

Recovery: Ein neuer Etikettenschwindel in der Psychiatrie?

Peter Lehmann

Recovery ist ein relativ neuer Begriff im psychosozialen Bereich, den sowohl psychiatriekritische Kreise als auch Kreise der Mainstream-Psychiatrie einsetzen und sich dabei gegen den therapeutischen Pessimismus der vergangenen Jahrzehnte stellen. Die positive Konnotation der Hoffnung ist allen Verwendungstypen des Begriffs gemeinsam, kann aber in völlig unterschiedliche Richtungen zielen. Manche meinen mit Recovery die Erholung von einer psychischen Krankheit oder das Nachlassen oder Verschwinden der Symptome. Andere denken an die Erholung von unerwünschten Wirkungen der verabreichten Elektroschocks oder der Psychopharmaka nach deren Absetzen, die Wiedergewinnung von Freiheit nach Verlassen des psychiatrischen Systems oder die »Rettung aus dem psychiatrischen Sumpf« mit seinen Gefahren der (Selbst-)Stigmatisierung und der Diskriminierung« (LEHMANN & STASTNY 2007, S. 40 f.).

Vertreterinnen und Vertreter der Mainstream-Psychiatrie gründen ihre Hoffnung auf die Überzeugung, die Psychiatrie als naturwissenschaftliche Disziplin könne dem Anspruch, psychische Probleme überwiegend sozialer Natur zu lösen, gerecht werden. Sie halten dabei Gewaltanwendung in der Psychiatrie für ethisch und grundsätzlich mit der UN-Menschenrechtskonvention vereinbar, sie meinen, Elektroschocks wären unschädlich für das Gehirn und synthetische psychiatrische Psychopharmaka prinzipiell hilfreich und würden, von Benzodiazepinen abgesehen, keinerlei körperliche Abhängigkeit auslösen.

Das, was psychiatrisch Tätige mit den Objekten ihrer Behandlung anstellen, den psychiatrischen Patientinnen und Patienten, hat im Lauf der Jahre viele Namen mit den unterschiedlichsten Facetten und Nuancen angenommen: psychiatrische Verwahrung, Therapie, Empowerment, Psychoedukation, Recovery. Von den psychiatrischen Massenmorden

während der Zeit des Hitlerfaschismus abgesehen, die ebenfalls als »Behandlung« bezeichnet wurden, ging und geht es in der Regel darum, die Behandelten durch die psychiatrischen Maßnahmen in ihrer diagnostizierten Krankheit zu managen, sie von ihren Symptomen zu befreien oder diese zumindest zu lindern und den Zustand vor Ausbruch der Krankheit wiederherzustellen. Fortschrittliche psychiatrisch Tätige würden vermutlich die psychischen Symptome als Teil einer – wenn auch fragilen – Veränderung der Persönlichkeit verstehen, die die Chance zu deren Weiterentwicklung und Stärkung beinhaltet.

Ursprünge des Recovery-Begriffs

1937 gründete Abraham Low vom Psychiatrischen Institut der University of Illinois in Chicago den gemeinnützigen Verein »Recovery, Inc.« für Menschen mit diversen psychiatrischen Problemen, »ein Füllhorn von Selbsthilfemethoden und Techniken parallel zu jenen, die in kognitiver Therapie praktiziert werden« (Legacy 2005, S. 1). Ziel des Programms war und ist es zu lernen, tägliche triviale Stressfaktoren zu bewältigen und sich mit den erlernten Bewältigungsstrategien und evtl. mit professioneller Hilfe Mechanismen anzueignen, auch größere Herausforderungen des Lebens zu meistern. Das Konzept von Recovery, Inc. sei als Ergänzung zu professioneller Betreuung zu verstehen, nicht als Ersatz. »Das Thema Medikamente wird niemals diskutiert; das ist die Domäne des Arztes.« (ebd.)

Lange Zeit ohne Bedeutung im Bereich der Mainstream-Psychiatrie, wurde der Begriff Recovery Anfang der 1990er-Jahre aufgewertet. Bis dahin galten Menschen mit schweren psychiatrischen Diagnosen wie Schizophrenie als anlagebedingt chronisch vulnerabel und im Prinzip als unheilbar, sie konnten lediglich auf eine Symptomunterdrückung oder -linderung hoffen. Aktivistinnen und Aktivisten der Selbsthilfebewegung, die nach dem Absetzen der verordneten Psychopharmaka oder der Erholung von der hirnschädigenden Wirkung von Elektro- oder Insulinschocks ohne psychiatrische Behandlung ein unabhängiges und gesundes Leben führen konnten, stellten jedoch das Konzept der Unheilbarkeit nachhaltig infrage. Das 1991 gegründete Europäische Netzwerk von Psychiatriebetroffenen (ENUSP), der zwei Jahre darauf

gegründete Weltverband WNUSP, Vorträge Psychiatriebetroffener bei Kongressen und an Universitäten, eigene Bücher, Zeitschriften und Verlage konnten nicht mehr ignoriert werden.

Die Wende markieren in den USA Autorinnen und Autoren wie Sheilah HILL mit »They That Sow in Tears« (»Die Tränen säen«, 1969), Leonard Roy FRANK mit »The History of Shock Treatment« (1978) oder Judi CHAMBERLIN mit »On Our Own: Patient-controlled alternatives to the mental health system« (»Auf eigene Faust – Betroffenenkontrollierte Alternativen zum psychiatrischen System«, 1979), im deutschen Sprachraum Tina STÖCKLE mit »Die Irren-Offensive – Erfahrungen einer Selbsthilfe-Organisation von Psychiatrieüberlebenden« (1983). Tina Stöckle hatte 1981 für ihre sozialpädagogische Diplomarbeit Mitglieder der damals undogmatischen Berliner Irren-Offensive zu ihren Erfahrungen und Einschätzungen interviewt und in ihrer Zusammenfassung ein politisches Verständnis von Recovery beschrieben, ohne allerdings diesen Begriff zu verwenden:

- » Die meisten Irren-Offensiv-Mitglieder haben sich mit Hilfe und Unterstützung von anderen Betroffenen vom psychiatrischen Einfluss befreit; sie haben erkannt, dass die Drogen zerstören und tot stellen; sie kämpfen gegen die Entmündigung und gegen den ihr zugrunde liegenden Krankheitsbegriff. Stattdessen möchten die Betroffenen lernen, Normalität und Ver-rücktheit so zu vereinbaren, dass sie in dieser Gesellschaft leben können, ohne dass sie total zu dem einen Pol – nur noch ver-rückt sein – gedrängt werden oder sich flüchten müssen. Die Gruppe kann leisten, dass die Leute in sich stabil werden und ein ganz neues Selbstwertgefühl entwickeln, das mit ihrem eigentlichen Identitätsverständnis und Identitätsgefühl übereinstimmt, und dass die Leute lernen, anstatt sich selbst zu zerstören, die Wut und die Aggressionen gegen die zerstörerische Umwelt zu richten. « (STÖCKLE 1983, S. 253 f.)

