HUTCHISON, H. L.; PARROTTA, N.; SCHUSTER, J. M. (2013): Integrating self-management strategies into mental health service delivery: Empowering people in recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 36 (4): 258–263.
- SHEVLIN, M.; DORAHY, M. J.; ADAMSON, G. (2007): Trauma and psychosis: An analysis of the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry* 164 (1): 166–159.

# Recovery und die UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen

*Michaela Amering, Andrea Gmeiner*

Die historisch erstmalige explizite Nennung von psychosozialen Behinderungen in der UN-Konvention über die Rechte von Personen mit Behinderungen (UN-BRK; 2006) ist ein bemerkenswerter Erfolg der internationalen Betroffenenbewegung, die seit Langem für die Umsetzung der Rechte auf soziale Inklusion mit Teilhabe- und Solidarrechten sowie Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung kämpft. Artikel 1 der Konvention klärt:

»Der Begriff ›Personen mit Behinderungen‹ umfasst Menschen mit langfristigen körperlichen, seelischen, geistigen oder Sinnesschädigungen, die sie im Zusammenwirken mit verschiedenen Barrieren daran hindern können, gleichberechtigt mit anderen uneingeschränkt und wirksam an der Gesellschaft teilzunehmen.«

Menschen mit Behinderungen aufgrund psychischer Erkrankungen sind – erstmalig in einer solchen Konvention – gemeinsam mit Personen mit Behinderungen aus anderen Gründen miterfasst. Die Erarbeitung der Konvention war von einer historischen Beteiligung der Zivilgesellschaft geprägt, insbesondere auch von Selbstvertreterinnen mit psychosozialen Beeinträchtigungen (AMERING & SCHULZE 2013). Auch das hat es zum ersten Mal in der Geschichte der Vereinten Nationen gegeben.

Die Ratifizierung dieser Konvention machte Änderungen der nationalen Gesetzgebungen nötig. Österreich hat die UN-BRK 2008, Deutschland 2009 und die Schweiz 2014 ratifiziert. Die Ratifizierung einer solchen Konvention durch die Europäische Union im Jahr 2010 ist eine weitere historische Erstmaligkeit. Die Ratifizierungen leiteten einen Prozess ein, der uns in den kommenden Jahren und Jahrzehnten beschäftigen wird.

Um die Tragweite und das Potenzial der UN-BRK zu erkennen, hilft es, sich an die Wirkung einer anderen UN-Menschenrechtskonvention zu

erinnern: das Recht auf Selbstbestimmung und Nichtdiskriminierung von Frauen. Seit der Verabschiedung 1979 hatte und hat sie enorme Auswirkungen auf Gesellschaften weltweit. Und obwohl auch in dieser Hinsicht noch viel zu tun ist, ist uns allen klar, dass diese Entwicklung unumkehrbar ist. Nun stehen wir auch mit der UN-BRK mitten in einem weitreichenden gesellschaftlichen Prozess, der im psychosozialen Bereich ein Infragestellen und radikales Neudenken, aber auch anderes Handeln erfordert (SCHULZE 2010).

## Recovery – ein Menschenrecht?

Wesentliches Element der ursprünglichen Recoverybewegung der 1980er-Jahre war ebenfalls die Betroffenenbewegung (AMERING & SCHMOLKE 2012). Ihre Bereitschaft und ihre klare Forderung nach Einbeziehung von Expertinnen in eigener Sache, also Selbstvertreterinnen, auf allen Ebenen der psychiatrischen Praxis und Forschung sollte der Psychiatrie eine multiperspektivische Evidenzbasis für die Formulierung von Richtlinien und die Entwicklung von neuen Unterstützungsangeboten liefern (ROSE et al. 2006). Dies wiederum sollte das Wachstum und den Einfluss einer Menschenrechtsbewegung zur Befreiung von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen von Marginalisierung, Ausschluss und Ablehnung fördern.

Aus diesem Blickwinkel kann Recovery also in gewissem Sinn auch als die praktische Anwendung der Grundprinzipien der Konvention betrachtet werden. Bedingungen für die angestrebte Inklusion sind sowohl für Recovery als auch für die Verwirklichung sämtlicher Menschenrechte für Menschen mit Behinderungen die Nichtdiskriminierung ganz generell sowie speziell aufgrund des Merkmals Behinderung. Dieses Verbot wird auch in der Konvention grundgelegt (Artikel 2). Die Partizipation von Selbstvertreterinnen während des Verhandlungsprozesses hat sich u. a. dahingehend ausgewirkt, dass Teilhabe (Partizipation) ein Grundprinzip des Vertrags ist (Artikel 3) und auch als Verpflichtung für die ratifizierenden Staaten formuliert wird. Konkret schreibt die Konvention vor, dass Mitgliedsstaaten in allen Belangen, die Menschen mit Behinderungen betreffen, diese einbeziehen müssen (Artikel 4, Abs. 3), so auch in die Überwachung der Konvention (Artikel 33, Abs. 2).

Die UN-BRK stellt klar: Alle Menschenrechte gelten auch für alle Menschen mit Behinderungen (Artikel 1). Der etablierte Menschenrechtskatalog wird barrierefrei und inklusiv dargestellt. Wesentliche Grundprinzipien sind Selbstbestimmung, Partizipation, Barrierefreiheit und Inklusion, aber auch der Respekt für Diversität (Artikel 3). Die Bedeutung von sozialen Barrieren, der Einfluss von einstellungsbedingten Hürden, wie z. B. Stereotypen und Vorurteilen vis-à-vis Menschen mit Behinderungen, wird dabei betont (SCHULZE 2011). Der Fokus verschiebt sich von der rein medizinischen Betrachtung einer Behinderung hin zu einer, die vor allem die Reaktion der Umwelt auf eine Beeinträchtigung in den Blick nimmt. Die medizinische Sichtweise, die Defizite eruiert, wird von einer sozialen Perspektive abgelöst, die vor allem Unterstützungs- und Assistenzmöglichkeiten aufspürt: »Welche Form von Assistenz kann jemanden wie am besten in seiner Selbstbestimmung unterstützen?« wird zur zentralen Fragestellung. Diese Assistenz kann auch in Form von persönlicher Assistenz erfolgen, die natürlich auch Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen zur Verfügung gestellt werden soll. Der Inklusionsgedanke wird auch dadurch betont, dass die Unterstützungsleistung gemeindenah angeboten werden muss (Artikel 19).

