

Recovery und Empowerment

Univ.Prof. Dr. Michaela Amering
Universitätsklinik für Psychiatrie and
Psychotherapie
Medizinische Universität Wien

michaela.amering@meduniwien.ac.at

25 Jahre Soteria Bern

Herzlichen Glückwunsch!

Empowerment und Recovery

∅ Recovery durch Empowerment

∅ Empowerment durch Recovery

Empowerment

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an **Selbstbestimmung** über ihre Lebensumstände und Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (*Ottawa Chart der WHO, 1991*)

**„Rechte ohne Ressourcen zu besitzen ist ein
grausamer Scherz“**

(Rappaport, 1985)

Recovery

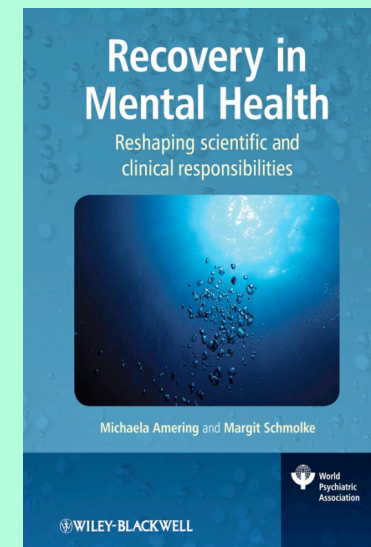
Recovery-Orientierung ist heute gesundheitspolitische Vorgabe für die Psychiatrie in den englischsprachigen Ländern (USA, CAN, UK, AUS u.a.)

Die USA Präsidentenkommission formuliert 3 Haupthindernisse für

,... vollen Zugang zu effektiven Behandlungen und Unterstützungen zur vollen Teilhabe am Leben in der Gemeinde‘:

- 1. Fragmentierung der Finanzierung**
- 2. Ungleichbehandlung im Versicherungssystem**
- 3. Stigma und Diskriminierung**

Amering & Schmolke, 2009



Recovery-Orientierung

Schlüsselbereiche

- 1. Empowerment im eigenen Leben spüren**
- 2. Selbstwahrnehmung bezüglich Wissen über psychische Störungen und deren Behandlung**
- 3. Zufriedenheit mit Lebensqualität**
- 4. Hoffnung und Optimismus**

Resnick, Fontana, Lehmann, Rosenheck, 2005

Recovery-Orientierung

Schlüsselbereiche

Empowerment hier konzipiert als:

- § Möglichkeit Verantwortung für eigene Entscheidungen zu übernehmen
- § Verantwortung für Behandlungen übernehmen
- § Die Wahrnehmung, dass die Behandlung und die BehandlerInnen im Einklang mit den eigenen Zielen stehen

... erklärt den grössten Teil der Varianz im Recovery-Modell

Resnick et al, 2005

Recovery Orientierung

Schlussfolgerung

**„Diejenigen mit einer stärkeren Recovery-Haltung profitieren
möglicherweise mehr von Behandlung und von Rehabilitation als
die mit einer schwächer ausgeprägten Recovery-Haltung.“**

**Das unterstreicht nochmals wie wichtig es ist, Recovery-Orientierung
in Behandlungsangeboten und unter Profis zu verbreiten. “**

Resnick, Fontana, Lehmann, Rosenheck, 2005

**Consumer and Case Manager Perspectives of Service
Empowerment: Relationship to Mental Health Recovery**
Crane-Ross, Lutz, Roth, 2006

- § **Empowerment bezüglich Behandlung ist ein wesentlicher Prädiktor von Recovery.**
- § **Die Einschätzung der NutzerInnen hat stärkere Vorhersagekraft als die Einschätzung der professionellen HelferInnen.**
- § **Die Daten zeigen bedeutsame Unterschiede zwischen den Einschätzungen der NutzerInnen und der der professionellen HelferInnen.**

Neue Herausforderungen für die Zusammenarbeit von Betroffenen und Profis: Empowerment and Recovery

