

1 Einführung

Ingo Tschinke

Wozu nun ein Buch über Recovery in seinen verschiedenen Formen? Was bedeutet Recovery eigentlich und wo bestehen Unterschiede zum dem gängigen sozialpsychiatrischen Versorgungssystem und dem biopsychosozialen Modell, welches zur Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen eingesetzt wird? Diesen und anderen Fragen möchten wir in diesem Buch nachgehen, denn Recovery ist in seinen verschiedenen Ausprägungen recht vielschichtig und kann dadurch auch etwas undifferenziert erscheinen (DGPPN 2019, S. 48). Als klinisches Recovery hat es etwas mit der regulären und standardisierten Behandlung von psychischen Erkrankungen zu tun, als persönliches Recovery ist der »Recovery Weg« höchst individuell und eine Angelegenheit der Betroffenen, die dadurch einen hoffnungsvollen Weg der Selbstbestimmtheit, Selbstbefähigung und -wirksamkeit, Akzeptanz und Autonomie beschreiten können (Slade 2009). Die Form der Recovery-Orientierung in der Haltung der professionellen psychiatrisch tätigen Berufsgruppen hat viel mit einer inneren Grundhaltung (normative Ethik) im Sinne einer Recovery-orientierten Praxis zu tun, die von den Berufsgruppen die Umsetzung von spezifischen Werten als auch die Einhaltung von bestimmten Prinzipien in Umgang und dem Verhalten gegenüber den Betroffenen einfordert (Barker 2011a). Des Weiteren ist Recovery ein gesellschaftlicher Prozess, um einen aufgeschlosseneren Umgang mit psychischen Erkrankungen in der Gesellschaft gewährleisten zu können (Pilgrim & McCranie 2013, S. 169), und ein Grundkonzept

zur Erstellung von gesundheitspolitischen und medizinischen Richtlinien (Slade 2009, S. 74) und Leitlinien (DGPPN 2019). All dies ist sehr komplex – weitaus komplexer als das, was die psychiatrische Pflege und die behandelnden Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen bisher in Begleitung und Behandlung umgesetzt haben (Le Boutillier et al. 2015a; Le Boutillier et al. 2015b). Auch für die Betroffenen ist das persönliche Recovery im Vergleich zum klinischen Recovery – die Behandlung im »Business as usual« – sehr viel komplexer in Bezug auf das Verständnis der eigenen Transformation (Beck 2021) und des posttraumatischen Wachstums (Slade et al. 2019), die Krankheit als Chance zu sehen und gestärkt aus der Krise hervorgehen zu können. Diese komplexe Intervention führt zu einer völligen Veränderung der Sichtweise der psychiatrischen Versorgung, in der nicht mehr die psychische Erkrankung und deren Behandlung im Vordergrund steht, sondern alles sich um das persönliche Recovery der Betroffenen dreht, wobei Behandlung nur noch eine Option der Bewältigung ist, aber nicht mehr die Primäre (Slade & Longden 2015). Aus diesem Grunde lassen wir in diesem Buch alle Beteiligten durch die verschiedenen Autoren zu Wort kommen – sowohl die Betroffenen mit ihren persönlichen Erlebnissen und Erfahrungen mit der Psychiatrie und ihrem persönlichen Recovery-Weg als auch die psychiatrische Pflege sowie Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen, um Perspektiven für diese Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung darzulegen.

Seit Ende der neunziger Jahre ist das Prinzip des persönlichen Recovery immer mehr in die Diskussion gerückt, da sich feststellen ließ, dass die bisherige Versorgung Menschen von dem System abhängig machte, dass das Heilungskonzept bei schweren psychischen Erkrankungen nur unzureichend funktionierte und die Menschen somit in eine Chronifizierung ihrer Erkrankung führte (Shepherd et al. 2008; Amering & Schmolke 2012). In den deutschsprachigen Ländern ist das Konzept des persönlichen Recovery zum Umgang mit Betroffenen in der Diskussion von Pflegefachpersonen, Ärzt*innen, Psycholog*innen und wird in Behandlungsleitlinien auch berücksichtigt (DGPPN 2019). Die Versorgungsrealität im psychiatrischen Versorgungssystem unterliegt noch immer einer fürsorglichen sozialpsychiatrischen Prägung mit einer Grundausrichtung auf das biomedizinische Modell (Prestin 2019). Dadurch stehen die Reduktion von Symptomen und die Fokussierung auf Probleme und Defizite in den Behandlungskonzepten noch häufig im Vordergrund. Dies fördert eher die Asymmetrien in der Zusammenarbeit zwischen Betroffenen und Professionellen, so dass nicht die Betroffenen, sondern die professionell psychiatrisch Tätigen als Expert*innen der Erkrankung angesehen werden können und eine Begleitung und Behandlung auf Augenhöhe durch ein »Shared Decision Making« nur unter dem Fokus der Behandlung stattfinden kann (Deegan & Drake 2006). Eine qualitative Studie zu den Widersprüchlichkeiten bei der Nutzung von Recovery aus Großbritannien zeigt anschaulich, dass, wenn das biomedizinische Modell den Fokus der Behandlung (Medikation und Therapie) und der Beziehung zwischen Betroffenen und Professionellen bestimmt, immer noch die Erkrankung und die Reduktion der Symptome im Vordergrund stehen und weniger die subjektiven Wünsche, Bedürfnisse und das Lebensumfeld der Betroffenen, auch wenn die Professionellen die Förderung des persönlichen Recovery und