## Handlungsbedarfe

Die Zielsetzung einer – gerade auch sozial – barrierefreien Gesellschaft stellt die unterzeichnenden Staaten vor einige Herausforderungen. Die von wohlgemeintem Paternalismus gezeichnete Fürsorgepolitik hat in Strukturen, aber auch im Denken tiefe Spuren hinterlassen, die nun adaptiert und korrigiert werden müssen. Vielfach gibt es daher wesentlich mehr Änderungsnotwendigkeit, als zunächst angenommen wurde. Beispiele von akutem Handlungsbedarf und aktuellen Änderungen inkludieren Fragen der österreichischen Sachwalterschaft, des schweizerischen Erwachsenenschutzrechts und auch des Betreuungsrechts in der BRD. Die Konvention mit ihrem sozialen Modell von Behinderung verlangt, dass Entscheidungen nicht mehr stellvertretend, sondern unterstützt getroffen werden. Das prägt auch die aktuellen Diskussionen zur Zwangsbehandlung, die in der BRD zu mehreren höchstrichterlichen Entscheidungen und nachfolgenden rechtlichen Anpassungen und

fachlichen Stellungnahmen geführt haben. In vielen anderen Ländern wird ebenfalls bezweifelt, dass die derzeitige Gesetzgebung im Einklang mit der Konvention ist. Die Weltgesundheitsorganisation WHO berät in ihrem Quality-Rights-Projekt (WHO o. J.) Länder in der Anpassung ihrer diesbezüglichen Gesetze. Vorschläge zu zeitgemäßen, nicht diskriminierenden Lösungen reichen von einer einheitlichen Rechtslage für die gesamte Medizin, die alle Fälle eingeschränkter Entscheidungsfähigkeit regelt anstelle von speziellen Gesetzen für eine von der Medizin getrennte Psychiatrie (SZMUKLER et al. 2014), bis zur Forderung des UN-Sonderberichtstatters über das Recht aller Menschen auf bestmögliche körperliche und seelische Gesundheit, DANIEL PURAS (2017):

- »In Anbetracht der Tatsache, dass das Recht auf psychische Gesundheit nun im Sinne der UN-BRK umzusetzen ist, ist sofortiges Handeln erforderlich, um Zwang drastisch zu reduzieren und eine gewaltfreie psychiatrische Behandlung und Unterbringung anzustreben.«

Konkret schlägt Puras vor:

- »Statt gesetzliche oder ethische Argumente heranzuziehen, um den Status quo zu rechtfertigen, müssen abgestimmte Bemühungen unternommen werden, diesen aufzuheben. Der Verzicht auf Sofortmaßnahmen, die diesen Wandel herbeiführen, ist nicht mehr akzeptabel, und der Sonderberichtstatter schlägt die folgenden fünf wohlüberlegten, zielorientierten und konkreten Maßnahmen vor:
- (a) Allgemein anwendbare Alternativen zu Zwangsmaßnahmen mit dem Ziel gesetzlicher Reformen;
  - (b) Entwicklung einer umfangreichen Palette an nicht auf Zwang basierenden Alternativen in der Praxis;
  - (c) Entwicklung eines Plans, medizinische Zwangsmaßnahmen drastisch zu reduzieren, mit dem Ziel ihrer Eliminierung unter Beteiligung von Interessenvertreter\*innen inklusive Rechteinhaber\*innen;
  - (d) Etablierung eines Austauschs guter Praktiken zwischen und innerhalb von Ländern;
  - (e) Erhöhung von Forschungsinvestitionen und quantitativer sowie qualitativer Datensammlungen, um den Fortschritt in Richtung dieser Ziele zu überwachen.«

Während weltweit Alternativen aufgezeigt (GOODING et al. 2018) und Entwicklungen zum Gewaltverzicht skizziert werden (ZINKLER &

KOUSSEMOU 2014), ist in diesem zentralen und die Reputation des Faches prägenden Bereich der Psychiatrie noch viel zu tun.

Hat sich das Psychiatrie-Recht bisher hauptsächlich mit der Anwendung von Zwang in der Psychiatrie beschäftigt, ergeben sich durch die UN-BRK neue Handlungsbedarfe zur Durchsetzung neuer Anspruchsrechte, die z. B. die Wohnsituation von Menschen mit psychosozialen Behinderungen betreffen, Gesundheit und Lebensstandard, politische und kulturelle Partizipation, aber auch Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch (BARTLETT 2012). Diese Trendwende beinhaltet wesentlich die gesellschaftspolitischen Fundamente Bildung, Arbeit und Erwerbsleben sowie die Bereiche Rehabilitation und Habilitation (AMERING & SCHULZE 2013). Neben den Freiheitsrechten treten die Teilhabe- und Solidarrechte mit ihren Ansprüchen auf Leistungen in den Vordergrund.

Für viele der durch die neue Rechtslage notwendigen Veränderungen gibt es bereits evidenzbasierte Interventionen zur Unterstützung von Personen, die über längere Zeit psychische Gesundheitsprobleme haben, die endlich implementiert werden müssen, damit psychiatrisches Fachwissen eine konstruktive Rolle im Prozess zur Umsetzung der UN-BRK spielen kann. Wesentlich für rasche mögliche Verbesserungen sind dabei aus Recovery-Sicht solche Interventionen, die dabei helfen, am Leben in der Gemeinde teilzunehmen (DAVIDSON 2010). Dabei handelt es sich um Assistenz bei der Ausbildung, Supported Employment und Jobcoaching, Betreutes und betreubares Wohnen, Peersupport und Genesungsbegleitung, Selbsthilfe und Interessenvertretung, unterstützte Entscheidungsfindung anstelle von Fremdbestimmung, Einbeziehung von Familien und Freunden in rehabilitative Anstrengungen, Unterstützung für Personen mit psychischen Störungen bei der Familienplanung und in der Elternrolle und andere unspezifische und spezifische Assistenzleistungen im Alltag. Ein anderer Schwerpunkt ist die Sicherstellung der Wahlfreiheit im Hinblick auf Krisenhilfen: Genesungsbegleitung, betroffenengeleitete Krisenhäuser, Open-Dialogue-Modelle, Soteria, Krisenfamilien, Hometreatment, Patientinnenverfügungen und andere Alternativen zu Akutaufnahmen in Krankenhäusern.

## Wissenschaftliche Evidenz trifft sich mit rechtlichen Ansprüchen für einen menschenrechtsbasierten Ansatz in der Psychiatrie

Der Ausbau von psychiatrischen Unterstützungsleistungen zur Förderung von Autonomie und selbstbestimmtem Leben wird sowohl durch die aktuelle Rechtslage als auch durch wissenschaftliche Erkenntnisse unterstützt. Dazu zählen diejenigen evidenzbasierten Interventionen, die als recoveryfördernd vorgeschlagen wurden (z. B. SLADE et al. 2014) und gleichzeitig eine zentrale Rolle für einen menschenrechtsbasierten Ansatz spielen. Im Folgenden werden einige wenige Beispiele genannt, stellvertretend für viele bereits modellhaft etablierte Interventionen, die jetzt rasch breit implementiert werden müssen, um soziale Teilhabe zu fördern.

**Peersupport** Peearbeit ist nach aktueller Forschung ein vielversprechender Ansatz, der nicht nur den betroffenen Nutzerinnen zugutekommt, sondern auch das allgemeine therapeutische Klima psychiatrischer Einrichtungen verbessern und den Kampf gegen Stigmatisierung und Diskriminierung Betroffener unterstützen kann (MAHLKE et al. 2015). Die Erfahrungen von Peers, die selbst »in Recovery« leben, und ihr Engagement als Mitglieder multiprofessioneller Teams haben gerade für die Identifizierung von Potenzial an Gesundheit und Möglichkeiten zur Selbstbestimmung und Eigeninitiative auch bei Menschen, die sich in als aussichtslos erscheinenden Situationen befinden, große Bedeutung. Sie können dem »Bias« der Klinikerinnen und Kliniker, die ohne eigene Psychiatrieerfahrung auf den klinischen Alltag mit Fokus auf Risiken, Krisen und Krankheit begrenzt sind, ihre Erfahrungen mit erfolgreichen Aufbrüchen aus solchen Situationen entgegensetzen. Die erste große randomisierte Studie in Deutschland zeigte vergleichbare Resultate bezüglich Lebensqualität, sozialer Funktionen und Klinik-Wiederaufnahmen in Gruppen mit und ohne Unterstützung durch Peers und einen signifikanten Vorteil in Bezug auf Selbstwirksamkeit für Personen, die in Einzelkontakten von Peers unterstützt worden waren (MAHLKE et al. 2017). Das trifft sich wiederum mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Bedeutung von Selbstwirksamkeit für Recovery (z. B. BJORNSTADT et al. 2017).