Später folgten biografische Bücher, etwa »Auf der Spur des Morgensterns – Psychose als Selbstfindung« von Dorothea BUCK (1990), »Abwesenheitswelten – Meine Wege durch die Psychiatrie« von Vera STEIN (1993), »Mitgift – Notizen vom Verschwinden« von Kerstin KEMPKER (2000) oder »Meine Stimmen – Quälgeister und Schutzengel. Texte einer engagierten StimmenhörerIn« von Hannelore KLAFKI (2006). Natürlich sind Psychiatriebetroffene – nicht anders als psychiatrisch Tätige, Betreuerinnen und Betreuer oder Angehörige – keine homogene Gruppe, sondern völlig verschieden, was ihre Probleme, Kenntnisse,

Erfahrungen und Bewertungen wie auch ihre Sicht auf psychiatrische Behandlung und Recovery-Prozesse betrifft. Eine gleiche Diagnose oder Behandlung macht sie nicht zu Gleichen. In ihrem Buch »Morgen bin ich ein Löwe – Wie ich die Schizophrenie besiegte« fragt die psychiatriebetroffene Psychologin Arnhild Lauveng:

- » All diese Menschen sollen die gleiche Perspektive haben, nur weil sie die unterschiedlichsten Bereiche des gleichen Systems in Anspruch nehmen? (...) Sie alle haben als Betroffene den ein oder anderen psychiatrischen Dienst in Anspruch genommen, sind dabei aber vollkommen unterschiedliche Menschen mit einer ganz unterschiedlichen Geschichte und Persönlichkeit. Sie betrachten die Welt nicht alle vom gleichen Ort aus und haben ganz sicher nicht alle die gleiche Perspektive.« (LAUVENG 2010, S. 120f.)

Rückblickend konstatierte 2006 Juan MEZZICH, der damalige Präsident der World Psychiatric Association (WPA), Anfang der 1990er-Jahre habe sich in der Psychiatrie die Einsicht durchgesetzt, es in der Berufspraxis mit Individuen zu tun zu haben, nicht mit bloßen Symptomträgerinnen und -trägern:

- » Damals wurde klar, dass der Sinn professioneller Bemühungen nicht einfach darin bestehen sollte, sich einseitig mit der Krankheit und der Verbesserung der Funktionstüchtigkeit zu beschäftigen. Vielmehr sollten professionelle Bemühungen das Ziel haben, in Zusammenarbeit mit dem Individuum die Ganzheit der Person zu berücksichtigen – die Person als Eigentümerin ihrer einzigartigen Geschichte und Werte, die ein spezifisches Spektrum von Potenzialen besitzt.« (MEZZICH 2006, S. 12)

Recovery von der Erkrankung

Viele psychiatrisch Tätige orientieren sich am Recovery-Verständnis William Anthonys von der Abteilung für Rehabilitationswissenschaften an der Boston University. Anthony seinerseits wurde von Judi Chamberlin beeinflusst, der 2010 verstorbenen großen Dame der Selbsthilfebewegung; sie hatte an seiner Abteilung gearbeitet. Anthony fasste die Beschreibungen von Recovery in der US-amerikanischen Literatur zusammen; danach ist Recovery

» ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess der eigenen Überzeugungen, Werte, Gefühle, Ziele, Fertigkeiten und Rollen. Es ist ein Weg, ein befriedigendes und hoffnungsvolles Leben voller Teilhabe zu führen, auch wenn es krankheitsbedingt eingeschränkt ist. Indem man über die katastrophalen Auswirkungen der psychischen Erkrankung hinauswächst, zieht der Recovery-Prozess die Entwicklung einer neuen Bedeutung und eines neuen Lebensziels nach sich « (ANTHONY 1993, S. 13).

Auch Michaela Amering, WPA-Vorstandsmitglied, und Margit Schmolke, Mitglied der Sektionen »Psychoanalyse in der Psychiatrie« und »Prävention und Psychiatrie« der WPA, stellen die psychische Erkrankung, von der es sich zu erholen gelte, ins Zentrum ihres Recovery-Verständnisses. In ihrem 2007 erstmals erschienenen Buch »Recovery – Das Ende der Unheilbarkeit« sehen sie

» Recovery als Entwicklung aus den Beschränkungen der Patientenrolle hin zu einem selbstbestimmten sinnerfüllten Leben (...) für Menschen, die schwere psychiatrische Erkrankungen zu bewältigen haben « (AMERING & SCHMOLKE 2012, S. 17).

Sie berufen sich dabei auf die US-amerikanische Psychiatriebetroffene Patricia Deegan, die als Grundlage von Recovery die Akzeptanz einer Behinderung sieht:

» Recovery beinhaltet oft eine Transformation des Selbst, bei der man sowohl die eigenen Grenzen akzeptiert als auch eine neue Welt von Möglichkeiten entdeckt. Dies ist das Paradoxe an Recovery: indem wir akzeptieren, was wir nicht tun oder sein können, beginnen wir zu entdecken, was wir sein und was wir tun können. « (DEGAN 1996)

Abgesehen von der Selbstverständlichkeit, dass es prinzipiell allen Menschen und nicht nur denen mit psychiatrischen Diagnosen guttut, die eigenen Grenzen zumindest zu kennen (was Versuche von Grenzüberschreitungen nicht ausschließt), stellt sich die Frage nach dem Recovery-Prozess jener Psychiatriebetroffener,

- die von außen gesetzte oder vorübergehend in das Selbstbild übernommene Grenzen und Zuschreibungen der Behinderung und Schwäche nicht mehr akzeptieren,
- deren Verrücktheit vor allem in einer störenden und unbequemen Lebens- und Sinnesweise oder in einem vorübergehend außergewöhnlichen Bewusstseinszustand mit entgrenzenden Potenzialen besteht und die deshalb zu psychiatrischen Patientinnen und Patienten gemacht wurden,

- die von Elektroschocks und/oder psychiatrischen Psychopharmaka gesundheitlich geschädigt wurden und sich vor weiteren Elektroschocks schützen bzw. mit dem Absetzen von Psychopharmaka den Weg zurück zur Gesundheit finden wollen,
- die nach nicht-medizinischen Wegen suchen, psychische Probleme zu bewältigen und sich von ihnen zu erholen.