eine Recovery-Orientierung für ihre Arbeit internalisiert haben (McCabe et al. 2018). Dadurch werden die Machtstrukturen der psychiatrischen Versorgung weiterhin manifestiert, wodurch vermehrt paternalistische Entscheidungen für die Betroffenen getroffen werden, was zu einer gesteigerten Selbststigmatisierung führen und das Ergebnis der Behandlung negativ beeinflussen kann (Hamann et al. 2017; McCabe et al. 2018). Vielfach kommt es dazu, dass das persönliche Recovery »nur« als unterstützendes Konzept in der Behandlung betrachtet wird, was aufgrund seiner »Komplexität« zeitweise vergessen wird (Slade et al. 2014). Dadurch erhält sich eine starke Fokussierung auf die psychische Erkrankung durch die Betroffenen selbst, da sie keine anderen Optionen kennenlernen, und auch der psychiatrisch Tätigen, weil sich das Psychiatrie-System in der vorherrschenden Form autopoeitisch erhält (Goffman 2014; Berghaus & Luhmann 2011). Selbst Fachleute, die sich kritisch mit dem Recovery-Konzept auseinandersetzen, gehen davon aus, dass Betroffene weiterhin die Hierarchien und Machtstrukturen der Psychiatrie in Deutschland und der Schweiz als gegeben akzeptieren müssten (Dammann 2014), obgleich Beispiele aus anderen Ländern zeigen, dass es auch anders geht (van Veldhuizen & Bähler 2017; Bradstreet & McBrierty 2012).

Das richtige Verständnis des persönlichen Recovery kehrt das System um, denn Recovery (Genesung) ist der Kern der persönlichen Entwicklung der Betroffenen und die Behandlung kann dabei ein Mosaikstein des persönlichen Recovery sein, muss es aber nicht. Das persönliche Recovery steht mit seinen subjektiven Werten, Empfindungen, Bedürfnissen und dem individuellen Kontextbezug (► Abb. 2) im Vordergrund (Klevan et al. 2021). Dies kann mit oder ohne Behandlung (Medikamente, Therapie etc.) geschehen, je nach Bedarf der Betroffenen, der durch das Shared Decision Making zu ermitteln ist (Slade 2017). In schweren Krisen



Abb. 1: Versorgung mit dem Fokus auf die Erkrankung und Versorgung (vgl. Beck 2021, S. 5)

und lebensbedrohlichen Situationen, kann es sein, dass die Ausprägungen der Erkrankung in den Vordergrund rücken, um die Betroffenen zu schützen, trotzdem darf dieser Aspekt des persönlichen Recovery nicht vergessen werden (Prytherch et al. 2021). Bei dem persönlichen Recovery geht es in erster Linie darum, mit Hilfe von Hoffnung und dem Optimismus das Leben wieder in den Griff zu bekommen, sowie der Übernahme von Selbstverantwortung, der »Rück«-Gewinnung von Sinnfindung, der Bildung einer neuen Identität und der Verbesserung von Lebensqualität trotz Symptomen neue Wege zu finden. Dazu muss es Betroffenen auch gelingen sich aus der Abhängigkeit eines Konformität und Anpassung fordernden Psychiatriesystems zu lösen, solange sich das System nicht völlig neu ausrichtet. In Zukunft sollten neue Wege für die Betroffenen als auch die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung gefunden werden, die es den Betroffenen durch die Transformation des posttraumatischen Wachstums ermöglicht, zu eigenen Stärken und Identitäten zu finden, die sie befähigen, das System nach ihrem Bedarf nutzen.