**Housing first** Unabhängiges unterstütztes Wohnen wird von Klientinnen und Klienten klar präferiert, zeigt keine Nachteile im Vergleich zu traditionellen Institutionen und sogar Hinweise auf Überlegenheit bei Obdachlosigkeit (RICHTER & HOFFMANN 2017). Der Zugang zu einer eigenen Wohnung ohne Vorbedingungen erfüllt das Gebot der Wahlfreiheit und Selbstbestimmung und entspricht dem Konzept der Recoveryorientierung. Es handelt sich um individualisierte und bedarfsorientierte Unterstützungsleistungen, die die Integration in Gesellschaft und lokale Gemeinschaft zum Ziel haben.

**Supported Employment** Im Bereich der Arbeitsrehabilitation liegen hochqualitative Studien vor. Kürzlich konnte dazu auch noch gezeigt werden, dass die deutliche Überlegenheit von Unterstützung für selbst gewählte Arbeit – Supported Employment, Jobcoaching – gegenüber traditionellen arbeitsrehabilitativen Ansätzen auch in der Anwendung in der täglichen Routine erhalten bleibt (RICHTER & HOFFMANN 2018).

**Trialog** Die Einbeziehung von Personen mit gelebter Erfahrung auf allen Planungs- und Entscheidungsebenen ist nicht nur durch die UN-BRK gesetzlich vorgeschrieben, sondern wird auch durch die aktuelle Datelage zum Kampf gegen Stigma und Diskriminierung gestützt (GAEBEL et al. 2016).

## Gemeinsam sind wir stärker

Neueste Forschungen machen deutlich, dass es zur Implementierung von unterstützter Entscheidungsfindung in der psychiatrischen Arbeit neben den rechtlichen Voraussetzungen auch institutionelles Leadership und einiges an Training, z. B. zur Nutzung rechtlicher Instrumente wie Vorausverfügungen, Kenntnis und Verständnis von Anspruchsrechten und Antidiskriminierungsrechten aus UN-BRK sowie Maßnahmen zur Überwindung von »Disempowerment« von Betroffenen, Angehörigen *und* professionell Tätigen braucht (KOKANOVIC et al. 2018). Das überrascht nicht angesichts der Tatsache, dass sich für einen menschenrechtsbasierten Ansatz in Psychiatrie und psychosozialer Arbeit neu entstehende Verantwortungen, Rollen und Aufgaben für alle Beteiligten ergeben. Internationale Forschungsergebnisse zur trialogischen Arbeit unterstreichen deren Bedeutung für die gleichberechtigte Kommunikation zwischen Fachleuten,

Betroffenen und ihren Familien und Freunden (WALLCRAFT et al. 2011; PETER et al. 2015; DUNNE et al. 2018), die für eine erfolgreiche Umsetzung der UN-BRK (JAVED & AMERING 2016) wesentlich ist.

*Michaela Amering ist Professorin und Oberärztin an der Abteilung für Sozialpsychiatrie der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Medizinischen Universität Wien mit einem besonderen Interesse an den psychosozialen Aspekten der Situation von Menschen mit der Diagnose Schizophrenie und deren Familien und Freunden. Sie hat klinische und Forschungserfahrung auch in UK, USA und Kanada, verfolgt seit vielen Jahren die internationale Entwicklung der Betroffenenbewegung und beschäftigt sich mit den ihrer Ansicht nach großen Chancen, die durch eine starke Betroffenenbewegung und eine dialogische Gestaltung der Psychiatrie entstehen.*

*Andrea Gmeiner ist Assistenzärztin an der Abteilung für Sozialpsychiatrie der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Medizinischen Universität Wien. Ihr Forschungsinteresse gilt der Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch Erkrankter sowie deren Stigmaresistenz und Teilhabechancen am gesellschaftlichen Leben.*

## Literatur

- AMERING, M. (2016): Trialogue: An exercise in communication between users, carers, and professional mental health workers beyond role stereotypes. In: GAEBEL, W.; RÖSSLER, W.; SARTORIUS, N. (Hg.) (2016): The stigma of mental illness – end of the story?, S. 581–590. Cham u. a.: Springer.
- AMERING, M.; SCHMOLKE, M. (2012): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. 5., bearb. Aufl. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- AMERING, M.; SCHULZE, M. (2013): Recovery – ein Menschenrecht? In: LENZ, G.; RABENSTEIN, R.; RESCHAUER, G. (Hg.): Berufsbezogene Herausforderungen in der psychiatrischen Rehabilitation, S. 106–117. Wien: Facultas.
- BARTLETT, P. (2012): The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities and mental health law. *The Modern Law Review* 75: 752–778.
- BJORNSTAD, J.; BRONNICK, K.; DAVIDSON, L.; TEN VELDEN HEGELSTAD, W.; JOA, I.; KANDAL, O.; LARSEN, O. K.; LANGEVELD, J.; VESETH, M.; MELLE, I.; JOHANNESSEN, J. O. (2017): The central role of self-agency in clinical recovery from first episode psychosis. *Psychosis* 9 (2): 140–148.
- DAVIDSON, L. (2010): PORT. Through a recovery lens. *Schizophrenia Bulletin* 36 (1): 107–108.
- DUNNE, S.; MACGABHANN, L.; MCGOWAN, P.; AMERING, M. (2018): Embracing uncertainty to enable transformation: The process of engaging in trialogue for mental health communities in Ireland. *Int J Integr Care* 18 (2): 3. DOI: 10.5334/ijic.3085.