Diese Gruppe von Psychiatriebetroffenen wird vom Recovery-Konzept der Mainstream-Psychiatrie nicht bedacht. Pirkko Lahti, Präsidentin der World Federation for Mental Health von 2001 bis 2003, fragt dementsprechend:

- »Lassen wir unsere PatientInnen nicht allein mit ihren Sorgen und Problemen, wenn sie sich – aus welchem Grund auch immer – selbst entscheiden, ihre Psychopharmaka absetzen zu wollen? Wo können sie Unterstützung, Verständnis und positive Vorbilder finden, wenn sie sich enttäuscht von uns abwenden (und wir uns von ihnen)?« (LAHTI 2008, S. 11)

Recovery von der Behandlung

Ein integratives Recovery-Verständnis publizierte der Psychologe und Psychiatriepfleger Peter Watkins, der sich an der kritischen Psychiatriebewegung der zurückliegenden Jahre orientiert (Laing, Foucault, Breggin, Thomas, Romme, Mosher, Bracken usw.). Nach vier Jahrzehnten Berufspraxis erkannte er den Vorteil, auf vorgegebene Lösungswege zu verzichten und auf die Fähigkeit der Menschen zu vertrauen, ihren Problemen eine Bedeutung zuzuordnen und Entscheidungen zu treffen, die ihr Leben letztendlich erträglicher machen. Dabei stützt er sich auf Anthologien mit Recovery-Geschichten und Langzeitstudien, die hoch angesetzte Kriterien zur Definition von Recovery verwenden: dauerhaftes Wohlbefinden trotz – und oft auch gerade wegen – der Launen eines aufbegehrenden Geistes, etablierte Netzwerke sozialer Unterstützung, Ausbleiben von »Rückfällen« über einen Zeitraum von zwei Jahren und die Nichteinnahme von Neuroleptika (WATKINS 2009, S. 17).

Mit seinem Recovery-Verständnis sieht sich Watkins in Einklang mit dem National Institute for Mental Health in England, das die Wieder-

herstellung bzw. Übernahme der Kontrolle über das eigene Leben als wichtiges Kriterium für Recovery bezeichnet hatte:

- » Recovery ist das, was Leute an sich selbst erfahren, während sie zu einer Lebensweise ermächtigt werden, die sie ein erfüllendes und sinnvolles Leben führen und sich mit dem Gefühl dazugehören in die Gesellschaft einbringen lässt. « (NIMHE 2005, S. 2)

Betroffenenorientiertes Recovery-Verständnis

Da sowohl die Psychiatriebetroffenen, die Psychopharmaka befürworten, als auch diejenigen, die sie ablehnen, in aller Regel darüber klagen, dass ihnen in Krisenzuständen das Recht auf eigene Entscheidungen abgesprochen wird, ist es für alle wichtig, Alternativen zur Psychiatrie sowie humane Bedingungen innerhalb der derzeitigen Angebote durchzusetzen und Werkzeuge in die Hand zu bekommen, wie sie mögliche Krisenverläufe und Recovery-Prozesse selbst bestimmen können (LEHMANN & STASTNY 2007); hierzu zählen auch Recovery-Pläne inklusive Patientenverfügungen (PERKINS & RINALDI 2010).

Pat Bracken, klinischer Leiter des Psychiatrischen Dienstes von West-Cork in Irland und Mitglied des Internationalen Netzwerks für Alternativen und Recovery (INTAR), schreibt Psychiatriebetroffenen die zentrale Stellung im Recovery-Verständnis zu. Er betont die Deutungshoheit, die ihnen zustehe – eine Haltung, die diejenigen psychiatrisch Tätigen verunsichern könnte, die nicht auf ihren Anspruch verzichten, die eigene Psychiatrieschau zur Grundlage von Recovery zu machen:

- » In diesem Betroffenen Diskurs geht es nicht um neue Paradigmen oder neue Modelle, sondern um die komplette Neuorientierung unserer Denkweise über psychische Gesundheit. In der nichtpsychiatrischen Recovery-Literatur sind Aspekte der Macht und Beziehungen, Zusammenhänge und Bedeutungen, Werte und Prioritäten erstrangig. Therapie, Dienste, Forschung und sogar Psychopharmaka werden zwar nicht abgelehnt, jedoch als zweitrangig eingestuft. (...) Um zu beurteilen, inwieweit die Recovery-Bewegung akzeptiert wird, müssen wir uns ansehen, welche Bedeutung man dem Betroffenen Diskurs in Bildung und Fortbildung zuschreibt. Die radikalste Folgerung der Recovery-

Bewegung mit ihrer Umkehrung dessen, was erst- und zweitrangig ist, besteht in der Feststellung, dass es die Betroffenen sind, die das größte Wissen und die meisten Informationen über Werte, Bedeutungen und Beziehungen besitzen. Im Sinne der Recovery-Bewegung sind sie die wahren Experten. « (BRACKEN 2007, S. 420)

Die psychiatriebetroffene Sozialwissenschaftlerin Wilma Boevink, Professorin für Recovery an der Hanze Universität Groningen, beschreibt, wie aus individuellen Geschichten Erfahrungswissen wird, von dem schließlich auch professionell Tätige profitieren können:

- »Lasst uns weiterhin einander unsere Geschichten erzählen. Geschichten, in denen wir uns selbst erkennen und durch die wir unsere Eigenheit und Identität wiederfinden. Geschichten, von denen wir sagen können: So ist mein Leben, das bin ich, auf diese Art kannst du mir helfen. Unsere Geschichten haben nicht nur für uns selbst Wert. Unsere Geschichten bieten den Profis die Gelegenheit zu lernen, in einer neuen Sprache zu kommunizieren, in einer Sprache, die sowohl Nutzer als auch Dienstleister verstehen. « (BOEVINK 2003, S. 39)

Psychopharmaka im Zentrum der Recovery-Diskussion

Im Gegensatz zu den meisten psychiatrisch Tätigen stellen viele Psychiatriebetroffene Psychopharmaka infrage, wenn es um Lebensqualität oder Recovery geht. Natürlich spielen weitere Themen eine wichtige Rolle, wie zum Beispiel Selbststigmatisierung, Diskriminierung, das Vorenthalten angemessener Hilfe, die Abhängigkeit des psychosozialen Systems von Pharmamultis oder die Reduktion des Menschen auf psychiatrische Diagnosen. Aber beklagt wird immer wieder, dass völlig außer Acht gelassen wird, dass eine Genesung unter Psychopharmaka eher unwahrscheinlich ist.