- Ø Einbeziehung der Betroffenen auf allen Ebenen
(Politik, Angebote, Forschung, Lehre)
- Ø Empowerment
- Ø Recovery
- Ø Neue Formen der Zusammenarbeit
*(z.B. Krankheits-Selbstmanagement, PatientInnen
als ExpertInnen, geteilte Entscheidungsfindung,
,personal diagnosis', Krisenpläne,
Behandlungsvereinbarungen, Vorausverfügungen)*

Recovery als Ergebnis

Soziales Leben

versus

Symptome

Sinnerfülltes Leben

versus

Inanspruchnahme fachlicher Hilfe

Recovery – ein Prozess

- § **Hoffnung** (*Ressourcenorientierung, individuelle Ziele, positive prognostische Einschätzung*)
- § **Heilung** (*Selbstgefühl unabhängig von der Erkrankung finden, Selbstachtung, Selbstwertgefühl, Kontrolle*)
- § **Empowerment** (*Autonomie, Verantwortung*)
- § **Gesellschaftlichen Anschluss** (*soziale Inklusion*)

Jacobson and Greenley, 2001

Recovery - Kontext

**Menschenrechte/BürgerInnenrechte/
PatientInnenrechte**

Recovery-Orientierung der Hilfeangebote

Recovery-Orientierung der Hilfeangebote

- **Personenzentrierung anstatt Institutionszentrierung**
Lebensfeldorientierung, Kontinuität, Multidisziplinarität, Mobilität
- **integrative Behandlung**
- **distale UND proximale Interventionen**
Watts and Priebe, 2003
- **Zusammenarbeit FÜR Veränderung**
- **Selbsthilfe und Interessensvertretung**

Neue Formen der Zusammenarbeit

- Ø **Krankheits-Selbstmanagement**
- Ø **PatientInnen als ExpertInnen**
- Ø **geteilte Entscheidungsfindung**
- Ø **„Personal Diagnosis“**
- Ø **Krisenpläne, Behandlungsvereinbarung**
- Ø **Vorausverfügungen**
- Ø **Alternativen zur Krisenintervention**

Therapeutische Beziehung und psychiatrische Erkrankung

- ü Prädiktor für outcome in unterschiedlichen diagnostischen Gruppen und Settings
- ü Grosser allgemeiner Faktor, der 2/3 der Varianz erklärt
 - ? spezifische Faktoren

McCabe & Priebe, 2004

Therapeutische Beziehung Akutsituation

- ... Die Qualität der Beziehung mit den KlinikerInnen in der **Akutaufnahmesituation** ist entscheidend für die Haltung gegenüber der weiteren Behandlung....
- ... Forschungsergebnisse unterstützen die Bedeutung eines Patienten-zentrierten Zugangs, bei dem die Profis sich **aktiv** darum bemühen, die **Perspektive der PatientInnen** kennenzulernen und gleichberechtigte Zusammenarbeit zu finden....

Day et al, Arch Gen Psychiatry, 2005

„Jemand, der an uns geglaubt hat, hat uns zur Gesundheit geholfen “

Dan B. Fisher, M.D., Ph.D.

„eine Ärztin, die an mich geglaubt hat. Sie hat nie aufgegeben. Sie war die einzige, die nicht aufgegeben hat... “

„... Hat mich motiviert weiterzukämpfen. Gib nicht auf. Lass nicht die anderen sich durchsetzen. Kämpf einfach weiter. “

„Sie hat an mich geglaubt. ... Sie schickte mir eine Karte ‚mach‘s weiter so gut!‘ Sie hat etwas in mir gesehen. Von Anfang an hat sie mir gesagt, dass vieles für mich spricht. Sie hat mir Mut gegeben und mich angespornt.“

Die Rolle der Profis in einem recovery-Prozeß

- ü **Gegenseitig die Menschlichkeit erkennen (Respekt, gesehen werden – als krank UND als gesund)**
- ü **Zur Verfügung stehen im Alltag**
- ü **Zu erfahren, was therapeutisch ist**
- ü **Die Hoffnung am Leben halten**
- ü **Regeln brechen**

Die Rolle der Profis in einem Recovery-Prozeß

- ü **Beziehung beruhend auf Gegenseitigkeit**
- ü **Erkennen und Stärken von Resilienz**
- ü **Personen-zentriert statt krankheits-zentriert**

? **Evidenz-basiert *versus* Personen-basiert**

? **Definition von Professionalität**

Borg & Kristiansen, 2004

,Holders of Hope‘

"So many times we ask our mental health professionals to be our ,Holders of Hope‘.

