

Vom demoralisierenden Pessimismus zum vernünftigen Optimismus

Eine Annäherung an das Recovery-Konzept

Von Andreas Knuf

Was brauchen psychisch kranke Menschen um ein zufriedenes und hoffnungsvolles Leben führen zu können oder zu gesunden? Wie lässt sich der negative Einfluß einer Erkrankung überwinden, obwohl sie weiterhin anhält? Mit diesen Fragen hat sich die psychiatrische Wissenschaft und Praxis bisher kaum beschäftigt, stattdessen werden Ziele wie Symptomreduktion und Krisenprophylaxe verfolgt. Unter dem Begriff "Recovery" hat sich in Ländern wie den USA und Neuseeland ein neues Behandlungskonzept durchgesetzt, das Gesundung für möglich hält und die Perspektive eines zufriedenen Lebens auch bei sogenannten "Chronischen Patienten" nicht aus den Augen verliert.

Stellen sie sich einen Baum im winterlichen Januar vor: Nur kahle Äste, grau und trist, nach aussen keine Spur von Leben. Man ist verleitet, diesen Baum für tot zu halten, kann sich kaum vorstellen, dass schon in einigen Monaten das Leben in ihm wieder pulsiert.

Genau so ergeht es der Psychiatrie mit langzeitkranken Menschen: Gilt jemand erst als „chronisch“ krank, dann hält es kaum noch jemand für möglich, dass der Betroffene die negative Wirkung der Erkrankung ablegen kann, verloren geglaubte Fähigkeiten wiedererlangt und schließlich ein zufriedenes Leben führt oder gar gesundet.

Der Baum wird wieder erwachen, die Blätter werden wieder spriessen, ganz gleich ob wir das für möglich halten und daran glauben oder nicht. Bei psychisch kranken Menschen ist das allerdings etwas anders: Gesundung, so der Recovery Ansatz, kann nur gelingen, wenn Betroffene, Fachpersonen und Menschen der Umgebung ihre Hoffnung darauf aufrechterhalten. Andernfalls wird der Betroffene aufgeben, wird seine Motivation verlieren und sich in das Schicksal und die Identität eines „chronisch Kranken“ einfügen.

Der englische Begriff „Recovery“ könnte mit Genesung oder Wiedererlangung von Gesundheit übersetzt werden, ein wirklich treffender deutschsprachiger Begriff ist noch nicht gefunden. Was braucht ein Mensch, damit es ihm gelingt, seine

Erkrankung zu überwinden oder trotz bestehender Erkrankung ein erfülltes und hoffnungsvolles Leben zu führen? Eine absolut banale Frage ist das; sie wird innerhalb der klassischen Psychiatrie jedoch so gut wie nie gestellt. Der Patient soll symptomfrei werden, soll hinreichend Krisenprophylaxe betreiben, soll beruflich rehabilitiert werden – das sind die Ziele der klassischen Psychiatrie. Hinter diesen letztlich „mageren“ Behandlungszielen verbirgt sich bei schweren psychischen Erkrankungen die Chronifizierungshypothese sowie der Unheilbarkeitsansatz, beides ist wissenschaftlich heute nicht mehr haltbar. Aus Recovery-Sicht sind die klassischen Behandlungsziele vollkommen unzureichend. Sie bewirken beim Betroffenen Unzufriedenheit und fördern neue Krisen. Zufriedenheit, Wohlbefinden und eine positive Auseinandersetzung mit der Krankheitserfahrung sind für die klassische Psychiatrie keine Therapieziele. Dagegen wenden sich die Betroffenen zu recht. Sie weigern sich beständig, ein „vita minima“ zu führen, sie wollen mehr, nämlich zufrieden trotz ihrer Erkrankung leben.