»Was überhaupt alles erst ›ohne‹ wieder geht«, zeigen die Erfahrungen im Berliner Weglaufhaus. Gemeinschaft, Rückhalt, kundige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter möglichst mit eigenen Absetzerfahrungen und bei Bedarf verantwortungsbewusste Ärztinnen und Ärzte können helfen, hilfsbedürftige und wankelmütige Psychiatriebetroffene zu unterstützen:

» Den ständigen Anlass für eine Pille, wie ihn viele aus der Psychiatrie kennen, gibt es nicht. Das ist für manche gerade zu Beginn ihres Aufenthalts schwer auszuhalten, denn so sehr sie auch loskommen wollen von diesen Psychopharmaka, so sehr sind sie auch ihre ›letzte Krücke‹, das, was da ist, wenn sonst nichts mehr da ist. Es hat sich bewährt, für solche Momente einen Platz in unserem Safe anzubieten. Wir heben das Mittel dort auf, und wenn wirklich nichts mehr geht, dann kann er oder sie darauf zurückgreifen. Diese Sicherheit hat fast immer genügt, um von ihr nicht Gebrauch machen zu müssen. Auf dem Weg zum Safe sind außerdem wir anzusprechen, nicht als Krankenpfleger, mit denen um die Bedarfsmedikation gerungen wird, sondern als Menschen, die begreifen wollen, was los ist, denen ›zig andere Dinge als Entlastung, Überbrückung, vielleicht Lösung einfallen, am allerwenigsten aber Pillen. Und da alle BewohnerInnen, die mehr als zwei Wochen bei uns blieben, entweder von vornherein keine psychiatrischen Psychopharmaka schluckten (60%) oder aber diese plötzlich bzw. stufenweise im Weglaufhaus absetzten (40%), gibt es auch unter den MitbewohnerInnen ein großes Erfahrungspotenzial, wie es ›ohne‹ gehen kann und was überhaupt alles erst ›ohne‹ wieder geht. « (KEMPKER 1998, S. 277f.)

Bei der Psychopharmaka-Frage geht es dabei nicht um ein simples Pro oder Kontra; im Rahmen des von der Betroffenenbewegung eingeforderten Selbstbestimmungsrechts steht den einzelnen Betroffenen das Recht zu, eigenständig über den Nutzen dieser Substanzen zu entscheiden. 1997 wurde bei der Delegiertenkonferenz von ENUSP in Reading bei London ein Positionspapier zu Psychopharmaka einstimmig verabschiedet, in dem es heißt:

» Die Bewertung der Verabreichung bzw. Einnahme psychiatrischer Psychopharmaka ist ein ausgesprochen kontroverses Thema. Die Einnahme von Neuroleptika, Antidepressiva, Lithium, Antiepileptika (verabreicht als Psychopharmaka), Psychostimulantien (zu Dämpfungszwecken an Kinder verabreicht) und Tranquilizern kann zu Apathie führen, zu emotionaler Panzerung, Depressionen, Suizidalität, paradoxen Erregungszuständen, Verwirrtheits- und Delirzuständen, intellektuellen Störungen, Kreativitätseinbuße, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, epileptischen Anfällen, Schwächung des Immunsystems, Hormon- und Sexualstörungen, Chromosomen- und Schwangerschaftsschäden, Blutbildschäden, Störungen der Körpertemperaturregulation, Herzstörungen, Leber- und Nierenschäden, Haut- und Augenschäden, parkinsonoiden

Störungen, Hyperkinesien, Muskelkrämpfen, Bewegungsstereotypen u. v. m. Andererseits machten viele Betroffene die Erfahrung, dass sie innerhalb ihrer Lebensverhältnisse derzeit ohne diese Psychopharmaka nicht zurechtkommen. « (LEHMANN 1997, S. 10)

Zurechtkommen ist nicht unbedingt mit Recovery gleichzusetzen. Von Recovery im Sinne von Heilung zu sprechen, wenn diese von Neuroleptika bewirkt werden soll, ist mehr als problematisch. Psychiatrisch Tätige und Pharmakologen sprechen diesen Substanzen in der Regel seit Jahrzehnten keinerlei Heilwirkung zu. Selbst der Begriff der »antipsychotischen« Wirkung sei anfechtbar, da er die unwahrscheinliche Annahme nahelege, Neuroleptika wirkten

- » unabhängig von ihrer Sedierungs- und Entspannungs-Wirkung noch irgendwie anders, unmittelbar auf die Psychose. Die Wirkung der Neuroleptika ist nicht direkt davon abhängig, an welcher psychischen Grundkrankheit der Behandelte leidet. Neuroleptika sind nicht spezifische Heilmittel für bestimmte Krankheiten mit bestimmter Ätiologie « (BLEULER 1975, S. 164 f.).

Klaus Dörner und Ursula Plog gestanden 1980 die krank machende Wirkung von Neuroleptika ein. Diese Substanzen verwandeln die psychiatrischen Patienten »gleichsam in neurologische Patienten, mit dem Aussehen und der Behinderung von Parkinson-Kranken« (DÖRNER & PLOG 1980, S. 367). Zwölf Jahre später bekräftigen sie:

- » Wir verwandeln den seelisch leidenden vorübergehend in einen hirnororganisch kranken Menschen, bei der EKT nur globaler, dafür kürzer als bei der Pharmako-Therapie. « (DIES. 1992, S. 545)

Oft wird das Argument ins Feld geführt, mit der jeweils neuesten Generation von Psychopharmaka würde alles anders. Aber auch die modernen, sogenannten atypischen Neuroleptika haben nicht weniger unerwünschte Wirkungen. Gerhard Ebner, Präsident der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärzte und Mitglied des Advisory Board bei Janssen Cilag sagte zur Einführung des Risperdal Consta:

- » Es handelt sich nicht um weniger Nebenwirkungen, sondern um andere, die aber ebenfalls sehr einschneidend sein können, auch wenn sie von den Patienten nicht unmittelbar wahrgenommen werden, weswegen die Patienten leichter zur Einnahme dieser Antipsychotika motiviert werden können, da die quälenden Früh dyskinesien/extrapyramidalen Nebenwirkungen nicht oder nicht so stark auftreten. « (EBNER 2003, S. 30)

Neuroleptika oder Recovery

Die um durchschnittlich zwei bis drei Jahrzehnte herabgesetzte Lebenserwartung psychiatrischer Patientinnen und Patienten (ADERHOLD 2010) und die suizidale Eigenwirkung von Neuroleptika (LEHMANN 2012 a) sollten es für ernsthaft an Recovery-Prozessen interessierte psychiatrisch Tätige selbstverständlich machen, über Vorboten bleibender oder gar tödlich verlaufender Störwirkungen zu informieren, damit Angehörige, Pflegerinnen, Pfleger und Betroffene im Bedarfsfall rasch und angemessen reagieren können, Letztere nicht weiter schutzlos dem Risiko des frühzeitigen Todes ausgesetzt sind (LEHMANN 2012 b).