Sadly most of them however can't be our ,Holders of Hope‘ because they come from the 'mind set' that ,I do not believe that you can recover, therefore you cannot recover'".

Helen Glover

,Conspiracy of Hope‘

,For those of us who have been diagnosed with mental illness and who have lived in the sometimes desolate wastelands of mental health programs and institutions, hope is not just a nice sounding euphemism.

It is a matter of life and death.‘

Pat Deegan, 1996

Recovery und evidenzbasierte Interventionen

25% aller PatientInnen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen erhalten eine Behandlung, die dem derzeitigen Wissensstand und Leitlinien entspricht

(Wang, Berglund, Kessler, 2000)

So sieht es auch spezifisch für die Schizophrenie aus *(Lehmann, 2001)*

(W. Anthony et al, 2003)

Evidenzbasierte Praxis und Recovery-Orientierung

- § Diejenigen, die FÜR die am schwersten behinderten Menschen eintreten, kämpfen aus Gründen des KonsumentInnenschutzes für **evidenzbasierte Interventionen**
- § PatientInnen in recovery kämpfen für **Recovery-Orientierung**, d.h. Autonomie, Wahlfreiheit, Hoffnung
- Ø Die meisten PatientInnen brauchen beides.
- Ø Kämpft gemeinsam! Forscht zu beidem!

Frese et al,

Erklärungsmodelle

- ü Die Zufriedenheit der PatientInnen ist grösser, wenn es eine Übereinstimmung gibt in den Erklärungsmodellen für Erkrankung und Behandlung

Callan & Littlewood, 1998

- ü korreliert mit Behandlungszufriedenheit
- ü nur wenig stabil im Laufe der Zeit

McCabe and Priebe, 2004

- ü transkulturelle Ähnlichkeiten und Unterschiede

Bhui et al, 2006

- ∅ „exploratory map“
rather than „explanatory model“

Williams and Healy, 2001

Empowerment, Diagnose und Resilienz (Widerstandskräfte)

»Eine Diagnose einer psychiatrischen Erkrankung hindert einen nicht daran, Resilienz zu entwickeln.

Wenn man sich jedoch zu vollständig mit der Krankheit und deren implizierten Beschränkungen identifiziert, kann dies einen davon abhalten, den negativen Erfahrungen und Gefühlen sinnvolle eigene Reaktionen und Antworten entgegenzusetzen.«

Helen Glover (2003)

Wir und sie – wer sind wir?

- Ø 35% der nicht-medizinischen Profis und
- Ø 71% der PsychiaterInnen
- § würden bereit sein Antipsychotika zu nehmen, wenn sie selbst an Schizophrenie leiden würden.
- § 23% der Profis würden ihren Verwandten dazu nicht raten

Rettenbacher et al, 2004

- Ø 30 von 101 psychiatrischen Profis lehnen neuroleptische Behandlung in ihren hypothetischen Voraussetzungen für akute Psychosen ab. (11 verlangen Benzos, 11 EKT)

Amering et al, 1999

Psychiatrische Voraussetzungen – ein komplexer Prozess

- Ø **Verfahrensgerechtigkeit**
- Ø **‘capacity building‘**
- Ø **Freiwilligkeit** (*Roberts, 2002; cave Sabotage durch Eile*)
- Ø **Glaubwürdigkeit des Systems**
- Ø **Wandel der professionellen
Kommunikationskultur**