- GAEBEL, W.; RÖSSLER, W.; SARTORIUS, N. (Hg.) (2016): The stigma of mental illness – end of the story? Cham u. a.: Springer.
- GOODING, P.; MCSHERRY, B.; ROPER, C.; GREY, F. (2018): Alternatives to coercion in mental health settings. Literature review. <https://socialequity.unimelb.edu.au/news/latest/alternatives-to-coercion> (05.06.2019).
- JAVED, A.; AMERING, M. (2016): Editorial: Mental health and human rights: Working in partnership with persons with a lived experience and their families and friends. *Indian J Psychiatry* 58 (3), 250–252.
- KOKANOVIĆ, R.; BROPHY, L.; MCSHERRY, B.; FLORE, J.; MOELLER-SAXONE, K.; HERRMAN, H.: (2018): Supported decision-making from the perspectives of mental health service users, family members supporting them and mental health practitioners. *Aust N Z J Psychiatry* 52 (9): 826–833.
- MAHLKE, C.; KRÄMER, U.; KILIAN, R.; BECKER, T. (2015): Bedeutung und Wirksamkeit von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung. Übersicht des internationalen Forschungsstandes. *Nervenheilkunde* 3 (4): 235–239.
- MAHLKE, C.; PRIEBE, S.; HEUMANN, K.; DAUBMANN, A.; WEGSCHEIDER, K.; BOCK, T. (2017): Effectiveness of one-to-one peer support for patients with severe mental illness – a randomised controlled trial. *Eur Psychiatry* 42 (5): 103–110.
- PETER, S. v.; SCHWEDLER, H. J.; AMERING, M.; MUNK, I. (2015): »Diese Offenheit muss weitergehen.« Wie erleben Psychiatrieerfahrene, Angehörige und Professionelle den Trialog? *Psychiatr Prax* 42 (7): 384–391.
- PURAS, D. (2017): Bericht des UN-Sonderberichterstatters über das Recht aller Menschen auf bestmögliche körperliche und seelische Gesundheit. Nichtautorisierte Übersetzung des UN-Dokuments A/HRC/35/21. [https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user\\_files/dgsp/pdfs/Publikationen/UN-Report\\_Puras\\_%C3%9Cbersetzung\\_DGSP\\_2017.pdf](https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/Publikationen/UN-Report_Puras_%C3%9Cbersetzung_DGSP_2017.pdf) (05.06.2019).
- RICHTER D.; HOFFMANN, H. (2017): Psychiatrische Wohnforschung. Der Nutzen systematischer Übersichten und Meta-Analysen. *Sozialpsychiatrische Informationen* 47 (2): 21–25.
- RICHTER, D.; HOFFMANN, H. (2018): Effectiveness of supported employment in non-trial routine implementation: Systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 54 (5): 525–531.
- ROSE, D.; THORNICROFT, G.; SLADE, M. (2006): Who decides what evidence is? Developing a multiple perspectives paradigm in mental health. *Acta Psychiatr Scand* 113 (Suppl. 429): 109–114.
- SCHULZE, M. (2010): Understanding the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Handicap International. [http://www.hiproweb.org/uploads/tx\\_hidrtdocs/HICRPDManual2010.pdf](http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/HICRPDManual2010.pdf) (05.06.2019).
- SCHULZE, M. (2011): Menschenrechte für alle: die Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. In: FLIEGER, P.; SCHÖNWIESE, V.: *Menschenrechte – Integration – Inklusion. Berichte und kritische Diskussionen aus der Forschung*, S. 11–25. Bad Heilbrunn: Klinkhardt. [bidok.uibk.ac.at/library/schulze-menschenrechte.html](http://bidok.uibk.ac.at/library/schulze-menschenrechte.html) (05.06.2019).
- SLADE, M.; AMERING, M.; FARKAS, M.; HAMILTON, B.; O'HAGAN, M.; PANTHER, G.; PERKINS, R.; SHEPHERD, G.; TSE, S.; WHITLEY, R. (2014): Uses and abuses of recovery: Implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry* 13 (1): 12–20.
- SZMUKLER, G.; DAW, R.; CALLARD, F. (2014): Mental health law and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Int J Law Psychiatry* 37 (3): 245–252.
- WALLCRAFT, J.; AMERING, M.; FREIDIN, J.; DAVAR, B.; FROGGATT, D.; JAFRI, H.; JAVED, A.; KATONTOKA, S.; RAJA RATAEMANE, S.; STEFFEN, S.; TYANO, S.; UNDERHILL, C.; WAHLBERG, H.; WARNER, R.; HERRMAN, H. (2011): Partnerships for better mental health

worldwide: WPA recommendations on best practices in working with service users and family carers. *World Psychiatry* 10 (3): 229–236.

WHO (o.J.): WHO QualityRights initiative. [https://www.who.int/mental\\_health/policy/quality\\_rights/en/](https://www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/en/) (05.06.2019).

ZINKLER, M; KOUSSEMOU, J.M. (2014): Wege und Hindernisse zu einem umfassenden Gewaltverzicht. *Recht & Psychiatrie* 32 (3): 142–147.

# Das Recoveryverständnis von Initiativen Psychiatrieerfahrener

*Ute Krämer, Susanne Ackers, Jenny Ziegenhagen,  
Eileen Friesecke, Thomas Künneke*

Dieser gemeinsame Beitrag behandelt das Recoveryverständnis in Vereinigungen Psychiatrieerfahrener. Ute Krämer gibt Einblicke, wie im historischen und angelsächsischen Kontext Initiativen von Betroffenen Recoveryansätze gestalten und deren Umsetzung in Psychiatrie und Politik kritisch diskutieren.

Direkt aus ihren Vereinen berichten Susanne Ackers und Jenny Ziegenhagen für experienced – erfahren mit seelischen Krisen e. V. sowie Eileen Friesecke und Thomas Künneke für Kellerkinder e. V.: Sie beschreiben vereinseigene Konzepte, Angebote und politische Forderungen zum Thema Recovery.

## Recovery und die Geschichte von Selbsthilfe und Peersupport

Die Positionierung Psychiatrieerfahrener ist inzwischen vielfältig. Sie reicht von grundlegender Kritik an und Abgrenzung von medizinischer Psychiatrie, Engagement in Selbsthilfe und Selbstvertretung, Beteiligung in verschiedensten Gremien bis hin zu erwerbsmäßiger Peerarbeit in psychiatrischen Einrichtungen. Die in eigenen Vereinigungen aktiven Peers sind nicht mehr fast alle Anstalts- oder Zwangs-Psychiatrieerfahrene wie diejenigen, die sich weitaus früher in der Selbsthilfe engagierten und sich dort als sozial wie politisch wirksame Personen erlebten (CHAMBERLIN 1990; CLAY 2005). Es unterscheiden sich die Selbstbezeichnungen als Psychiatrieerfahrene, Menschen mit seelischen Krisenerfahrungen, Peers oder Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Kann es bei den unterschiedlichen Einstellungen Betroffener überhaupt Übereinstimmung hinsichtlich Recovery geben?

In der medizinischen Psychiatrie wird klinische Recovery als Rückbildung von »Krankheitssymptomen« verstanden, die nicht für alle Psychiatrieerfahrenen möglich sein soll (DAMMANN 2014). Hingegen schildern Betroffene mit Diagnosen sogenannter »schwerer psychischer Erkrankungen« international seit vielen Jahren, wie sie auch mit bleibender seelischer Dünnhäutigkeit oder z. B. Stimmenhören ein selbstbestimmtes Leben führen (ROMME et al. 2009). Dieses Verständnis wird persönliche oder subjektive Recovery genannt, im Folgenden kurz Recovery.

Auf der Suche nach deutschen Veröffentlichungen zu Recovery fanden sich vor allem Beiträge von in der Psychiatrie Tätigen und Forschenden ohne ausgewiesene eigene Betroffenheit. Deutsche Forschung zu Recovery, teils unter Mitwirkung Betroffener, untersucht besonders Genesungsbegleitung als neue Berufsrolle (HEUMANN et al. 2018; UTSCHAKOWSKI et al. 2016). Internetrecherchen ergaben die meisten Treffer für strukturierte Recoverygruppen, die von Tandems aus Peers und anderen Professionellen geleitet werden. Eine Arbeitshilfe für recoveryorientierte Gruppen für Menschen mit Psychosen verfassten zwei therapeutische Profis gemeinsam mit einer Peer-Moderatorin (PETER et al. 2019). Das deutschsprachige Grundlagenwerk »Recovery – das Ende der Unheilbarkeit« von Michaela AMERING und Margit SCHMOLKE (2012) berichtet größtenteils von englischsprachigen Recoveryinitiativen. Regelmäßig vermerken Forschende, dass Recoveryansätze zuerst in der Betroffenenbewegung entwickelt wurden. Die Geschichte und der Einfluss von Selbsthilfe und Selbstvertretung auf das Genesungsverständnis Betroffener werden jedoch meist »ausgeblendet«.