Das persönliche Recovery der Betroffenen ist subjektiv und bezieht sich sowohl auf den

Entwicklungskontext der Krankheit als auch auf die Lebenswelt der Betroffenen. Aus diesem Grunde spielt in der Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen die Erkundung der Lebensgeschichte und das Verstehen des Kontextes des individuellen Lebens eine wichtige Rolle. Dies möchten wir auch durch die Geschichten, die die Betroffenen in diesem Buch darlegen, begreiflich machen. Sie schildern ihre persönlichen Lebensgeschichten und damit auch die persönlich wahrgenommen Faktoren, die ihnen geholfen, aber auch Dinge, die sie bei ihrem persönlichen Genesungsweg gehemmt haben. Dabei müssen alle Aspekte des Lebensumfeldes berücksichtigt werden, die das Leben des Menschen ausmachen, um den Kontext zu verstehen und damit Stärken und Ressourcen außerhalb der Krankheit herausgearbeitet werden können (Rapp & Goscha 2006).

Aus diesem Grunde muss in dem Bereich der Pflege und Medizin ein gemeinsamer Umdenkungsprozess stattfinden, der zwar auch die Versorgungsrealitäten in Deutschland berücksichtigen soll, aber auch zu einem Paradigmen-Wechsel in der Haltung von Mediziner*innen und Pflegekräften und zur Förderung der Betroffenen führen muss.

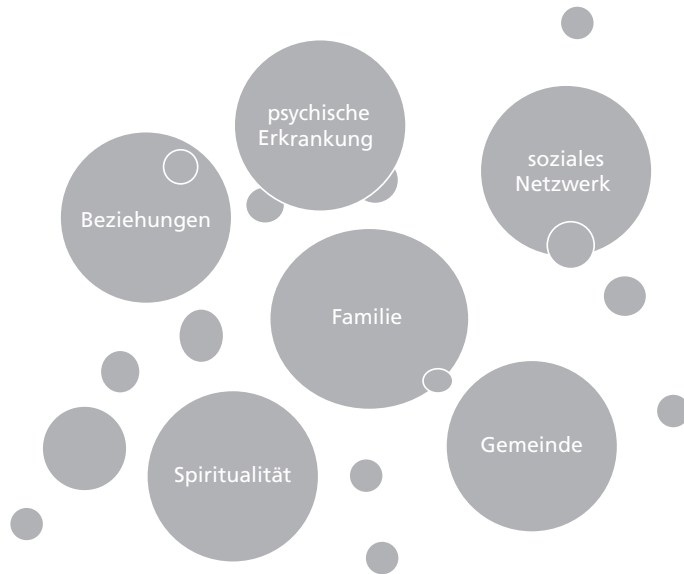


Abb. 2: Personen- und Recovery-zentrierte Versorgung (vgl. Beck 2021, S. 6)

In Schulungen zum Thema Recovery für psychiatrische Fachkräfte ließ sich feststellen, dass die Verknüpfung von evidenzbasierten Wissensbeständen aus der internationalen Forschung mit den Narrativen von Betroffenen aus deren Recovery-Reise einen besseren Praxisbezug herstellen lässt (Tschinke & Rogner 2019). Durch die Narrative der Betroffenen, die ihr persönliches Recovery erlebt haben und daraus beurteilen können, was für sie subjektiv hilfreich gewesen ist, bekommen die Theorien zum Recovery eine erlebbare Lebendigkeit, die ein nachhaltiges emotionales Lernen möglich machen können.

Aus diesem Grunde haben wir die Struktur eines jeden Kapitels darauf angepasst. Wir stellen das persönliche Erleben der Betroffenen in den verschiedenen Settings dar. Diese schildern darin ihre hilfreichen und hem-

menden Erlebnisse – was für sie in ihrer subjektiven Wahrnehmung und ihrem Lebenskontext wirksam war und was nicht, um dadurch das Verstehen der Leser*innen für den Kontext zu stärken. So werden auch die Wünsche und Vorstellungen der Betroffenen selbst zu den jeweiligen Themen beschrieben. Auf diese Narrative folgt durch die Professionellen aus diesem Gebiet eine Darstellung der momentanen Versorgungsrealitäten und Veränderungsbedarfe im Bereich Pflege und Medizin, die auch auf die Grundlagen, Theorien und das evidenzbasierte Wissen aus Pflege-, Psychologie-, Medizin- und Versorgungsforschung (Public Health) zu Recovery eingehen. Dazu werden dann auch Beispiele aus der klinischen und ambulanten Praxis mit konkreten Ideen zu Umsetzung in Koproduktion dargestellt.

