

R-LAB: Recovery-Labor der Kunsttherapie

Autorin: Dr. phil. Franziska Rabenschlag

Kapitel 1: Recovery

Recovery ist seit wenigen Jahrzehnten bekannt und hat mittlerweile in verschiedenen Settings der psychiatrischen Versorgung und Betreuung Einzug gehalten. Recovery ist keine Therapieform; bietet aber der psychiatrischen Versorgung eine Grundlage, um Haltung, Interventionen und Strukturen danach auszurichten. Recovery geht davon aus, dass alle Menschen immer wieder Schwierigkeiten, Leid und Krankheit erleben. Dieses Verständnis beeinflusst die Haltung als Professionelle grundlegend. Recovery bedeutet ausserdem, dass nicht nur psychiatrisches Expertentum wichtig ist, sondern auch Gleichwertigkeit, Partizipation, der Einsatz von Betroffenen und Selbstbestimmung. Damit hat der Begriff „auf Augenhöhe“ Einzug gehalten.

Für die Entwicklungsgeschichte von Recovery sind Betroffene bedeutsam. Zum Beispiel Patricia Deegan, Psychologin und Betroffene, die 24 Jahre ihres Lebens mit einer Schizophrenie lebte und darunter litt, dass es keine Vorbilder gab, die eine Gesundung zeigten (Davidson et al., 1999). Dies obwohl aus empirischen Untersuchungen bekannt ist, dass sich auch langdauernde psychische Erkrankungen positiv verändern können. Fachpersonen und Betroffene haben selber oft eine pessimistische Haltung gegenüber psychischen Erkrankungen (Peebles et al., 2007), darum gilt eine hoffnungsvolle oder zuversichtliche Haltung gegenüber psychischer Erkrankung und gegenüber Erkrankten, im Rahmen von Recovery, als zentral (Amering & Schmolke 2012).

Daneben war es für Patricia Deegan und für viele Betroffene ein Anliegen, ein sinnerfülltes, zufriedenes Leben auch mit einer psychischen Krankheit führen zu können. Dieses Anliegen stand und steht im Kontrast zur herkömmlichen psychiatrischen Definition psychischer Gesundheit, die durch Freiheit von Symptomen psychischer Störungen gekennzeichnet ist. Dieses Krankheits- und Behandlungsverständnis gilt als ebenso zentral für das Konzept Recovery.

Definitionen

Ausgehend von den oben genannten zentralen Merkmalen von Recovery gibt es verschiedene Definitionen. Um den im psychiatrischen Rahmen verwendeten Begriff vom somatischen „Recovery“, der Genesung, abzugrenzen, wird vermehrt auch der Begriff „personel recovery“ verwendet. Durch empirische Forschung von Resnick, Fontana, Lehman und Rosenheck (2005) wurden vier (personal) Recovery-Elemente gebildet: Empowerment, Hoffnung und Optimismus, Wissen über psychische Gesundheit und Krankheit, Zufriedenheit mit der Lebensqualität. Anhand einer systematischen Review und Synthese wurden einige Jahre später fünf Elemente zu einem Rahmenmodell unter dem Begriff **CHIME** zusammengefasst (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams und Slade, 2011), und 2014 anhand von Fokusgruppen erweitert: **C**onnectedsness (Beziehungen), **H**ope and Optimism (Hoffnung und Zuversicht), **I**ntity (Selbstgefühl, Selbststigmatisierung), **M**eaning in Life (Lebensqualität, Sinn, Ziele), Empowerment (Kontrolle über eigenes Leben),

sowie, von Bird et al. (2014) erweitert um praktische Unterstützung, einem grösseren Augenmerk auf Diagnose und Medikation, sowie gewissen Vorbehalten Recovery gegenüber

(Bird et al., 2014). Stuart et al. (2017) untersuchte die erwähnten Vorbehalte anhand einer Review qualitativer Studien weiter und konnte zeigen, dass schwierige und unliebsame Empfindungen Betroffener gegenüber Recovery keinen Platz fänden in den optimistisch gefärbten Elementen des CHIME-Rahmenmodells. Dieses müsse erweitert werden mit Elementen wie Schwierigkeiten und Scheitern. Sie meinen, dass die optimistische Haltung vieler Professioneller Betroffene gar eher behindern oder beschämen. Dieses integrative Verständnis entspricht dem neueren und Recovery verwandten Ansatz des Selbstmitgefühls, indem beispielsweise Scheitern als solches erkannt und als zum Leben gehörig und akzeptiert werden soll (Knuf, 2016). Recovery betrifft somit die praktische Unterstützung im Lebensalltag, in der Beziehungsgestaltung sowie im Umgang mit Schwierigkeiten oder einer Krankheitsphase (Bird et al., 2014). Recovery betreffe nicht nur den klinischen Rahmen während einer Erkrankung, sondern auch die soziale Identität, die gesellschaftliche Präsenz und Teilhabe, auch als „social recovery“ bezeichnet (Shepherd et al, 2016; Ramon, 2018).