Oft unterbleiben vorsorgliche oder fortlaufende Kontrolluntersuchungen (Blutbild, Lipidprofil, Leberwerte, EKG, Augenhintergrund, EEG, Zungenruhighaltetest), behandlungsbedingte Krankheiten können sich unbemerkt entfalten. Rechtzeitig erkannt, ließen es insbesondere folgende neuroleptikabedingte Symptome angeraten erscheinen, sofort oder graduell abzusetzen, um einen Recovery-Prozess einzuleiten:

- Nachlassen des Antriebs und des Bedürfnisses zu sprechen und nach sozialen Kontakten: mögliche Vorboten eines Defizit-Syndroms
- Apathie, Willenlosigkeit und niedergedrückte Stimmung: mögliche Vorboten einer suizidalen Entwicklung
- innere Unruhe, Erregtheit, Sich-getrieben-Fühlen und Ängstlichkeit: mögliche Vorboten eines Delirs
- Pigmentveränderungen am Auge und Sehstörungen: mögliche Vorboten bleibender Schäden an Horn- und Netzhaut und am Sehnerv
- Muskelstörungen: mögliche Vorboten irreversibler Bewegungsstörungen
- erhöhte Leberwerte und Fettleber: mögliche Vorboten chronischer Gelbsucht und Leberschäden
- Prolaktinerhöhung: mögliche Verbote von Geschwulstbildungen in den Brustdrüsen, die sich zum Brustkrebs entwickeln können
- Übergewicht, Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck und Insulinresistenz (als Bedingungsfaktoren eines metabolischen Syndroms): mögliche Vorboten von chronischem Diabetes, schweren Gefäßkrankungen, Herzinfarkt oder Schlaganfall.

Dabei ist Betroffenen wie auch therapeutisch Tätigen anzuraten, sich vorher über die Risiken und Chancen des Absetzens zu informieren

und insbesondere bei längerer Einnahme nur stufenweise abzusetzen (LEHMANN 2008). Auch durch zu rasches Absetzen von Neuroleptika können sich bleibende Schädigungen entwickeln. Das Eintreten psychotischer Symptome beim Reduzieren kann auf sich ausbildende (organisch bedingte) Supersensitivitätspsychosen hinweisen, die durch die weitere Verabreichung von Neuroleptika zu chronische Psychosen werden und dann jeglichen Recovery-Prozess unmöglich machen können.

Mitglieder des Pflegepersonals, die an der Unterstützung von Recovery-Prozessen interessiert sind, könnten unerwünschte Psychopharmakawirkungen – mögliche Vorzeichen chronischer oder tödlicher Schädigungen – in der »Krankenakte« vermerken und den verantwortlichen Psychiater bitten, die Verordnung zu überdenken. Behandlerinnen und Behandler, die körperliche Schäden, eine Verminderung der Lebenserwartung oder den Tod durch Neuroleptika-Verabreichung für möglich halten (was bei Psychiaterinnen und Psychiatern aufgrund ihrer medizinischen Ausbildung vorauszusetzen wäre) und trotz Warnhinweisen an ihrer Behandlung festhalten, können sowohl zivil- wie strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden. Zivilrechtlich haben sie mit Klagen auf Schmerzensgeld (Genugtuung) und Schadenersatz zu rechnen, strafrechtlich mit Anklagen wegen eventualvorsätzlicher Körperverletzung oder gar ebensolcher Tötung. Eventualvorsatz, auch bedingter Vorsatz genannt, liegt nach herrschender Rechtsauffassung vor, wenn der Täter bzw. die Täterin den Taterfolg als Konsequenz seines Handelns ernsthaft für möglich hält, den Schaden in Kauf nimmt und sich damit abfindet. (Der Unterschied zwischen Vorsatz und Eventualvorsatz besteht lediglich darin, dass das Gericht das Strafmaß reduzieren kann.) Sollten Pflegerinnen und Pfleger trotz erheblicher Gefährdung der Behandelten nicht die Zivilcourage zu einem Vermerk in die psychiatrische Akte aufbringen, wäre es die Aufgabe von Angehörigen, Freundinnen und Freunden, einem Mitglied des Pflegepersonals – unter Zeugen! – eine schriftliche Beschreibung der wahrgenommenen Psychopharmakawirkungen mit der höflichen Bitte in die Hand zu drücken, das Dokument der »Krankenakte« beizufügen. Recovery kann nur stattfinden, wenn die Behandelten die Behandlung überstehen ...

Damit sind wir bei einem weiteren Punkt: Neuroleptika gehören nicht nur wegen der gravierenden Wirkungen ins Zentrum der Recovery-

Diskussion; sie können auch die Selbstheilungskräfte hemmen. Schon bei den ersten Selbstversuchen mit Neuroleptika hatten Psychiater den Eindruck, dass diese Substanzen möglicherweise zur Chronifizierung der Probleme beitragen. So schrieb Klaus Ernst von der Universitätsklinik Zürich, der zu Beginn der 1950er-Jahre systematische Selbstversuche mit dem Neuroleptika-Prototyp Chlorpromazin (derzeit im Handel als Chlorazin) an sich selbst und an seiner Ehefrau Cécile durchführte:

- » Wir sind uns aber klar darüber, dass das Mittel die gesamte und nicht nur die krankhafte Affektivität dämpft. Eine solch umfassende Dämpfung könnte vielleicht auch diejenigen Impulse erfassen, die Selbstheilungstendenzen entspringen. Einzelne freilich unkontrollierbare Eindrücke bei akut Erkrankten ließen uns sogar die Frage aufwerfen, ob nicht unter der medikamentösen Apathisierung eine Stagnation der psychotischen Entwicklung auftreten kann, die nicht bloß das Rezidivieren, sondern auch das Remittieren betrifft. « (zitiert nach ITTEN 2007, S. 254 f.)