2 Recovery – ein Wort, drei Bedeutungen und fünf Auslegungen

Ingo Tschinke

Der Begriff des Recovery stammt aus amerikanischen und britischen Bezügen und ist dementsprechend einer der vielen Anglizismen, die in die deutsche Sprache mit übernommen wurden, da es nur unzureichende deutsche Bezeichnungen gibt, die die Bedeutung klar darstellen. Recovery bedeutet im Wortsinn – Erholung, Genesung, Gesundheit etc. und wird als natürlicher und persönlicher Heilungsprozess verstanden, der über die Zeit eintritt. Die Betroffenenbewegungen in den USA, die sich dem Psychiatrie-System mit seinen paternalistischen Machtstrukturen entziehen und entgegenstellen wollten, haben den Begriff des »Personal Recovery« geprägt, um die Hoffnung, Autonomie, Selbstbestimmung, Selbstverantwortung und Selbstbefähigung in den Vordergrund zu stellen (Davidson 2010). Durch diese neue Sichtweise wurde in den USA, Großbritannien und weltweit die Psychiatrie geradezu revolutioniert, denn Recovery bewegt sich weg vom Defizitmodell in Richtung Empowerment, Resilienz und Hoffnung, um bei den gesellschaftlichen, gesundheitspolitischen und psychiatrischen Richtlinien eine Veränderung zu bewirken, was in der Konsequenz auch neue Chancen für die Betroffenen und ihre Versorgung nach sich zieht (Amering & Schmolke 2012). Praktisch bedeutet dies, dass der Genesungsprozess in den Händen der Betroffenen liegt und die Behandlung (Therapie, Medikamente etc.) außerhalb einer bedrohlichen Krise nur noch eine Option unter vielen darstellt (Davidson 2009).

Auf der persönlichen Ebene kann unterschieden werden zwischen klinischem und persönlichem Recovery:

- Klinisches Recovery bedeutet die Behandlung im herkömmlichen Sinne zur Symptom-Reduktion durch Medikamente, Psychosoziale Therapien und Behandlung
- Persönliches Recovery beschreibt einen Prozess, durch den die Betroffenen die persönlichen, sozialen und gesellschaftlichen Folgen einer psychischen Erkrankung überwinden und zurück zu einem erfüllten Leben finden. Recovery bedeutet nicht zwangsläufig Heilung, sondern meint eine Teilhabe in der Gesellschaft trotz Erkrankung

Die Recovery-orientierte Praxis umfasst die Begleitung des persönlichen Recovery-Weges aus der Sicht der professionellen arbeitenden psychiatrisch Tätigen. Hierbei handelt es sich um eine optimistische Rahmenstruktur, welche die einzunehmende Haltung und damit in Zusammenhang stehenden Werte, das Wissen über Recovery, die notwendigen Fähigkeiten sowie das Verhalten, die Praxisumsetzung und Unterstützung durch das Leadership und Management beschreibt (Department of Health and Ageing 2013; NHS Education for Scotland/Scottish Recovery Network 2007). Zugrunde liegend ist eine Ethik der Behandlung und nicht mehr eine Behandlungsethik, d. h., die Behandlung und Begleitung folgt den Bedarfen der Betroffenen und richtet seine Angebote auf die Unterstützung des Recovery-Weges aus (Da-

vidson 2010). Sinn und Ziel besteht darin, die Person zu unterstützen, sodass diese auch mit bestehenden Symptomen in Handlung für sich kommen und eine nachhaltige Veränderung für sich erreichen. Es ist in dieser Begleitung genau darauf zu achten, was für die Betroffenen auf ihrem Weg des persönlichen Recovery funktioniert und was nicht. Also Risiken zuzulassen und sie nicht in Watte zu packen, aber sie auch nicht gegen eine Wand fahren zu lassen.

Recovery ist aber auch eine gesellschaftliche Bewegung, in der psychiatrisch Tätige

und Menschen auf ihrem Recovery-Weg gemeinsam versuchen, die Begleitung und Behandlung durch das Psychiatriesystem zu verändern und transformieren. Dabei werden verschiedene Sichtweisen und Expertisen wertschätzend mit einbezogen, die sich aus persönlicher Erfahrung, wissenschaftlicher Evidenz, Training und dem Vorteil der Zusammenarbeit und Kooperation speisen, um in kooperativer Konstruktion und Koproduktion ein Lehren, Lernen und Verändern zu ermöglichen.