Die ersten Vertreter des Recovery-Ansatzes waren Betroffene, die von professioneller Seite als „chronisch psychisch krank“ bezeichnet wurden, die sich mit dieser negativen Prognose aber nicht abfinden wollten. Trotz negativer Prognose gelingt es psychiatrie- bzw. psychoseerfahrenen Menschen immer wieder, ihre Krankheit soweit zu bewältigen, dass sie psychisch stabil leben können, teilweise beruflich sehr erfolgreich sind und sich selbst als zufrieden beurteilen. Wovon es abhängt, ob es zu einer solchen „gewendeten Biographie“ (Kalle Pehe) kommt, ist im psychiatrischen Kontext bisher kaum bekannt. Betroffene müssen häufig die Erfahrung machen, dass sie von professioneller Seite bei ihrem Versuch, die Krankheit zu überwinden, zumeist keine Unterstützung erhalten. Sie müssen feststellen, dass sich die Psychiatrie für die positiven Wege von Betroffenen kaum interessiert, dass Fachleute zwar helfen Symptome zum abklingen zu bringen, dass die Betroffenen bei der weiteren Auseinandersetzung (und möglichen Loslösung) von der Erkrankung aber allein gelassen werden. Aktuelle Forschung zur Lebensqualität psychisch kranker Menschen zeigt eindrücklich, dass ihre Zufriedenheit nicht in erster Linie davon abhängt, ob die Symptome abgeklungen sind, ob ihre Wohnsituation befriedigend ist oder ob genügend Freizeitangebote zur Verfügung stehen. Vielmehr geht es eher darum, inwiefern sie sich gesellschaftlich integriert fühlen, ihre Krankheit aktiv angehen können, eine sinnhafte Perspektive in ihrem

Leben sehen usw. (Baer et al. 2003). Bei all diesen Anliegen bietet die klassische Psychiatrie kaum Unterstützung.

Was ist Recovery?

Von verschiedenen AutorInnen (Anthony, 1993; Deegan, 1988) wurde das Recovery-Konzept wie folgt beschrieben:

Recovery ist ein Prozess der Auseinandersetzung des Betroffenen mit seiner Erkrankung, der dazu führt, dass er trotz seiner psychischen Probleme in der Lage ist, ein zufriedenes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen. Es ist mehr als die Bewältigung von Symptomen, auch bedeutet es nichtunbedingt vollständige „Heilung“, denn in den meisten Fällen besteht die Erkrankung bzw. Verletzlichkeit fort, der Betroffene führt aber trotzdem ein zufriedenes Leben. *Es geht damit darum, den negativen Einfluss einer psychischen Erkrankung zu überwinden, obwohl sie weiterhin anhält.* Recovery bedeutet die Veränderung einer Person durch die Erkrankung. Nicht: „Früher war ich gesund, zwischendurch war ich krank, jetzt bin ich wieder gesund.“ Sondern: „Mit mir ist etwas passiert, ich bin nicht mehr derselbe wie vor der Erkrankung.“ Betroffene machen durchaus die Erfahrung, durch die Erkrankung über sich hinauszuwachsen und ein neues Gefühl von Bedeutung und Sinn im Leben zu entwickeln. Recovery ist für jeden Menschen unterschiedlich, ebenso die Wege dies zu erreichen. Obwohl der Recovery-Prozess sehr individuell ist, so werden doch vor allem von Betroffenenenseite immer wieder ähnliche Elemente genannt. Wichtige Elemente sind (Deegan, 2003): 1. Hoffnung 2. Eine positive Identität gewinnen 3. Sich von den psychiatrischen Labels loslösen 4. Symptome beeinflussen 5. Ein Unterstützungssystem aufbauen 6. Sinn und Bedeutung im Leben gewinnen. Bei einigen dieser Elemente liefert das professionelle Hilffsystem keine Unterstützung. Recovery kann sich entwickeln mit, ohne oder trotz psychiatrischer Hilfen.

In Ländern wie Neuseeland oder den USA ist die Idee des Recovery zu einem zentralen Konzept reformorientierter Fachpersonen sowie von Betroffenenvertretern geworden. Das gegenwärtig sehr aktuelle und viel diskutierte Empowerment-Konzept ist letztlich Teil von Recovery. Die Entwicklung von Selbsthilfe und Selbstbestimmung sind natürlich kein Selbstzweck, sondern sie haben das Ziel, dem Betroffenen eine positive Auseinandersetzung mit seiner Erkrankung zu ermöglichen. Empowerment dient damit dem Recovery.