Die Merkmale des Konzepts Recovery umfassen somit (alphabetisch)

- › Gesundheits- und werteorientierter Prozess
- › Hoffnung, Zuversicht
- › Individualität
- › Lebenszufriedenheit und –Qualität (trotz Krankheit), Sinn, Ziele
- › Nutzung von Selbsthilfemöglichkeiten / Einbezug Peers
- › Persönliche Beziehungen
- › Schwierigkeiten und Scheitern, Selbstmitgefühl (self compassion; Braehler et al., 2013)
- › Selbstbestimmung, Autonomie, Empowerment
- › Soziale Teilhabe
- › Wissen, Symptommanagement

Als eine einfache Definition wird personal Recovery von vielen Autorinnen und Autoren als ein Prozess verstanden, in dem Betroffene trotz und mit psychischen Problemen ein zufriedenes und aktives Leben führen können, der somit nicht nur die Abwesenheit von Krankheit zum Ziel hat (Knuf, 2004, Amering & Schmolke, 2012).

Recovery in Therapie und Gesellschaft

Recovery hängt nicht nur von den Möglichkeiten der einzelnen Personen ab, sondern bedingt auch eine gesellschaftliche oder therapeutische Entsprechung ausserhalb der Person. Das heisst beispielsweise, dass auch die Grundlagen in der psychiatrischen Praxis und Versorgung vorhanden sein müssen oder angestrebt werden.

In der psychiatrischen Praxis bedeutet dies, dass die Haltung und Einstellung der Fachleute den Merkmalen von Recovery entsprechen, beispielsweise partnerschaftlich sind, oder adhärent zu den Bedürfnissen und Wünschen der Betroffenen. Neben der Haltung sollten auch die Interventionen oder therapeutischen Aktionen im Sinne von Recovery gestaltet sein, beispielsweise durch die Gestaltung der Entscheidungsprozesse. Oder die Strukturen, beispielsweise durch die Gestaltung der Räume.

Beispielhafte Intervention:

Gemeinsame Entscheidungsfindung, Shared Decision Making

Shared decision making (SDM) ist eine Form der Interaktion zwischen Fachpersonen und Patientinnen und Patienten. Bezeichnend und entscheidend dabei ist, dass die Informationen auf beiden Seiten vorhanden sind oder vorher geteilt werden, sowie dass die Entscheidungen von beiden Seiten gefällt und getragen werden (Scheibler, Janssen & Pfaff, 2003; Loos et al., 2013). Dies bedingt, dass die Betroffenen die Bedeutung des Entscheides einschätzen können, und auf der anderen Seite dass die Fachpersonen entscheidungssicher sind, um die Entscheide auch mittragen zu können. SDM erfordert somit die aktive Beteiligung beider Seiten. Die gemeinsame Entscheidungsfindung ist besonders bei länger dauernden, unspezifischen Erkrankungen angebracht bzw. bei solchen mit mehreren Behandlungsalternativen, die unterschiedliche und unsichere Nutzen oder Nebenwirkungen haben (Scheibler, Janssen & Pfaff, 2003).

Literatur:

Amering M, Schmolke M (2012, 5. Auflage) Recovery: Das Ende der Unheilbarkeit. Bonn, Psychiatrie-Verlag

Bird, V., Leamy, M, Tew, J., Le Boutillier C., Williams, J., Slade, M. (2014). Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers. The Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. Volume: 48 issue: 7, page(s): 644-653.

Braehler, C. Gumley A, Harper J, Wallace S, Norrie J, Gilbert P. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. British Journal of Clinical Psychology, 52, 199–214.

Davidson L, Chinman M, Kloos B, Weingarten R, Stayner D, Kraemer Tebes J (1999) Peer Support Among Individuals With Severe Mental Illness: A Review of the Evidence. Clinical Psychology: Science and Practice 6(2):165–187

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. The British Journal of Psychiatry, 199 (6) 445-452.

Loos S., Neumann, P., Arnold, K., Slade, M., Fiorillo, A., Krogsgaard Bording, M., Ivanka, T., Kawohl, W. & Purschner, B. (2013). Gemeinsame Entscheidungsfindung in der Behandlung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen. Psychiat Prax 2013; 40(01): 23-29
Peebles SA, Mabe PA, Davidson L, Fricks L, Buckley PF, Fenley G (2007) Recovery and systems transformation for schizophrenia. The Psychiatric Clinics of North America 30(3):567–583

Ramon, S. (2018). The Place of Social Recovery in Mental Health and Related Services. Int. J. Environ. Res. Public Health, 15(6), 1052.

Resnick SG, Fontana A, Lehman AF, Rosenheck RA (2005) An empirical conceptualization of the recovery orientation. Schizophrenia Research 75(1):119–128

Scheibler, F., Janssen, C., & Pfaff, H. (2003). Shared decision making: an overview of international research literature. *Sozial- und Präventivmedizin*, 48(1):11-23.

Shepherd A, Doyle M, Sanders C, Shaw J. (2016). Personal recovery within forensic settings--Systematic review and meta-synthesis of qualitative methods studies. *Crim Behav Ment Health*;26(1):59-75.

Stuart SR, Tansey L, Quayle E. What we talk about when we talk about recovery: a systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature. *Journal of Mental Health*. 2017;26(3):291-304.