2.1 Persönliche Ebene

Ingo Tschinke

Die Grenzen zwischen dem persönlichen und dem klinischen Recovery sind in dem persönlichen Kontext der Betroffenen eher schwimmend und nicht so klar abzugrenzen, es sei denn, Betroffene entscheiden sich komplett für einen eigenen Weg außerhalb des Psychiatrie-Systems. Ansonsten kann es Menschen geben, die die angebotenen Hilfen des Psychiatrie-Systems vermehrt nutzen, während andere weitaus weniger darauf zurückgreifen, ob nun in der klinischen oder ambulanten Behandlung. Im Weiteren spielt das persönliche Erleben der Betroffenen eine Rolle. Erlebe ich mich eher als Hilfesuchender, der Orientierung und Stützung benötigt oder als Menschen, der immer wieder in der Psychiatrie »landet« und sich eher als Jemand erlebt, der Behandlung ertragen und erdulden muss, obgleich man gar nicht weiß, wofür das gut sein soll – für mich, meine Umwelt, meine Angehörigen, die Gesellschaft etc. Erlebe ich Umstände und Begegnungen, die mit meinen Werten konsistent sind, wie das einfühlsame Verstehen, Respekt, sinnvolle Aufklärung und »Eduktion«,

Wertschätzung und vieles mehr, oder fühle ich mich bevormundet, unverstanden und respektlos behandelt. Auch in den Schilderungen der Betroffenen in diesem Buch zeigt sich, dass manche Aspekte des klinischen Recovery als positiv und manche als negativ empfunden wurden. Alle beschreiben hilfreiche Aspekte, die ihnen bei ihrem persönlichen Recovery-Weg geholfen haben, nachdem sie diesen für sich erkannt haben. Dabei kann der Anstoß aus dem Hilfesystem herausgekommen sein, aber der Entschluss zur Veränderung und Transformation von der hilfesuchenden Person zu einer Person der Selbstbestimmung, Selbstverantwortung und Autonomie haben alle selbst getroffen. Dies hat ihnen auch einen kritischen Blick auf das Psychiatrie-System gegeben und ihnen geholfen mit diesem selbstbewusster umzugehen und als Genesungsbegleiter*innen gemeinsam mit reflexionswilligen professionell Tätigen die Arbeit mit Betroffenen zu betrachten.

Für professionell Tätige bedeutet dies, dass die Förderung und Unterstützung des per-

sönlichen Recovery immer primär im Vordergrund stehen sollte und dann noch die für die Betroffenen als hilfreich empfundene Maßnahmen (Interventionen, medikamentöse Behandlung und Therapien etc.) hinzukommen können (Grey et al. 2014b). Das persönliche Recovery bedeutet keine Ergänzung zur Behandlung, es ist die Grundlage von allem, was in der Psychiatrie-Versorgung geschieht (Davidson 2009).

2.2 Klinisches Recovery

Ingo Tschinke

Das Klinische Recovery, d.h. eine wie auch immer gestaltete Behandlung, Begleitung und Therapie, hatte in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten den Auftrag, Menschen mit einer psychischen Erkrankung einer Art Heilung zuzuführen. Es kann bei einigen Erkrankungen tatsächlich gelingen, dass Menschen durch medikamentöse Therapien und psychotherapeutische Behandlung ihr weiteres Leben dekompressionsfrei beschreiten können und dann ein »normales« Leben weiterleben. Diese Ausrichtung hat dann im Gegenteil bei den Menschen mit immer wiederkehrenden Dekompensationen (Depressionen, Bipolare Störungen, Essstörungen, Schizoaffective Psychosen etc.) oder einer ständig bestehenden Erkrankung (Persönlichkeitsstörungen, Schizophrenien, Angst- und Zwangsstörungen etc.) zu Bezeichnungen geführt, dass jemand »unheilbar« krank oder »austherapiert« sei, d.h., man medizinisch im Sinne der Heilung nichts mehr machen kann, es ist sozusagen Hopfen und Malz verloren, dieser Mensch wird nicht mehr normal – er bleibt chronisch krank.

Von diesen Menschen wurde vielfach eine Krankheitseinsicht gefordert, was sich dadurch zeigte, dass der Mangel eben dieser als eher negativ betrachtet wurde. Aber eine Krankheitseinsicht fordert von den betroffenen Menschen, dass sie sich von ihrem bisherigen Leben mit allen positiven und sinn-

vollen Optionen, die das Leben ausmachen können, verabschieden. Verbindet man mit dieser Krankheitseinsicht die Erwartung, dass sich Menschen in allgegenwärtigen und permanenten Umständen einer Behinderung für sich akzeptieren, welches sie dazu verdammt ein Leben in Abhängigkeit und Verzweiflung zu führen, dann widerspricht dies in geradezu eklatanter Art und Weise den Voraussetzungen für das eigene persönliche Recovery (Davidson 2009, S. 77).