Einige wichtige Unterscheidungsmerkmale zwischen der klassischen Psychiatrie und dem Recovery Ansatz sind in folgender Tabelle zusammengefasst:

Tabelle 1

Viele gegenwärtige Behandlungskonzepte, vor allem der Sozialpsychiatrie, befinden sich mit ihren Einstellungen zwischen den Standpunkten der klassischen Psychiatrie und denen des Recovery-Konzepts. Faktoren wie Hoffnung oder Selbstverantwortung werden aber oft noch viel zu wenig betont. Ich möchte mit meiner Kritik an der klassischen Psychiatrie nicht mißverstanden werden: Mit ihrem Ziel der Symptomreduktion und der Krisenprophylaxe schafft sie in vielen Fällen erst die Voraussetzung für Recovery, auch die Medikamente leisten häufig einen wichtigen Beitrag dazu. Diese Hilfe wird jedoch zur Chronifizierungs- und Drehtürfalle, wenn Betroffene darüber hinaus keine Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit ihrer Krankheitserfahrung erhalten.

Darf man von Gesundheit sprechen?

Die Gesundheit von psychisch kranken Menschen scheint in der Psychiatrie schon fast ein Tabu zu sein. Dabei müsste sie doch eigentlich das höchste Ziel psychiatrischer Behandlung sein. Ein Begriff wie Gesundheit oder gar Heilung darf man nach meiner Erfahrung im psychiatrischen Kontext nur mit äußerster Vorsicht verwenden. Sofort muss man sich den Vorwurf gefallen lassen, man mache den Betroffenen unberechtigte Hoffnungen, fördere nur seine ja immer wieder vorhandene Krankheitsuneinsichtigkeit und bewirke, dass jemand seine Medikamente ablehnen werde.

Dorothea Buck, die heutige Ehrenvorsitzende des Bundesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen (BPE) musste sich von professioneller Seite tatsächlich anhören, sie könne nicht an einer Schizophrenie erkrankt sein, wenn sie trotz mehrmaliger Krisen jetzt symptomfrei lebe und zu einem Engagement in der Lage sei, wie sie es praktiziere. Die Möglichkeit einer Gesundheit, eines Recovery bei der Schizophrenie, wird von einigen Vertretern der klassischen Psychiatrie dermassen verleugnet, dass nachträglich die Diagnose in Frage gestellt wird, wenn der Betroffene wider Erwarten doch gesundet. Eine wissenschaftliche Begründung für diese absurde Haltung ist

weit und breit nicht in Sicht. Für viele Betroffene ist Dorothea Buck auch deshalb so wichtig geworden, weil sie als Person für die Möglichkeit steht, zu gesunden und mit der Erkrankung gut zurecht zu kommen.

Während vor allem in Psychiatrischen Kliniken wenig über die Möglichkeiten einer positiven Bewältigung der Erkrankung gesprochen wird, ist das beispielsweise in Psychoseseminaren immer wieder Thema. Dort finden sich auch häufig Menschen, die von positiven Wegen aus psychotischen Krankheitsphasen berichten, die sich heute als stabil und relativ gesund erleben, auch wenn sie sich ihrer Verletzlichkeit durchaus bewusst sind. Die meisten Betroffenen dieser Gruppe bemühen sich sehr darum, nicht wieder in Kontakt mit der Psychiatrie zu kommen. Sie erleben die Psychiatrie für ihren Gesundungsweg nicht als hilfreich, sondern geradezu als schädlich. Fachpersonen in psychiatrischen Einrichtungen haben daher zumeist wenig Möglichkeit, Betroffene kennenzulernen, die ihre Erkrankung gut bewältigen. Dies führt zu einer einseitig-negativen Wahrnehmung von psychischen Erkrankungen durch Fachpersonen. Aufgrund dieses Stichprobenfehlers wird der psychiatrische Pessimismus mit aufrechterhalten.

Ein Grund dafür, dass Gesundung zum Tabu geworden ist, mag die Angst der Psychiatrie vor der mangelnden Bereitschaft zur Behandlung und zur Medikamentencompliance sein. Wer über Gesundung nachdenkt, der könnte auf die Idee kommen, er brauche keine Medikamente mehr. Mit dem Ziel, die Compliance zu fördern, wird den Betroffenen daher ein Chronifizierungsmodell ihrer Erkrankung vermittelt. Es wird erwartet, dass sich Betroffene eher helfen lassen, wenn sie die Zukunft mit Erkrankung düster sehen. Dem ist aber nicht zwangsläufig so, denn vielfach führt eine negative Prognose und die Angst vor Chronifizierung auch zu Resignation und Krankheitsverleugnung, was wiederum eine Ablehnung der Behandlung sowie Chronifizierungsprozesse zur Folge haben kann. Zwischen Fachpersonen und Betroffenen kommt es dann zu einer „Konfrontations-Verleugnungs-Falle“. Je mehr der Betroffene konfrontiert wird, je stärker wird seine Verleugnung. Je stärker der Betroffene die Behandlung ablehnt oder seine Erkrankung in Frage stellt, um so düsterer wird das Bild, welches ihm Fachpersonen und Angehörige von seiner Erkrankung vermitteln.