Dabei schildern Shery Mead, Entwicklerin des »Intentional Peer Support« (MEAD 2011), Sascha Altman DuBrul vom Selbsthilfe-Netzwerk Ikarus (ALTMAN DUBRUL 2014) oder Wilma Boevink, Mitentwicklerin der Initiative »Towards Recovery, Empowerment and Experiential Expertise« (BOEVINK 2012) die zentrale Rolle der gegenseitigen Unterstützung und des geteilten Erfahrungswissens. Die erfahrungsbasierten Einsichten begründen ein neues Selbstverständnis in Abgrenzung von diagnostischen Labels, nämlich die Anerkennung als vollwertige Personen mit Erfahrungen lebensgeschichtlich verständlicher Seelennöte oder Verrücktheiten.

Bereits 1983 gab die selbst betroffene Tina Stöckle mit einer Interviewstudie Einblick in die Berliner Irren-Offensive als autonome Selbsthilfe. Gemeinsam unternahmen die Mitglieder u. a. den Kampf gegen die

Psychiatrie und für Menschenrechte, die Suche nach dem Sinn des Wahnsinns, Autonomie und persönlicher Entfaltung (STÖCKLE 2005). Die Schriften von Dorothea Buck zu ihrem Psychoseerleben und -verständnis ermutigten viele, nicht nur Psychiatrieerfahrene. Mit dem Psychologen Thomas Bock entwickelte sie seit 1989 die dialogischen Psychoseminare (BOCK et al. 1994) und war 1992 an der Gründung des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e. V. (BPE) beteiligt. Für viele verkörpert Dorothea Buck bereits die Idee von Recovery, bevor der Begriff ins Deutsche kam.

Aus langjährigen bundesweiten Erfahrungen in der Selbsthilfe stellte der BPE 2012 einen Leitfaden zusammen. Dieser enthält vielfältige Aktivitäten für Selbstbestimmung, gegenseitige Unterstützung, den Einsatz für Rechte sowie gegen Zwang und Gewalt. Dabei werden verschiedene Fähigkeiten und Stärken gefördert, Selbstsorge für eigenes Wohlbefinden beachtet und Methoden für Kommunikation und Konfliktlösung empfohlen (BPE 2013).

Das Verhältnis von Selbsthilfe bzw. Genesungsbegleitung zu Recovery diskutierte 2015 Susanne Stier, Vorstandsmitglied der Münchener Psychiatrie-Erfahrenen e. V. und Genesungsbegleiterin. Sie fragt: Müssen angestellte Peers mehr Stabilität oder Recovery vorweisen als Mitglieder der Selbsthilfe? Oder profitieren Genesungsbegleiterinnen vom in der Selbsthilfe längst erarbeiteten Wissen und Selbstbewusstsein? Konkurrieren oder ergänzen sich ihre Tätigkeiten? (STIER 2015).

Deutlich früher erkundeten Betroffenen-kontrollierte Forschungsprojekte in den USA (CAMPBELL & SCHRAIBER 1989) und in England (FAULKNER & LAYZELL 2000) hilfreiche Strategien im Leben von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen: Die Psychiatrieerfahrenen nannten Peersupport, Selbsthilfe, Psychotherapien, kreative und spirituelle Interessen, sinnvolle Beschäftigung oder Berufstätigkeit und vor allem gute menschliche Beziehungen. Die Nutzerforscherin Alison Faulkner (2017) betont, dass diese Erkenntnisse gewonnen waren, bevor überwiegend nicht selbst betroffene Wissenschaftler Modelle zu Recovery entwickelten. Psychiatrieerfahrene Aktivisten und Forscherinnen rügen die gesundheitspolitische Normalisierung als Vereinnahmung des Recoveryverständnisses aus der Betroffenenbewegung (Krämer 2016; Rose 2014).

Peter Lehmann schrieb 2013 von »Recovery als neuer Etikettenschwindel in der Psychiatrie«. Er kritisiert u. a. die in der Psychiatrie verbreitete zu hoch dosierte Verabreichung von Psychopharmaka mit nachgewiesen

schädigenden Nebenwirkungen. Wie Zwangsmaßnahmen verstößt Überdosierung von Medikamenten gegen Menschenrechte auf Gesundheit und Unversehrtheit (Human Rights Council 2017). »Ohne Rechte haben wir keine Recovery«, findet eine kanadische Betroffenen-kontrollierte Studie über Ansichten Psychiatrieerfahrener zu Recovery (Mental Health Recovery Study Working Group 2009).

## Recovery in politischer Hinsicht – zwei Beispiele aus Berlin

Wie gestalten neuere deutsche Initiativen von Menschen mit seelischen Krisenerfahrungen ihr jeweiliges Recoveryverständnis? Aktive Mitglieder zweier Berliner Vereine der Selbstvertretung beschreiben im Folgenden ihre inhaltliche und politische Arbeit zum Thema Recovery.

**experienced – erfahren mit seelischen Krisen e. V.** Der gemeinnützige dialogische Verein experienced – erfahren mit seelischen Krisen e. V. wurde 2015 von EX-IN-Absolventen, Experten durch Begleitung (Angehörigen und Freunden) und Expertinnen durch Ausbildung und Beruf in Berlin gegründet. 2019 hatte der Verein 92 Mitglieder, davon 17 Fördermitglieder. Das Motto »Nicht ohne uns über uns« ist Teil der Präambel der Vereinssatzung. Der offene Umgang mit der eigenen Erfahrung sowie die dahinterstehende Empowerment-Haltung ist nicht nur charakteristisch für die Vereinsmitglieder, sondern für sämtliche Projekte des Vereins, die als genuin politisch zu verstehen sind.

Peers verfügen über ein breites Wissen zur Krisenbewältigung. Ihre spezielle Kompetenz basiert auf der reflektierten Erfahrung, wie Krisen überwunden werden können. In der EX-IN-Qualifizierungsmaßnahme wird das individuelle Erfahrungswissen durch das Wissen der anderen Teilnehmenden ergänzt und so das gemeinsame Verständnis umfassend erweitert. Recovery bedeutet für Peers die Integration von seelischen Handicaps in ein zufriedenes Leben – nicht die vollständige Gesundung im Sinne der Schulmedizin.

Peers stehen anderen Menschen als Hoffnung vermittelndes »Vorbild« zur Verfügung wie auch als tatkräftig unterstützende Begleitung im Genesungsprozess. Mit dem Einsatz von Peers wird das Erfahrungswissen von Krisenbewältigung und Genesung, welches den meisten psychiatrisch



Tätigen weder in der Ausbildung noch in der Praxis zur Verfügung steht, in psychiatrischen Einrichtungen nutzbar gemacht. Auf diese Weise können sich Haltung und Handlungsmöglichkeiten von Mitarbeitenden verändern. Sie profitieren in der praktischen Arbeit vom Wissen ihrer Kolleginnen und Kollegen mit Erfahrungsexpertise, weil diese innere Prozesse bei Menschen in Krisen unmittelbarer verstehen und verständlich machen können.

Mit seiner Arbeit trägt experienced dazu bei, Begegnungsräume zu schaffen, um die Bedingungen für den Einsatz von Peers zu reflektieren sowie neue Angebote zu entwickeln. Seit 2016 organisiert experienced vierteljährlich ein »trägerübergreifendes Netzwerktreffen« für Genesungsbegleiterinnen und ihre Arbeitskolleginnen sowie eine »trägerübergreifende Supervision« für angestellte Peers. Der Verein berät EX-IN-Absolventen, um im Sinne des Jobcoachings den Übergang in das Berufsleben zu begleiten. Auch Schulungen zur »Vorbereitung« für die Einstellung von Peers werden interessierten Einrichtungen angeboten, um Vorurteile und Ängste abzubauen.