Patrica Deegan berichtet dazu aus ihrer persönlichen Erfahrung:

»Bevor ich die Diagnose erhielt, wurde ich als ganzheitliche Person wahrgenommen, nachdem allerdings die Diagnose im Raum stand, wurde ich durch Professionelle in der Psychiatrie wie durch Zerrspiegel wahrgenommen und wurde als schwer erkrankt und völlig defizitär dargestellt. [...] Es wurde nun alles, was ich tat durch diese Zerrspiegel der Psychopathologie interpretiert. So hat z. B. meine Großmutter mir in der Zeit meines Aufwachsens in meiner Kindheit häufig gesagt, dass ich »Hummeln im Hintern« hätte. In der psychiatrischen Klinik wurde ich als agitiert wahrgenommen. Ich habe als Kind nie viel geweint, aber nach meiner Diagnose galt ich als emotional verflacht und mangelnd schwingungsfähig. Ebenso war ich schon immer still, schüchtern und introvertiert. Jetzt mit der Diagnose war ich vorsichtig, misstrauisch und hatte autistische Züge. In einer klassischen Double-Bind-Beziehung protestierte ich gegen diese pathologisierenden Interpretationen und bewies damit, dass

ich wirklich als schizophran mit mangelnder Krankheitseinsicht betrachtet werden sollte!« (Deegan 2001, S 4 – Übersetzung durch Autoren)

Die klinische Behandlung als solches hat durchaus seine Berechtigung und wird von vielen Menschen durch eine gelebte Personenzentrierung der Sozialpsychiatrie als positiv erlebt, aber es ist auch unbestreitbar, dass durch eine medizinische Interpretation der Unheilbarkeit viele Menschen erst in eine Chronifizierung und Hoffnungslosigkeit abgerutscht sind (Amering & Schmolke 2012). In Kapitel 3 haben wir deswegen die Ausprägungen des biopsychosozialen Modells denen des persönlichen Recovery gegenübergestellt und gehen noch vertieft auf die Aspekte ein (► Kap. 3). Wir möchten aber nun die Betroffenen zu Wort kommen lassen, wie sie selbst ihre Krankheitsentstehung empfunden haben, um zu verstehen, wie sie die »Krankheit« für sich wahrnehmen.

2.2.1 Sichtweisen der Betroffenen

*Madeline Albers, Anja
Neumann, Melanie Rogner*

Madeline Albers:

Bevor ich näher auf das klinische Recovery eingehe, möchte ich von meiner Krisenzeit und dem Therapiebeginn erzählen. Als Betroffene von psychischen Erkrankungen (rezidivierende depressive Störung, Dysthymie, generalisierte Angststörung) habe ich im Laufe der Zeit viele Erfahrungen mit dem psychiatrischen Versorgungssystem gemacht. Um meinen Entwicklungsprozess im Kontext des klinischen und persönlichen Recoverys zu verdeutlichen, halte ich es für wichtig, auch einen Einblick in die Zeit zu geben, in der ich noch keine professionelle Hilfe in Anspruch genommen habe.

Bereits meine Kindheit war gezeichnet von einer hohen Vulnerabilität und negativen Gefühlen. Kleinigkeiten rissen mich in tiefe Krisen, ich war eine labile, sensible Schülerin. Meine Gedanken waren zumeist pessimistisch und kreisten häufig um Probleme. Doch ich konnte meinen Alltag bewältigen, absolvierte sogar das Abitur mit sehr gutem Abschluss. Im direkten Anschluss an meine Schulzeit entschied ich mich, an der Universität Bremen Kommunikations- und Medienwissenschaften sowie Germanistik zu studieren. Diese Entscheidung war weniger Ausdruck meiner beruflichen Wünsche, sondern vielmehr ein Kompromiss – ich konnte meine Bedürfnisse hinsichtlich meiner Zukunft nicht identifizieren und entschied mich daher für jene Studiengänge, welche mich in der Auswahl am ehesten interessierten. Folglich studierte ich einige Semester, während sich meine psychische Verfassung fortlaufend verschlechterte.