Die gegenwärtige Psychiatrie behauptet von sich, zunehmend ressourcenorientiert zu arbeiten. Es werden Anstrengungen unternommen, um den Klienten dabei zu

unterstützen, seine (verschütteten) Fähigkeiten wieder zu entdecken und zu nutzen. Fachpersonen bemühen sich zudem darum, ihren eigenen Blick für diese Fähigkeiten zu fördern. Letztlich bleibt die psychiatrische Arbeit jedoch defizitorientiert, wenn das Ziel professioneller Bemühungen defizitorientiert ist. Was nützt eine ressourcenorientierte Wahrnehmung, wenn es nur darum geht, Symptome zum Abklingen zu bringen? Ressourcenorientierung muss immer auch vom Ziel her gedacht werden!

Hoffnung und Mut

Hoffnung ermöglicht erst Recovery. Ohne Hoffnung kommt es nicht einmal dazu, dass sich der Betroffene oder die Menschen seiner Umgebung Vorstellungen über ein zufriedenes und erfülltes Leben oder über eine deutliche Besserung der Symptomatik machen. Hoffnung öffnet den Horizont der Möglichkeiten, ein Mangel an Hoffnung vernichtet Recovery-Chancen. Damit ist Hoffnung die Bedingung der Möglichkeit, das Fundament, ohne das Recovery nicht verwirklicht werden kann. Wie kann es sein, dass Psychiatrische Kliniken „Orte der Angst (sind) für Menschen, die auf Hoffnung angewiesen sind“ (Werner, 1999), wie selbst Klinikleiter eingestehen müssen?

Hoffnung hat nichts zu tun mit einem leichtfertigen „Das wird schon wieder.“ Es geht auch nicht um übertriebene oder „falsche“, sondern um „positive Hoffnung“, um eine Offenheit für Möglichkeiten. Hoffnung ist auch nicht fatalistisch, sondern geht vielmehr davon aus, dass ganz bestimmte positive Bedingungen eine Veränderung in Gang setzen können. Hoffnung ist eine Haltung, eine Atmosphäre, eine Art und Weise wie ich als Fachperson den betroffenen Menschen betrachte und wie ich ihm in der Folge begegne. Betroffene betonen (Deegan, 1996) wie wichtig für sie Menschen ihrer Umgebung waren, die an sie geglaubt haben, die die Hoffnung nicht verloren haben und ihnen damit eine Art „stellvertretende Hoffnung“ vermitteln konnten. Dies scheint ein wichtiger Faktor zu sein, um Recovery-Wege überhaupt in Gang zu bringen. Fachpersonen sollten sich darüber im klaren sein, dass ihre Hoffnung etwas zählt. Wenn sie die Hoffnung auf Veränderung bei ihren Klienten aufgeben, dann ist vielleicht alle Hoffnung verloren.

Wie aber sähe eine Haltung von vernünftigerem Optimismus aus, anstelle von demoralisierendem Pessimismus? Sie wäre an der Realität ausgerichtet, vielleicht

sogar ein kleines bisschen positiver als die Realität, eben offen für Möglichkeiten. Sie dürfte nicht unrealistisch positiv sein und würde nichts versprechen. Andernfalls entstünden eben doch „falsche“ Hoffnungen, die wiederum demoralisierend wirken können, wenn sie sich als unerfüllbar erweisen. Auf keinen Fall aber dürfen Fachleute eine Position einnehmen, die negativer ist, als es uns die Realität vorgibt. So werden Mut und Hoffnung zerstört. Die Geschichte der Einschätzung der Prognose psychiatrischer Erkrankungen ist allerdings in weiten Teilen eine Geschichte von demoralisierendem Pessimismus. Ein Beispiel ist die Einschätzung von Emil Kraepelin, die Schizophrenie führe zu einer „vorzeitigen Verblödung“ oder die bis in die 70-er Jahre aufrechterhaltene Einschätzung, die Schizophrenie nehme zumeist einen negativen Ausgang. Aber auch in der Gegenwart ist dieser Pessimismus weiterhin aktiv, etwa in der fast noch gegenwärtigen Einschätzung, Borderline-Betroffene seien letztlich nicht behandelbar.