Amering M, Stastny P, Hopper K (2005) BJP 186, 247-252

Wandel der professionellen Kultur

JCP

*Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szmukler G (2004) Effect of **Joint Crisis Plans** on Use of Compulsion in Psychiatric Treatment: Single Blind RCT. BMJ 329: 136-8*

F-PAD

*Swanson JW, Swartz MS, Elbogen EB, Van Dorn RA, Ferron J, Wagner HR, McCauley BJ, Kim M (2006) **Facilitated psychiatric advance directives**: a randomized trial of an intervention to foster advance treatment planning among persons with severe mental illness. Am J Psychiatry 163:1943-51*

*Elbogen EB, Swanson JW, Appelbaum PS, Swartz MS, Ferron J, Van Dorn RA, Wagner HR (2007) Competence to complete psychiatric advance directives: effects of **facilitated decision making**. Law Hum Behav. 31:275-89*

Wandel der professionellen Kultur

Facilitated-PAD

Kim MM, Van Dorn RA, Scheyett AM, Elbogen EE, Swanson JW, Swartz MS, McDaniel LA (2007) Understanding the personal and clinical utility of psychiatric advance directives: a qualitative perspective. Psychiatry 70: 19-29

- 1. Vorausverfügungen sind Instrumente zur Förderung von Empowerment und Selbstbestimmung**
- 2. Geringes Wissen bei Anbietern**
- 3. Schwierigkeiten Spitalspersonal aufzuklären**

Kim MM et al (2007)
Understanding the personal and clinical utility
of psychiatric advance directives: a qualitative perspective.

Insgesamt sind die meisten TeilnehmerInnen begeistert von den Möglichkeiten der Implementierung von Vorausverfügungen. Sorgen bereitet jedoch der Mangel an Wissen und Information unter KlinikerInnen.

Darüber hinaus verspüren manche NutzerInnen Unbehagen darüber, dass den KlinikerInnen überhaupt erwähnt werden könnte, dass sie Vorausverfügungen hätten, weil sie negative Reaktionen befürchten, bis hin zu Zwangsmaßnahmen.

Kim MM et al (2007)
Understanding the personal and clinical utility
of psychiatric advance directives: a qualitative perspective.

„Das bedeutet, dass man bei der Arbeit mit Betroffenen, die eine Vorausverfügung haben, jedoch vorher noch nie die Erfahrung gemacht haben die Kontrolle über ihre eigene Behandlung im Spital zu behalten, vorsichtig sein muss. KlinikerInnen müssen verstehen, dass diese neue Situation von Rechten und Kontrolle Menschen auch aus dem Gleichgewicht bringen kann.“

III. Psychiatrie als medizinische Disziplin – Herausforderungen

Kontinuität der Identität

Patientenverfügungen - Psychiatric Advance Directives (PAD)

„ ... wenn ich krank werde, ist es das allerwichtigste, dass
IHR DEN LEUTEN KLAR MACHT, WER ICH BIN,
damit sie nicht so böse auf mich sind.“

*Amering M, Stastny P, Hopper K (2005) Psychiatric Advance Directives:
qualitative study of informed deliberations of mental health service users.
British Journal of Psychiatry 186, 247-252*

Recovery - 4 Phasen *(Townsend et al)*

Die vierte Phase ›interdependent/aware‹ bedeutet sein eignes Leben zu leben und zu steuern. Unterstützung findet man, wann und wie man sie braucht.

Interventionen, die der Gesundheit dienen – wie Psychotherapie und/oder medikamentöse Hilfen – können weiterlaufen, ohne dass Menschen deswegen Teil des Systems bleiben. Sie haben ihre Karrieren anderswo. Wenn sie im System bleiben, dann in einer aktiven Rolle, z.B. als bezahlte Mitarbeiterinnen oder als Bürgerhelfer.

Häufig können professionelle Helferinnen dabei unterstützend wirken, den Abschied von der Patientenrolle zu schaffen. Es muss klar sein, dass man jederzeit zurückkehren kann, falls Hilfe oder Krisenintervention nötig ist.