2015 war dann ein ganz besonderes Jahr. Ein besonders schweres, aber auch der Startschuss für einen inneren Veränderungsprozess. Meine Kräfte und Handlungsmöglichkeiten kollidierten inzwischen mit den Anforderungen des Studiums: Ich war depressiv und lebensmüde. Während mich die Struktur des Schulsystems noch aufrecht hielt, verlangte das Studium eine Selbstständigkeit, die mich überforderte und mir meine emotionale Instabilität und fehlende Widerstandsfähigkeit gegenüber Schwierigkeiten des Alltags auf einem Silbertablett präsentierte. Die großen Konzentrationsschwierigkeiten sorgten dafür, dass ich dem Unterricht nicht mehr folgen konnte, meine Aufmerksamkeitsspanne umfasste einige Sekunden. Viele Seminare und Vorlesungen besuchte ich nicht mehr, da mein grauer Schleier sich tonnenschwer auf mich legte, und nur der fehlenden Anwesenheitspflicht war es zu verdanken, dass man mich nicht bereits exmatrikuliert hatte. Je mehr Zeit verging, desto mehr verdrängte ich meine Situation, flüchtete mich in die mediale Berieselung

fernaß meiner für mich nur schwer zu ertragenden Realität.

Meine sozialen Kontakte – zumindest diejenigen, die ich noch an meinem Leben teilhaben ließ – erkannten meine wachsende Verzweiflung und baten mich wiederholt, mir professionelle Hilfe zu holen. Doch damals war ich davon überzeugt, dass ich mich in einer Krisenphase befand, die von allein wieder gehen würde. Ich glaubte an die Zeit, aber nicht an mich und die Fähigkeit, mein Leben aktiv zu beeinflussen. Im Gegenteil: Mir selbst habe ich nichts zugetraut. Sei es der Abschluss meines Studiums, das Führen einer Partnerschaft, der erfolgreiche berufliche Werdegang, das Erreichen von Zielen oder die Selbstbefähigung, ein im Großen und Ganzen zufriedenes Leben führen zu können. Dass ich die Zeit zu meinem Heilsbringer ausrief, war letztlich eine Flucht vor mir selbst und den Gefühlen, die mich innerlich zerrissen. Und so stand ich dem Todesgedanken näher als jenem, mich einer professionellen Fachkraft zu offenbaren, die mich womöglich sowieso nicht verstand.

Je mehr Zeit verging, desto mehr spitzte sich meine Situation zu und ich verlor zunehmend Lebensfähigkeit. Ich war entweder überflutet von einer tiefen Traurigkeit und Verzweiflung oder mich packte die Welle der Gleichgültigkeit und Leere. Wie ich nun weiß, befand ich mich zu dieser Zeit inmitten einer schweren depressiven Episode. Ich hatte keine Lebensfreude mehr, keinen Antrieb, keine Lust auf den Tag und Angst vor der Nacht, in der ich zumeist nicht schlafen konnte. Es fällt mir schwer zu beschreiben, wie quälend Hoffnungslosigkeit und der Gedanke sein kann, leben zu müssen. Und, so hart das auch klingen mag, das Leben war für mich in der Tat eine Art Pflicht. Ein Labyrinth voller Irrwege und ohne Ausweg. Ein Rätsel, das ich nicht lösen konnte. Ein Käfig, der mich einsperrte und dessen Sinn ich nicht verstand. Und mir fehlte die Vorstellungskraft für eine Zukunft, in der ich mich wohlfühlen würde. Somit verbrachte ich

Stunden vor dem Fernseher und tauchte ein in eine andere Welt, ich vernachlässigte die Wohnungs- und Körperhygiene und entfernte mich größtenteils aus meinem geregelten Alltags- und Sozialleben.

Als ich an einem Montagmorgen aufstand, mich wie automatisiert anzog und zu meiner Hausarztpraxis fuhr, setzte ich damit den ersten Schritt ins psychiatrische Hilfesystem. An dieser Stelle möchte ich die Brücke schlagen zum klinischen Recovery. Das klinische Recovery beschreibt die Behandlung im herkömmlichen Sinne, also die Reduktion von Symptomen durch den Einsatz von Medikamenten oder durch psychosoziale Therapien. Ziel ist es, die soziale Funktionsfähigkeit wiederherzustellen und pathologische Anteile des Menschen zu beseitigen. Für sich allein genommen bedeutet das klinische Recovery und damit auch diese gewisse Psychopathologisierung eine Entfernung vom Menschen als ganzheitliches Individuum und folglich die Fokussierung auf Symptome und Krankheit. In Anbetracht dessen war ich sehr froh, dass meine Hausärztin mir zunächst einfühlsam und geduldig zuhörte und mir daraufhin eine Überweisung für einen teilstationären Aufenthalt in der psychiatrischen Tagesklinik ausstellte, welche Recovery-orientiert und personenzentriert mit den Betroffenen zusammenarbeitete.