2018 erweiterte der Verein sein Angebot um eine ergänzende unabhängige Teilhabe-Beratungsstelle (EUTB) mit dem Schwerpunkt auf seelischen Beeinträchtigungen. Ziel der ganzheitlichen und personenzentrierten Beratung vorrangig durch Peers ist es, Ratsuchende über die zahlreichen Hilfeangebote vor Ort zu informieren und sie mit der Haltung des Empowerments in einer selbstbestimmten Wahl der Leistungen zu unterstützen. Seit 2019 entwickelt eine Gruppe von Mitgliedern das »Recovery College Berlin« als Projekt von experienced weiter: Kursangebote zu verschiedenen Aspekten der seelischen Gesundheit sollen unterschiedliche Recoverystrategien für alle Interessierten fördern.

Mitglieder des Vereins sind in Berliner Gremien tätig, u. a. im Landesbeirat für psychische Gesundheit, im Teilhabebeirat und in einigen bezirklichen Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften. Als Interessenvertreterinnen treten sie ein für den Abbau der gesellschaftlichen Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Krankheiten. Sie klären auf über unsichtbare Barrieren, wie beispielsweise die Belastung durch Reizüberflutung, die Nichtbetroffene schwer nachvollziehen können. Recovery im Sinne eines zufriedenstellenden Lebens mit seelischen Beeinträchtigungen bedarf der Erweiterung inklusiver Angebote und Haltungen in allen politischen und psychosozialen Feldern. Daher fördert und fordert experienced die Aufwertung des Erfahrungswissens, die Verbesserung der

Arbeitsbedingungen und Vergütungen von Peers in der Versorgung wie in Ausbildung und Forschung.

**Kellerkinder e. V.** Der 2007 gegründete Kellerkinder e. V. versteht sich als Selbstvertretungsorganisation von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Die 64 Mitglieder (2019) sehen sich als politische Aktivistinnen und Aktivisten, die auf der Basis der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) für ihre Rechte »öffentlich« streiten. Sie engagieren sich für die Akzeptanz des individuellen Andersseins, für Entstigmatisierung und für eine diskriminierungsfreie Gesellschaft. Dazu führen sie Projekte zum Empowerment durch und vernetzen sich mit unterschiedlichen Gruppen von Menschen mit verschiedenen Beeinträchtigungen.

Hierin zeigt sich die eher kritische Haltung zum Thema Recovery bzw. Gesundung: Wer hat die Definitionshoheit über den Begriff? Inwieweit besteht der Anspruch, zu gesunden, auch an die Gesellschaft selbst? Wenn Gesundung ausschließlich einen von außen an Einzelne gerichteten Anspruch beschreibt, wird dieser Ansatz zu einem fremdbestimmten Zwang; die Kellerkinder nennen dies Genesungszwang. Gesundung sehen sie hingegen als wechselseitigen partizipativen Prozess zwischen Betroffenen, dem Versorgungssystem und der Gesellschaft. Hierfür müssen Betroffene aktiv an den Gestaltungsprozessen des Gesundheitssystems (gemäß Artikel 4, Absatz 3 UN-BRK) partizipieren können und es muss ein gesundheitspolitischer Dialog erfolgen. Deshalb engagieren sich Mitglieder in Gremien und Arbeitskreisen auf Bundes- und Landesebene. Insbesondere die Vernetzung mit anderen Organisationen der Behindertenbewegung hat Türen der Mitsprache geöffnet.

Gesundung versteht der Kellerkinder e. V. nicht als Gegensatz zu Krankheit, sondern als Akzeptanz vielfältiger Lebensentwürfe. Diese funktioniert nicht ohne Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Entsprechend heißt es auf dem Informationsportal von Praetor Intermedia (o. J.) zum Stichwort Inklusion: »Folglich hat sich nicht der Mensch mit Behinderung zur Wahrung seiner Rechte anzupassen, sondern das gesellschaftliche Leben Aller muss von vornherein für alle Menschen (inklusive der Menschen mit Behinderungen) ermöglicht werden«. Jede und jeder Betroffene bestimmt selbst, inwieweit er oder sie sich verändern möchte. Dazu sind oft individuelle Unterstützungsleistungen nötig, die als angemessene Vorkehrungen oder personenorientierte Assistenz unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts bereits geltendes Recht sind.

Peersupport und Peer-zu-Peer-Beratung sind für den Verein zu bevorzugende Settings für Recoveryprozesse, auch wenn sie noch als »eher unprofessionelle«, vermeintlich weniger wirksame Unterstützungsleistungen gesehen werden. Dieser Bereich soll besser anerkannt und ausgebaut werden als eine wirkliche Alternative zum psychiatrischen Versorgungssystem. Wenn Recovery als Akzeptanz und Wertschätzung biografischer, oft traumatischer Erfahrungen und menschlicher Reaktionen darauf verstanden wird, braucht es barrierefreie Räume, um neue Möglichkeiten im Umgang mit sich selbst zu finden.

Eileen Friesecke und Thomas Künneke fassen das so zusammen: »Wir geben Recovery oder Gesundheit andere Namen. Wir nennen sie Empowerment, Selbstbestimmung und Partizipation. Wir unterstützen uns in der Wahrnehmung unserer Fähigkeiten und der Akzeptanz unseres Andersseins. Wir bestehen uns selbst gegenüber nicht auf Veränderung, wir dürfen auch so sein, wie wir sind. Unser Verhalten ist kein Defizit, sondern der individuelle Versuch einer Lösung. Diese Versuche haben uns in dieser ›irren‹ Welt überleben lassen.«

## Peerangebote und UN-BRK in der Recoverydiskussion

Peersupport, Peearbeit und Peeranwaltschaft für die Rechte Psychiatrieerfahrener sind in angelsächsischen Ländern bereits länger etabliert, beforscht und debattiert. Was zeigt der Blick über den Tellerrand über recoverybezogene Ansätze der beiden Berliner Vereine?

Das Recoveryverständnis von experienced entwickelte sich aus der EX-IN-Qualifizierungsmaßnahme, in der die Entwicklung vom Ich-Wissen zum Wir-Wissen von seelischen Krisen und Genesungswegen zentral ist. Die Funktionen angestellter Peers als Rollenvorbilder und Hoffnungsträger für Recovery sind international anerkannt. Doch werden erwerbstätige Genesungsbegleiterinnen und -begleiter auch kritisch gesehen im Vergleich zu gleichwertigen Peer-zu-Peer-Beziehungen in der Selbsthilfe (FAULKNER & KALATHIL 2012; LEGERE 2014).

Die Forderung nach einer recoveryorientierten Behandlungskultur durchzieht die englischsprachige Diskussion unter Peers, anderen Professionellen und Forschenden (SLADE et al. 2014). Die Weiterentwicklung

der psychiatrischen Behandlung sieht auch *experienced* als dringende Aufgabe. Denn die Inklusion von Peers in das psychiatrische Hilfesystem braucht als Grundlage dialogische Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams. Doch reicht es aus, recoveryorientierte Arbeitsweisen anzustreben, wenn die strukturellen Bedingungen in der Psychiatrie häufig selbst Hindernisse für Genesung darstellen? Was muss sich ändern, damit Peers nicht persönlich den Preis für ihren Einsatz als Pioniere zahlen müssen? Diesen in der Forschung untersuchten Fragen (GILLARD et al. 2017; VANDEWALLE et al. 2016) geht *experienced* in seinen dialogischen Foren und in Fachdiskussionen nach.