Auch Antidepressiva gegenüber ist kritische Distanz angebracht – nicht nur wegen ihren teilweise massiven unerwünschten körperlichen, geistigen und psychischen Auswirkungen und des Risikos der körperlichen Abhängigkeit, sondern auch wegen der durch Rezeptorenänderungen verursachten Gefahr der Chronifizierung von Depressionen (ANDREWS et al. 2011; Patients 2011; RUFER 1995, S. 144).

Die Liste möglicher psychopharmakabedingter Schäden sollte im Blickfeld derer sein, die sich Gedanken machen, was Recovery-Prozesse ermöglicht oder verhindert. Negative Berichte über Psychopharmakawirkungen sind in einem Bereich jedoch wenig erwünscht, der von der Pharmaindustrie mit ihren finanziellen Interessen dominiert wird.

Diese Problematik zeigte sich in abgewandelter Form auch beim Kongress »Alternatives 2011 – Creating Our Own Communities of Wellness and Recovery («Alternativen 2011 – Unsere eigenen Gemeinschaften von Wohlbefinden und Genesung schaffen») in Orlando, Florida. Die Konferenz wurde mitfinanziert von der Abteilung für Suchtmittelmisbrauch und psychische Gesundheit (SAMHSA) beim Gesundheitsministerium der USA. Pamela Hyde, deren Leiterin, klagte in der Eröffnungsrede über die um durchschnittlich zwei bis drei Jahrzehnte verringerte Lebenserwartung psychiatrischer Patientinnen und Patienten, die unter anderem mit Fettleibigkeit und Krankheiten

wie Diabetes oder Herzstörungen zu kämpfen haben, und rief zum nationalen Dialog auf mit den Parolen »Psychische Gesundheit ist wesentlicher Bestandteil von Gesundheit – Behandlung ist wirksam – Prävention funktioniert – Leute genesen« (HYDE 2011). Ihre Behörde legte sogar Faltblätter verschiedener Verbände aus, unter anderem der American Heart Association und der American Stroke (Schlaganfall) Association zum Metabolischen Syndrom und zu Herzstörungen sowie der American Diabetes Association zum Leben mit Diabetes. In diesen Faltblättern wurden zwar alle möglichen Risikofaktoren aufgelistet; bezeichnenderweise wurden Psychopharmaka ausgespart. Zudem verteilte SAMHSA sogenannte KITs (Knowledge Informing Transformation; Wissen Informierung Umsetzung) zur Unterstützung von Recovery: Faltblätter mit Titeln wie »Krankheitsmanagement und Genesung – Informationen, Unterstützung und Fähigkeiten zur Verfügung stellen, um Recovery zu fördern« und mit allerlei Ratschlägen, zum Beispiel

- »Hilfstrategien für Menschen, die es vorziehen, Medikamente zu nehmen, die auf ihren individuellen Tagesablauf abgestimmt sind (...) Neue Strategien lernen, die ihnen helfen, ihre Symptome zu beherrschen, mit Stress umzugehen und ihr Leben wesentlich zu verbessern (...) Medikamente wirksam einzusetzen (...) Dieses KIT und all die evidenzbasierten Praxis-KITs sind recovery-orientiert – entwickelt mit dem Ziel, Menschen mit Verhaltensstörungen zu helfen, ein erfüllendes Leben zu führen und sich in die Gesellschaft einzubringen im Bestreben, das eigene Potenzial voll auszuschöpfen.« (SAMHSA 2011)

Hinweise für Kongressteilnehmerinnen und -teilnehmern (von denen ein Teil Psychopharmaka einnahm), dass all die genannten Gesundheitsprobleme Wirkungen von Psychopharmaka darstellen können, dass psychiatrische Medikamente gravierende, recovery-behindernde Wirkungen entfalten können, dass beispielsweise die Zyprexa-Herstellerfirma Eli Lilly 2005 ca. 690 Millionen US-Dollar Abfindung zur Beilegung von rund 8000 Klagen vor Gericht bezahlte, eingereicht von Menschen, die bei der Einnahme des Neuroleptikums Zyprexa Gewichtszunahme, Diabetes, andere Stoffwechselstörungen und Todesfälle beobachtet hatten (FRANK 2005), fehlten leider auch hier.

Widersprüche thematisieren

Von Recovery unter Ausblendung der Risiken psychopharmakologischer Psychopharmaka zu sprechen, dient den Interessen der Pharmaindustrie, die sich in marktwirtschaftlichen Gesellschaften verständlicherweise primär an Gewinnen orientiert. Ihre Produkte können so weiterhin umsatzfördernd als recovery-fördernde Mittel angepriesen werden. Mit dieser Herangehensweise wird das neue, tendenziell emanzipatorische Recovery-Konzept verbogen. Existenzielle Probleme vor Betroffenen, ihren Angehörigen, Betreuerinnen und Betreuern sowie der interessierten Öffentlichkeit werden verhüllt, die enthaltenen Widersprüche tabuisiert. Ein solcherart domestiziertes Recovery-Verständnis lässt sich gut in das herrschende Psychiatriesystem integrieren, ohne dass sich die Praxis ändern muss.

Einen Dialog, in dem Widersprüche thematisiert werden sollten, versuchte Juan Mezzich bei der WPA-Konferenz »Coercive Treatment in Psychiatry: A Comprehensive Review« (»Psychiatrische Zwangsbehandlung – Ein Überblick«) im Juni 2007 in Dresden einzuleiten. Dort hatten Judi Chamberlin und vor allem Dorothea Buck aufsehenerregende Grundsatzreden gehalten. Im Oktober 2007 schrieb Mezzich in »World Psychiatry«, die Rede Dorothea Bucks habe ein von der WHO unterstütztes Treffen mit vier Vertreterinnen und Vertretern von ENUSP und MindFreedom International (MFI) zur Folge gehabt, in dem Möglichkeiten eines dauerhaften Dialogs auf Kongressen und in anderen Settings eruiert wurden. Der WPA-Vorstand hatte seine Sitzung unterbrochen, um Dorothea Buck zuzuhören und sie anschließend zu ihrer Rede und Botschaft (Ernstnehmen des Psychoseinhalts, den Betroffenen zuhören, mit ihnen reden) zu beglückwünschen. In seinem Artikel »The dialogal basis of our profession: Psychiatry with the Person« (»Die dialogische Basis unseres Berufs: Psychiatrie mit der Person«) schreibt Mezzich:

- » Auf Grundlage ihrer persönlichen Geschichte kritisierte sie eine Psychiatrie, welche die Kommunikation mit Patienten vernachlässigt, und forderte den Wechsel zu einem Paradigma, das auf dem Erfahrungsschatz der Patienten basiert. Nach ihrem Vortrag dankte der WPA-Präsident Frau Buck für ihren klaren und bewegenden Vortrag. Bei einer unmittelbar anschließenden Pressekonferenz hatten die auf dem

Podium sitzenden Repräsentanten der WPA, des Europarats und der Betroffenenorganisationen mit Medienvertretern und der allgemeinen Zuhörerschaft einen lebhaften Austausch von Fragen, Antworten und Kommentaren. Ausführlich diskutierte man sowohl Themen, die auf den globalen Erfahrungen von Psychiatriebetroffenen basierten, als auch die Profile und die Verschiedenartigkeit ihrer Organisationen sowie zukünftige Gelegenheiten für das Fortsetzen des Dresdener Dialogs und für die Teilnahme von Betroffenen an den Aktivitäten der WPA und ihrer nationalen Mitgliedsgesellschaften. (...) Ein neu gestaltetes Arzt-Patienten-Verhältnis und die Entwicklung eines nachhaltigen Dialogs mit Patienten- und Betroffenengruppen (ebenso Trialoge inkl. Familien), der ihre vielfältigen Perspektiven respektiert, sind äußerst wichtig. « (MEZZICH 2007)

Allerdings informierte er später, dass, von Ausnahmen abgesehen, die Führungsriege der WPA keinen Dialog wolle (OAKS 2010). David Oaks, Geschäftsführer von MFI, bemerkte hierzu:

- » Aber das verblüffende Schweigen psychiatrischer Standesorganisationen, die es nicht schaffen, diese Menschenrechtsthemen zu thematisieren oder auch nur einen Dialog darüber führen zu wollen, bedroht die Glaubwürdigkeit und Zukunft des gesamten psychiatrischen Berufsstands. « (OAKS 2011, S. 197)

Werden recovery-erschwerende, -behindernde oder -verhindernde Störwirkungen von Psychopharmaka ignoriert, wird ein Dialog nur den Worten nach angekündigt, so ist das damit verbundene Recovery-Konzept nicht mehr ernst zu nehmen, Recovery wird zur Worthülse. Bestehende Widersprüche, die in den Dialog oder in Recovery-Konzepte eingehen müssten, liegen im gesamten psychosozialen Bereich: dort begangene Menschenrechtsverletzungen – an vorderster Stelle der Verstoß gegen das Recht auf Leben und auf körperliche Unversehrtheit –, offene und tabuisierte Schäden von psychiatrischen Psychopharmaka, speziell Neuroleptika, durch Elektroschocks verursachte Hirnschäden sowie sonstige Faktoren, die Recovery-Prozesse behindern. Recovery-Konzepte, die diese Faktoren auszuklammern versuchen, müssen als typischer psychiatrischer Etikettenschwindel betrachtet werden. Dabei liegt die Natur des Schwindels nicht im Begriff Recovery. Der Schwindel ist bei jenen anzusiedeln, die die recovery-behindernden Faktoren ausblenden wollen.

Anmerkung Die Übersetzungen aus englischsprachigen Quellen stammen von Peter Lehmann.

Peter Lehmann, Dipl.-Sozialpädagoge. Autor, Verleger und Versandbuchhändler in Berlin. 1987 Gründungsmitglied von PSYCHEX (Schweiz) und seither Vorstandsmitglied. Bis 2010 langjähriges Vorstandsmitglied des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen. 2010 Verleihung der Ehrendoktorwürde in Anerkennung des »außerordentlichen wissenschaftlichen und humanitären Beitrags für die Durchsetzung der Rechte Psychiatriebetroffener« von der Psychologischen Abteilung der Aristoteles-Universität Thessaloniki. 2011 Verleihung des Bundesverdienstkreuzes. Mehr siehe www.peter-lehmann.de

Literatur

ADERHOLD, V. (2010): Neuroleptika zwischen Nutzen und Schaden. Minimale Anwendung von Neuroleptika – ein Update, unveröffentlichtes Manuskript; im Internet unter www.bgt-ev.de/fileadmin/Medien-datenbank/Themen/Psychopharmakadebatte/Aderhold_Neuroleptika_update.pdf (Zugriff am 17.12.2011)

AMERING, M.; SCHMOLKE, M. (2012): Recovery – Das Ende der Unheilbarkeit, 5., überarbeitete Auflage. Bonn

ANDREWS, P. W.; KORNSTEIN, S. G.; HALBERSTADT, L. J.; GARDNER, C. O.; NEALE, M. C. (2011): Blue again: Perturbational effects of antidepressants suggest monoaminergic homeostasis in major depression, in: *Frontiers in Psychology*, Vol. 2, Artikel 159; im Internet unter www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3133866/?tool=pubmed (Zugriff am 26.05.2012)

ANTHONY, W. A. (1993): Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. In: *Psychosocial Rehabilitation Journal*, Vol. 16, Nr. 4, S. 11–23

BLEULER, E. (1975): Lehrbuch der Psychiatrie, 13., von M. Bleuler neu bearbeitete Auflage. Berlin, Heidelberg, New York

BOEVINK, W. (2003): Recovery: Mitreden – mitmachen – selbst aktiv werden. Wie in den Niederlanden Psychiatrie-Erfahrene Partizipation neu definieren. In: *Psychosoziale Umschau*, 18. Jg., Nr. 3, S. 37–39;

im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/selbsthilfe/recovery.htm (Zugriff am 13.06.2006)

BRACKEN, P. (2007): Jenseits von Modellen und Paradigmen. Eine radikale Interpretation von Recovery. In: LEHMANN, P.; STASTNY, P. (Hg.): *Statt Psychiatrie 2*. Berlin, Eugene, Shrewsbury, S. 418–420

BUCK-ZERCHIN, D.S. (2010): *Auf der Spur des Morgensterns – Psychose als Selbstfindung*, 3., erweiterte Auflage. Neumünster (Original 1990)

CHAMBERLIN, J. (1979): *On our own: Patient-controlled alternatives to the mental health system*. New York

DEEGAN, P.E. (1996): *Recovery and the conspiracy of hope*, Vortrag bei »There's a Person In Here«. 6. Annual Mental Health Services Conference of Australia and New Zealand in Brisbane, Australien, 16. September; im Internet unter www.patdeegan.com/pat-deegan/lectures/conspiracy-of-hope (Zugriff am 13.12.2011)