Das klinische Recovery funktioniert aus meiner Sicht am besten im Zusammenspiel mit dem persönlichen Recovery und als untergeordnete Rolle: Mein wichtigster Schritt auf dem Genesungsweg war die Auseinandersetzung mit Hoffnung, Sinnfindung, meiner Lebensgeschichte und mit meinen Ressourcen, Bedürfnissen und Wertvorstellungen. Das Gefühl, selbstwirksam zu sein und Vorhaben erreichen zu können, hat mir das Selbstbewusstsein und auch die Selbstbefähigung gegeben, einen neuen Umgang mit meinen Belastungen zu finden. Das klinische Recovery war hinsichtlich meines Genesungswegs nicht unwichtig, doch halte ich beispielsweise die medikamentöse The-

rapie in erster Linie als eine sinnvolle *Begleitung* anderer Unterstützungsoptionen. In meiner Therapiezeit habe ich insgesamt sechs verschiedene Antidepressiva probiert, keines hat mir geholfen. Das lag im Wesentlichen daran, dass meine seelischen Belastungen durch sie nicht aufgeschlüsselt, sondern meine negativen Gefühle gedeckelt wurden. Erst, als wir ein Antikonvulsivum gefunden haben, welches mein tägliches und übersteigertes Angstlevel verringert hat, konnte ich im Zusammenspiel mit dem persönlichen Recovery und der Stärkung von Eigenschaften und Fähigkeiten einen Zustand erreichen, der mich trotz vorhandener Belastungen einen Umgang mit dem Alltag finden ließ. Dieses Medikament nehme ich inzwischen seit Jahren in ähnlicher Dosierung und aus Überzeugung. Denn: Im Gespräch mit meinem Psychiater, der vielmehr ein Sparringspartner als Alleinentscheider ist, sind wir zu der kooperativen Entscheidung gekommen, dass das Medikament hinsichtlich meiner Ängste auch weiterhin eine wichtige Unterstützung und Stabilisierungshilfe darstellen kann. Nicht, weil es meine Belastungen in der Tiefe bekämpft – sondern weil es mir hilft, durch Verringerung von Angstzuständen selbst in diese Tiefe zu steigen und dort zu lernen, zu verstehen und selbst aktiv zu werden.

Aufgrund meiner Erfahrungen der letzten Jahre spielt das klinische Recovery für mich somit eine bedeutsame, aber doch untergeordnete Rolle im Vergleich zum persönlichen Recovery. Erst, als ich mit therapeutischer Unterstützung meine Biografie aufgearbeitet habe und mich intensiver mit meiner Lebensgeschichte, meinen Werten und Bedürfnissen, meinen Ressourcen und der Stärkung meiner Fähigkeiten auseinandergesetzt habe, konnte ich eine positive Veränderung der inneren Haltung herbeiführen. Dabei war das klinische Recovery unterstützend – und das persönliche Recovery wegweisend.

Anja Neumann:

Der erste Zusammenbruch

Mein gesundheitlicher Leidensweg begann, als mein Sohn neun Jahre alt war. Damals war ich Mutter zweier Kinder, Ehefrau und berufstätig und hatte das Gefühl, gut im Leben angekommen zu sein. Als ich eines Tages meinen Kindern beim Spielen zugesehen habe, kamen plötzlich mehrere heftige Flashbacks aus meiner Kindheit. Es meldeten sich so verdrängte Erinnerungen, die ich tief in mir vergraben hatte. In den nächsten 14 Jahren brach immer mehr diese Mauer vor meinen Augen in sich zusammen und ich verstand, dass ich dies mit gutem Grund verdrängt hatte. Diese erste Erschütterung im Erwachsenenalter führte dazu, dass meine erste schwere Depression ausbrach.

Die Traumata – oder wo alles begann...

Mein erstes traumatisches Erlebnis (da war ich selbst erst neun Jahre alt) war die Trennung meiner Eltern, die für mich ganz plötzlich und unerwartet über meine heile Kinderwelt hereinbrach.

Ich wurde ohne Vorwarnung von meiner Schwester und meinem Vater getrennt. Ohne gefragt zu werden, wurde ich aus meinem alten Leben gerissen, in eine fremde Stadt gebracht und in ein neues und fremdes Leben gezerrt. Da hatte ich das erste Mal so richtig Angst in meinem Leben. In dieser neuen Welt fühlte ich mich schutzlos und allein gelassen. Gefühle von Hilflosigkeit, dem Ausgeliefert sein, Ohnmacht und Scham bestimmen und beeinflussen mich bis heute noch sowie ein chronisch schlechtes Gewissen. Damals ahnte ich nicht, dass dieses Trauma mein ganzes Leben beeinträchtigen sowie mein zukünftiges Verhalten und meine Entscheidungen bestimmen würde. Auch auf die Erziehung meiner eigenen