Betroffene wehren sich zu recht auch gegen individuelle negative Prognosen wie „Sie werden nie wieder arbeiten können.“ oder „Sie werden bis zum Ende ihres Lebens Medikamente nehmen müssen.“ Prognosen basieren lediglich auf statistischen Wahrscheinlichkeiten. Damit lässt sich für den Einzelfall nie eine absolute Prognose abgeben. Individuelle Prognosen sind wissenschaftlich nicht haltbar. Es ist fachlich unsinnig und menschlich verwerflich, etwa einer jungen erstmalig an einer Psychose erkrankten Schauspielerin zu sagen, sie werde nie wieder auf einer Bühne stehen können. Betroffene merken sich solche Einschätzungen nur zu gut. Immer wieder treffe ich auf Menschen, die vor 10 oder vielleicht schon vor 20 Jahren eine solche Prognose gestellt bekommen haben und diese bis heute nicht vergessen konnten. Traumatisch haben sich solche Einschätzungen manchmal in das Gedächtnis des Betroffenen eingebrannt. Betroffene können dann die damaligen Worte des Behandlers teilweise noch im Wortlaut exakt wiedergeben.

Wie lässt sich Recovery fördern?

Für die professionell-psychiatrische Arbeit hat der Recovery-Ansatz zahlreiche sehr weit führende Konsequenzen. Auch wenn der Begriff Paradigmenwechsel mehr als überstrapaziert ist, eine Hinwendung zum Recovery wäre ein wirklicher Paradigmenwechsel. Es macht einen grossen Unterschied, ob das Ziel

professioneller Arbeit darin besteht, Symptome zum Verschwinden zu bringen und eine „Alltagstauglichkeit“ des Betroffenen wieder herzustellen, oder ob die Behandler die Möglichkeit von Gesundheit vor Augen haben und Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit der Erkrankung zu bieten. Wenn es mir gelingt, in einem langzeitkranken Menschen das Potential für eine Veränderung hin zur Gesundheit wahrzunehmen, dann ändert sich mein ganzer Umgang mit ihm und auch unsere Beziehung. Er wird wahrnehmen, dass ich in ihm nicht nur den „chronisch Kranken“ sehe, sondern auch einen Keim für das Erwachen all der durch die Krankheit verdeckten Fähigkeiten und Möglichkeiten. Allein durch diese veränderte Haltung wird es Veränderungen in der therapeutischen Arbeit geben. Von professioneller Seite gibt es vieles zu tun, einige für mich wichtige Punkte sind:

- Wir brauchen mehr Wissen darüber, wie Gesundungsprozesse ablaufen, und durch welches professionelle Handeln Gesundheit gefördert bzw. behindert wird. Um das zu erfahren müssen wir mit den Betroffenen und Angehörigen in einen Dialog darüber treten.
- Wir sollten realisieren, wie wichtig Hoffnung und eine positive Zukunftsperspektive für die Motivation und für die psychische Gesundheit unserer Klienten sind. Wir sollten lernen, wie wir Hoffnung und positive Perspektiven bei unseren Klienten fördern können und wie wir selbst uns unsere Hoffnung bei unseren Klienten erhalten können.
- Wir sollten uns nicht mit den defizitorientierten Minimalzielen der klassischen Psychiatrie zufrieden geben. Unsere Klienten haben Anspruch auf eine ganzheitliche Behandlung, deren Ziel nur in einer möglichst positiven Krankheitsverarbeitung (-Integration) bestehen kann. Wir sollten lernen, wie solche Prozesse ablaufen und von professioneller Seite unterstützt werden können.
- Wir sollten uns hüten vor individuellen negativen Prognosen („Sie werden nie wieder arbeiten können.“ „Sie werden früher oder später ins Heim kommen.“ „Sie werden lebenslang Medikamente nehmen müssen.“)