»Auch wenn der Recovery-Gedanke aus der Betroffenen-Szene heraus entwickelt wurde, deuten heute die ›Professionellen‹ diesen Ansatz wie eine Behandlungsmethode und nicht als Haltung. Die ›anderen‹ haben diesen Begriff für sich erobert«, findet der Kellerkinder e. V. Die Vereinnahmung der Überzeugungen von Peers und die Marginalisierung ihres Erfahrungswissens in der psychiatrischen Versorgungspraxis rügen die Vorreiter der Entwicklung dieser Berufsrolle (LEGERE 2014; BROWN & STASNY 2016). Für *experienced* spiegelt diese Kritik die ambivalente Situation dieser Gruppe.

Darüber hinaus bestehen bei *experienced* wie bei den Kellerkindern grundsätzliche Vorbehalte zum Recoverykonzept. Besorgt fragen sie, ob sich ein Genesungsparadigma durchsetzt, das eine Verpflichtung zur Gesundung beinhaltet. Wird die Anpassung aller Betroffenen an Normen der gesellschaftlichen Leitkultur verlangt? Werden soziale Belastungen im Entstehen von psychischen Krisen überhaupt ausreichend berücksichtigt? Die Gefahren politischer Engführung von Recovery auf Anpassung und Arbeitsfähigkeit untersuchen englischsprachige Aktivistinnen und Forschende (ROSE 2014; BERESFORD et al. 2016). Dazu arbeiten sie vermehrt in sozialen Medien, z. B. der internationalen Facebook-Gruppe »Recovery in the Bin« (ROSE 2018).

Vor fremdbestimmtem »Genesungszwang« warnt auch der Kellerkinder e. V. Hingegen bauen seine Mitglieder auf die Wertschätzung menschlicher Vielfalt als grundlegenden Paradigmenwechsel der UN-Behindertenrechtskonvention. Anerkennung von seelischem Anderssein, Empowerment, wirksame Partizipation in der Psychiatrie und gesellschaftliche Teilhabe gehören für sie zusammen.

Vom Kellerkinder e. V. geforderte Peer-zu-Peer-Begegnungsräume gestalten Initiativen Psychiatrieerfahrener nahezu weltweit. In einigen

Ländern werden eigenständige Betroffenen-geleitete »Dienste« finanziert mit Angeboten wie Peersupport für Empowerment und Recovery oder Peeranwaltschaft für bessere Bedingungen in Versorgung und Alltagsleben (GREY & O'HAGAN 2015). Der Ansatz des Peer Counseling, der ursprünglich aus der Behindertenbewegung stammt, ist Teil des Konzepts der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung, die experienced und Kellerkinder in vereinseigenen Beratungsstellen anbieten.

Die Projekte des Kellerkinder e. V. mit Gruppen verschiedener Beeinträchtigungsarten erscheinen so neu wie die Umsetzung der UN-BRK. Der Verein fordert, Menschen mit »seelischen Hindernissen« dieselben Rechte zu gewähren wie Menschen mit anderen Behinderungen. Auch in England schloss sich das »Mental Health Resistance Network« zusammen mit der Initiative »Disabled People Against Cuts« (ROSE 2018). Es wird sich zeigen, ob solche Bündnisse Ausnahmen oder Trendsetter sind.

Die maßgebliche Partizipation vieler Selbstvertretungsorganisationen von Menschen mit Behinderungen an der Erarbeitung der UN-BRK war ein historischer Meilenstein (siehe auch den Beitrag von Amering & Gmeiner in diesem Buch). Zuvor gab es kaum Allianzen zwischen Vereinigungen von Körper- oder Sinnesbeeinträchtigten und von Psychiatrieerfahrenen. Gerade das Konzept psychischer Beeinträchtigung bleibt umstritten: Einige Betroffenengruppen lehnen es radikal ab, andere bevorzugen psychosoziale Behinderung als Wechselwirkungsbegriff. Hingegen plädieren Psychiatrieerfahrene weltweit für den Einsatz der UN-BRK zur Stärkung ihrer Selbstbestimmung und gesellschaftlichen Teilhabe wie zur Abschaffung von Benachteiligung und Zwang (SPANDLER et al. 2015).

Das Eintreten gegen Stigmatisierung und Diskriminierung ist Querschnittsthema im Kellerkinder e. V. und bei experienced. Beide Selbstvertretungen engagieren sich für den Abbau der teils unsichtbaren Barrieren in Psychiatrie und Gesellschaft. Denn einstellungs- und strukturbedingte Barrieren behindern Genesungswege ebenso wie selbstbestimmtes Leben mit Anderssein. Mitglieder beider Vereine beteiligen sich regelmäßig in gesundheits- und sozialpolitischen Gremien. Auch dort halten sie das Bewusstsein wach, dass um Genesungs- und Teilhabechancen Psychiatrieerfahrener weiterhin gerungen und teils öffentlich gestritten werden muss.

Die Leitkonzepte »individuelle Genesungswege« von experienced und »Akzeptanz des Andersseins« von Kellerkinder e. V. liegen in ihrer praktischen Umsetzung teils näher beieinander, teils in einem

Spannungsverhältnis. Die beiden Vereine sind Beispiele für die in Deutschland wie international noch zunehmende Vielfalt der Initiativen Psychiatrieerfahrener. Auf der Basis gemeinsamer Überzeugungen – Stärkung Betroffener, Aufwertung des Erfahrungswissens, Anti-Diskriminierung – hat diese Diversität auch Vorteile. Sie ermöglicht den kompetenten Ausbau unterschiedlicher Arbeitsschwerpunkte. So wirken Selbstvertretungen auch gegen eine ideologische Vereinnahmung der Peeransätze Selbstbestimmung, Empowerment und Recovery.

*Ute Krämer studierte Psychiatrische Versorgungsforschung mit Schwerpunkt nutzergeleitete Forschung (M. Sc. King's College London) und ist aktives Mitglied des Kellerkinder e. V.*

*Dr. Susanne Ackers und Jenny Ziegenhagen sind Vorstandsmitglieder von experienced – erfahren mit seelischen Krisen e. V. Susanne Ackers ist Vorstandsmitglied von EX-IN Deutschland e. V. und EX-IN-Trainerin. Jenny Ziegenhagen ist Peerforscherin und verantwortlich für das Projekt Recovery College Berlin.*

*Eileen Friesecke ist aktives Mitglied und Thomas Künneke Vorstandsmitglied des Kellerkinder e. V.; beide sind Mitglieder in Bundes- und Landesvereinigungen von Menschen mit seelischen und anderen Beeinträchtigungen.*