DÖRNER, K.; PLOG, U. (1980): *Irren ist menschlich*, Rehburg-Loccum

DÖRNER, K.; PLOG, U. (1992): *Irren ist menschlich*. 7. Auflage, Bonn

EBNER, G. (2003): *Aktuelles aus der Psychopharmakologie. Das Wichtigste vom ECNP-Kongress*. In: *Psychiatrie (Schweiz)*, Online-Ausgabe Nr. 1, S. 29–32; im Internet unter www.medpoint.ch/frame.asp?ru=document&ArtikelID=10116 (Zugriff am 23.12.2003)

FRANK, L.R. (1978): *The history of shock treatment*. San Francisco

FRANK, L.R. (2005): *Zyprexa: A prescription for diabetes, disease and early death*. In: *Street Spirit (San Francisco)*, Vol. 8, Nr. 8, S. 7 und 19; deutsche Übersetzung im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/frank_zyprexa.htm (Zugriff am 04.01.2009)

HILL, S.K. (2010): *They that sow in tears*. New York (Original 1969)

HYDE, P.S. (2011): *Supporting recovery: Challenges and opportunities*. Vortrag bei der Alternatives Conference, Orlando, Florida, 26.–30. Oktober; im Internet unter www.alternatives2011.org/storage/102611%20Alternatives%20Conference%20FINAL%2021.pdf (Zugriff am 13.12.2011)

ITTEN, T. (2007): *Psychotherapie statt Psychiatrie? Keine Qual der Wahl*. In: LEHMANN, P.; STASTNY, P. (Hg.): *Statt Psychiatrie 2*. Berlin, Eugene, Shrewsbury, S. 250–262

KEMPKER, K. (1998): *Erfolg in Zahlen? In: DIES. (Hg.), Flucht in die Wirklichkeit – Das Berliner Weglaufhaus*. Berlin, S. 270–279

KEMPKER, K. (2000): *Mitgift – Notizen vom Verschwinden*. Berlin

- KLAFKI, H. (2006): *Meine Stimmen – Quälgeister und Schutzengel. Texte einer engagierten Stimmenhörerin.* Berlin, Eugene, Shrewsbury
- LAHTI, P. (2008): Vorwort. In: LEHMANN, P. (Hg.): *Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern, 3., völlig neu bearbeitete Auflage.* Berlin, Eugene, Shrewsbury, S. 10–12
- LAUVENG, A. (2010): *Morgen bin ich ein Löwe – Wie ich die Schizophrenie besiegte.* München
- The legacy of Chicago's Abraham A. Low, MD (2002): *Recovery, Inc., an affordable mental health resource for patients.* Sonderdruck nach: *Chicago Medicine, Vol. 105, Winter, Nr. 1*
- LEHMANN, P. (1997): Einnahme psychiatrischer Psychopharmaka: Pro und Contra. In: *Rundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener, Nr. 2, S. 10–11*; im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pro_contra.htm (Zugriff am 18.12.2011)
- LEHMANN, P. (Hg.) (2008): *Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern, 3., völlig neu bearbeitete Auflage.* Berlin, Eugene, Shrewsbury
- LEHMANN, P. (2012a): About the intrinsic suicidal effects of neuroleptics: Towards breaking the taboo and fighting therapeutical recklessness. In: *International Journal of Psychotherapy, Vol. 16, Nr. 1, S. 30–49*; im Internet unter www.peter-lehmann-publishing.com/articles/lehmann/pdf/neuroleptics-suicide.pdf (Zugriff am 02.04.2012)
- LEHMANN, P. (2012b): Frühe Warnzeichen für chronische oder tödlich verlaufende neuroleptikabedingte Erkrankungen. In: *Allegro – Magazin psychisch beeinträchtigter Menschen (Zürich), Nr. 1, S. 34–38*; im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/warnzeichen-allegro.pdf (Zugriff am 10.04.2012)
- LEHMANN, P.; STASTNY, P. (2007): Einleitung. In: DIES. (Hg.): *Statt Psychiatrie 2.* Berlin, Eugene, Shrewsbury, S. 39–41
- MEZZICH, J.E. (2006): Grußwort. In: AMERING, M.; SCHMOLKE, M.: *Recovery – Das Ende der Unheilbarkeit. 3., völlig neu bearbeitete Auflage,* Bonn, S. 12–14
- MEZZICH, J.E. (2007): The dialogal basis of our profession: Psychiatry with the person. In: *World Psychiatry, Vol. 6, Nr. 3, S. 129–130*; im Internet unter www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2174591/ (Zugriff am 18.12.2011)

National Institute for Mental Health in England (NIMHE) (2005): NIMHE Guiding Statement on Recovery; im Internet unter www.psychminded.co.uk/news/news2005/feb05/nimherecovstatement.pdf (Zugriff am 13.12.2011)

OAKS, D. W. (2010): Persönliche Mitteilung

OAKS, D. W. (2011): The moral imperative for dialogue with organizations of survivors of coerced psychiatric human rights violations. In: KALLERT, T. W.; MEZZICH, J. E.; MONAHAN, J. (Hg.): Coercive treatment in psychiatry: Clinical, legal and ethical aspects. London, S. 187–211; im Internet unter www.mindfreedom.org/about-us/david-w-oaks/writing/ (Zugriff am 18.12.2011)

Patients who use anti-depressants can be more likely to suffer relapse, researcher finds (2011) In: ScienceDaily vom 19. Juli; im Internet unter www.sciencedaily.com/releases/2011/07/110719121354.htm (Zugriff am 24.01.2012)

PERKINS, R.; RINALDI, M. (2010): Das Leben wieder in den Griff bekommen – Ein Handbuch zur Planung deiner eigenen Recovery. 2. Auflage, Bern; im Internet unter www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/html/recovery.html (Zugriff am 15.06.2011)

RUFER, M. (1995): Glückspillen – Ecstasy, Prozac und das Comeback der Psychopharmaka. München

SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2011): Illness management and recovery. Faltblatt, HHS Publication Nr. SMA-10-XXXX, Rockville

STEIN, V. (2005): Abwesenheitswelten – Meine Wege durch die Psychiatrie. 3. Auflage, Tübingen (Original 1993)

STÖCKLE, T. (2005): Die Irren-Offensive – Erfahrungen einer Selbsthilfe-Organisation von Psychiatrieüberlebenden. Erweiterter Nachdruck der Originalausgabe von 1983. Berlin, Eugene, Shrewsbury

WATKINS, P. N. (2009): Recovery – wieder genesen können. Ein Handbuch für Psychiatrie-Praktiker. Bern