Zum Schluss möchte ich ihnen von einer Erfahrung einer Bekannten berichten, die bei mir ein Aha-Erlebnis bewirkt hat: Meine Bekannte war im 6. Monat schwanger als es schwerwiegende Schwangerschaftskomplikationen gab. Schliesslich kam ihr Sohn

unter dramatischen Umständen in einer Spezialklinik auf die Welt. Es begann eine Zeit, in der er über mehrere Wochen um sein Leben kämpfte. Für sie ging es in dieser schweren Zeit darum, mit der Angst fertig zu werden, nicht zu verzweifeln und die Hoffnung auf ein gesundes Kind nicht aufzugeben. Auf den Fluren der Klinik waren Berichte und Fotos von Müttern aufgehängt, die ebenfalls in dieser Klinik behandelt worden waren und deren Kinder lebten und gesund waren. Die Mitarbeiter der Klinik hatten alle ehemaligen Patienten gebeten, ihre Erfahrungen aufzuschreiben. Diese Fotos und Berichte, so schilderte meine Bekannte, seien für sie eine der wichtigsten Stützen in dieser schwierigen Zeit gewesen. Sie hätten ihr immer wieder Mut gemacht und die Kraft gegeben, für ihr Kind da zu sein. Wie gesagt, ich bin bei dieser Schilderung sehr nachdenklich geworden. Ich habe mich gefragt, wie lange es wohl noch dauern wird, bis in psychiatrischen Kliniken von positiven Krankheitsverläufen berichtet wird, bis gesündete Betroffene anderen Mut machen und bis die Psychiatrie einsieht, dass negative Prognosen zu selbsterfüllenden Prophezeihungen werden können?

Tabelle 1: Vergleich des Recovery-Ansatzes mit der klassischen Psychiatrie

	Recovery-Ansatz	Klassisches Psychiatrie
Ziele	Ein zufriedenes und erfülltes Leben; vollständige gesellschaftliche Integration; Gesundung	Symptomreduktion, Rückfallprophylaxe, berufliche Wiedereingliederung
Perspektive	Zufriedenes Leben ist für alle Betroffenen möglich, manchmal gelingt auch eine völlige Gesundung von der Erkrankung und deren Folgen	Keine „falschen Hoffnungen“ machen; „vita minima“ muss hingenommen werden; wer keine Symptome hat, kann froh sein
Hilfen	Alle Hilfen, die das Wohlbefinden, die individuelle Bewältigung der Erkrankung und die Auseinandersetzung damit fördern; Peer-Support erhält hohe Bedeutung	Klassisches psychiatrisches Angebot; Fokus auf Medikation
Hoffnung	Wird als Voraussetzung und wichtiger Entwicklungsschritt für Recovery verstanden; ihre Förderung ist Auftrag für professionelle Arbeit	Bezieht sich lediglich auf die Wirkung der Medikamente und der übrigen Behandlung, ansonsten keine besondere Bedeutung
Selbsthilfe	Selbsthilfe ist zentral für den Recovery-Prozess, ohne Selbsthilfe ist Recovery nicht möglich; Selbsthilfeförderung ist selbstverständliches Element jedes Behandlungsangebots	Selbsthilfe trägt zur Symptomreduktion wenig bei und wird von professioneller Seite kaum gefördert
Selbstverantwortung	Uebernahme von Selbstverantwortung ist wichtiger Entwicklungsschritt für Betroffene; ihre Förderung ist Auftrag für die professionelle Arbeit; Selbstverantwortung bedeutet auch, den eigenen Anteil an der Aufrechterhaltung der Erkrankung anzuerkennen	Hilfe erfolgt durch Medikation und Behandlung; Selbstverantwortung kann die Compliance reduzieren und die Behandlung erschweren und wird daher nicht gefördert, sondern durch einseitige biologische Erklärungsmodelle eher behindert

Literatur:

Anthony, W. A. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4), 11-23.

Baer, N., Domingo, A. & Amsler, F. (2003). *Diskriminiert. Gespräche mit psychisch kranken Menschen und Angehörigen zur Qualität des Lebens*. Psychiatrie-Verlag. Bonn.

Deegan, G. (2003). Discovering Recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26 (4), 368-376.

Deegan, P. (1988). Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11.4, 11-19.

Deegan, P. (1996). Recovery and the Conspiracy of Hope. Abrufbar im Internet: <http://www.bu.edu/resilience/examples/deegan-recovery-hope.pdf>.

Werner, W. (1999). „Je normaler die Lebensbedingungen, um so normaler benimmt sich der Mensch!“ Interview, *Psychologie Heute* 11/99, 62-65.