## Literatur

- ALTMAN DUBRUL, S. (2014): The Icarus project: A counter narrative for psychic diversity. *Journal of Medical Humanities* 35 (3): 257–271.
- AMERING, M.; SCHMOLKE, M. (2012): Recovery: Das Ende der Unheilbarkeit. 5., überarb. Aufl. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- BERESFORD, P.; PERRING, R.; NETTLE, M.; WALLCRAFT, J. (2016): From mental illness to a social model of madness and distress. London: Shaping Our Lives.
- BOCK, T.; BUCK, D.; ESTERER, I. (1994): Im Strom der Ideen. Stimmenreiche Mitteilungen über den Wahnsinn. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- BOEVINK, W. (2012): Towards recovery, empowerment and experiential expertise of users of psychiatric services. In: RYAN, P.; RAMON, S.; GRAECEN, T. (Hg.): Empowerment, lifelong learning and recovery in mental health. Towards a new paradigm, S. 36–49. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- BPE – Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. (2013): Selbsthilfe erfolgreich gestalten. Ein Leitfaden von Psychiatrie-Erfahrenen für Psychiatrie-Erfahrene. In: BPE e. V. Rundbrief 1: 21–23. <http://ki-art-multimedia.de/BPE/2013/1-13.pdf> (15.07.2019).
- BROWN, C.; STATSNY, P. (2016): Peer workers in the mental health system: A transformative

- or collusive experiment? In: RUSSO, J.; SWEENEY, A. (Hg.): Searching for a rose garden. Challenging psychiatry, fostering mad studies, S. 183–191. Monmouth: PCCS Books.
- CAMPBELL, J.; SCHRAIBER, R. (1989): The well-being project: Mental health consumers speak for themselves. Report of a survey conducted for the California Department of Mental Health, Office of Prevention.
- CHAMBERLIN, J. (1990): The ex-patient's movement: Where we've been and where we're going. *Journal of Mind and Behavior* 11 (3–4): 323–336.
- CLAY, S. (Hg.) (2005): On our own, together: Peer programs for people with mental illness. Nashville: Vanderbilt University Press.
- DAMMANN, G. (2014): Chancen und Probleme des Recovery-Ansatzes aus psychiatrischer Sicht. *Der Nervenarzt* 85 (9): 1156–1165.
- FAULKNER, A. (2017): Knowing our own minds: The role and value of experiential knowledge in mental health research. PhD Thesis, City, University of London. <http://openaccess.city.ac.uk/17455/> (15.07.2019).
- FAULKNER, A.; KALATHIL, J. (2012): The freedom to be the chance to dream: Preserving user-led peer support in mental health. London: Together.
- FAULKNER, A.; LAYZELL, S. (2000): Strategies for living: A report of user-led research into people's strategies for living with mental distress. London: Mental Health Foundation.
- GILLARD, S.; FOSTER, R.; GIBSON, S.; GOLDSMITH, L.; MARKS, J.; WHITE, S. (2017): Describing a principles-based approach to developing and evaluating peer worker roles as peer support moves into mainstream mental health services. *Mental Health and Social Inclusion* (21) 3, 133–143.
- GREY, F.; O'HAGAN, M. (2015): The effectiveness of services led or run by consumers in mental health: Rapid review of evidence for recovery-oriented outcomes: An evidence check rapid review. Sax Institute for the Mental Health Commission of New South Wales.
- HEUMANN, K.; SCHMID, C.; WILFER, A.; BOLKAN, S.; MAHLKE, C.; PETER, S. v. (2018): Kompetenzen und Rollen(-erwartungen) von Genesungsbegleitern in der psychiatrischen Versorgung. Ein partizipativer Forschungsbericht. *Psychiatrische Praxis* 45 (1): 1–7.
- Human Rights Council (2017): Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. [https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user\\_files/dgsp/pdfs/Wissenschaftliche\\_Artikel/UN\\_Kritik\\_Puras.pdf](https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/Wissenschaftliche_Artikel/UN_Kritik_Puras.pdf) (15.07.2019).
- KRÄMER, U. (2016): Von der neuen Hoffnung zum Genesungszwang? Recovery in Selbsthilfe und Peer Support. *Kerbe – Forum für soziale Psychiatrie* 34 (2): 11–12.
- LEGERE, L. (2014): The provider's handbook on developing and implementing peer roles. Western Massachusetts Peer Network & Western Massachusetts Recovery Learning Community. [http://www.psresources.info/images/stories/A\\_Providers\\_Handbook\\_on\\_Developing\\_Implementing\\_Peer\\_Roles.pdf](http://www.psresources.info/images/stories/A_Providers_Handbook_on_Developing_Implementing_Peer_Roles.pdf) (15.07.2019)
- LEHMANN, P. (2013): Recovery als neuer Etikettenschwindel in der Psychiatrie. In: BURR, C.; SCHULZ, M.; WINTER, A.; ZUABONI, G. (Hg.): Recovery in der Praxis: Voraussetzungen, Interventionen, Projekte, S. 48–67. Köln: Psychiatrie Verlag.
- MEAD, S. (2011): Intentional peer support: A personal retrospective. Experts by Experience Conference 2011 des Scottish Recovery Network. <https://vimeo.com/36079409> (15.07.2019).
- Mental Health Recovery Study Working Group (2009): Mental health »recovery«: Users and refusers. What do psychiatric survivors in Toronto think about mental health recovery. Toronto: Wellesley Institute.
- PETER, S. v.; WILFER, A.; GERVINK, A. (2019): Recoveryorientierte Gruppenarbeit für Menschen mit Psychoseerfahrungen. Ein Non-Manual. Köln: Psychiatrie Verlag.

- Praetor Intermedia (o.J.): Inklusion. <https://www.behindertenrechtskonvention.info/inklusion-3693/> (15.07.2019).
- ROMME, M.; ESCHER, S.; DILLON, J.; CORSTENS, D.; MORRIS, M. (2009): Living with voices. 50 stories of recovery. Ross-on-Wye: PCCS Books in association with Birmingham City University.
- ROSE, D. (2014): The mainstreaming of recovery. *Journal of Mental Health* 23 (5): 217–218.
- ROSE, D. (2018): A hidden activism and its changing contemporary forms: Mental health service users/survivors mobilising. *Journal of Social and Political Psychology* 6 (2): 728–744.
- SLADE, M.; AMERING, M.; FARKAS, M.; HAMILTON, B.; O'HAGAN, M.; PANTHER, G.; WHITLEY, R. (2014): Uses and abuses of recovery: Implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry* 13 (1): 12–20.
- SPANDLER, H.; ANDERSON, J.; SAPEY, B. (Hg.) (2015): Madness, distress and the politics of disablement. Policy Press, University of Bristol.
- STIER, S. (2015): Offizielle Verlautbarung der Münchner Psychiatrie-Erfahrenen zum Workshop »Selbsthilfe und Ehrenamt versus bezahlte Tätigkeit: Konkurrenz oder Ergänzung?«. [https://www.dvvp.org/fileadmin/user\\_files/dachverband/dateien/Buergerengagement/Beitrag-MUEPE.pdf](https://www.dvvp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Buergerengagement/Beitrag-MUEPE.pdf) (15.07.2019).
- STÖCKLE, T. (2005): Die Irren-Offensive: Erfahrungen einer Selbsthilfe-Organisation von Psychiatrieüberlebenden. Nachdruck Originalausgabe von 1983. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag.
- UTSCHAKOWSKI, J.; SIELAFF, G.; BOCK, T.; WINTER, A. (2016): Experten aus Erfahrung: Peerarbeit in der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie Verlag.
- VANDEWALLE, J.; DEBYSER, B.; BEECKMAN, D.; VANDECASTEELE, T.; VAN HECKE, A.; VERHAEGHE, S. (2016): Peer workers' perceptions and experiences of barriers to implementation of peer worker roles in mental health services: A literature review. *International Journal of Nursing Studies* 60: 234–250.