

RECOVERY - RESHAPING SCIENTIFIC RESPONSIBILITIES

RECOVERY UND SEINE BEDEUTUNG FÜR UNSERE WISSENSCHAFTLICHE VERANTWORTUNG

Michaela Amering

Department of Psychiatry and Psychotherapy, Medical University of Vienna, Vienna, Austria

ZUSAMMENFASSUNG

Recovery-Konzepte haben in den letzten Jahren als offizielle gesundheitspolitische Vorgabe in den englischsprachigen Ländern grosse Bedeutung erlangt und Praxis und Forschung beeinflusst. Sowohl Ergebnis- als auch Prozessforschung befördern einen Paradigmenwechsel weg von prognostischem Pessimismus und Konzentration auf Erhaltungs-therapien hin zu vernünftigen Optimismus und einer Recovery-Orientierung von therapeutischen Interventionen. Die Evidenzbasis für Recovery-Orientierung verweist wesentlich auf die dringende Notwendigkeit einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit, in der die Expertise der Betroffenen und ihrer Familien und Freunde optimal genutzt werden kann. Selbstbestimmung, Wahlmöglichkeiten für flexible Unterstützungen und Möglichkeiten, sowie Interventionen zur Förderung von Empowerment und Hoffnung auch über die lange Zeit sind neue Qualitätsindikatoren, zu denen auch Unterstützung beim Bewältigen von kontrollierten Risikosituationen gehört.

Die dynamische Komplexität der Recovery- und Resilienzkonzepte sollten in der Lage sein, die Fortschritte sowohl der biologischen und psychologischen Forschungen als auch neue soziale und politische Möglichkeiten zu bündeln und in Richtung einer zeitgemäßen integrierten und subjekt-orientierten Gestaltung der Psychiatrie nutzbar zu machen. Auch besteht in gemeinsamen Anstrengungen von Betroffenen, Angehörigen und Freunden und Profis die einzigartige Möglichkeit, erfolgreich gegen Diskriminierung und sozialen Ausschluss zu wirken, und damit eine Situation zu beenden, die derzeit noch ein Haupthindernis für klinische und andere Bemühungen um Genesung darstellt.

Schlüsselwörter: Recovery – Psychiatrie - evidenzbasierte Medizin – Forschung – Erhebungsinstrumente – NutzerInnen-einbeziehung

* * * * *

EINLEITUNG

Im April 2010 publizierte Schizophrenia Bulletin ein Editorial von Luc Ciompi, Courtenay Harding und Klaus Lehtinen (Ciompi et al. 2010) mit dem ungewöhnlichen Titel ‚Deep Concern‘, also etwa ‚tiefe Beunruhigung‘. Die drei bedeutenden KlinikerInnen und ForscherInnen geben darin ihrer Sorge Ausdruck, dass bis heute Menschen mit Schizophrenie-Diagnose unter der Annahme einer Prognose der ‚unheilbaren lebenslangen Erkrankung‘ vom Leben und ihren Bürgerrechten ferngehalten werden – entgegen aller wissenschaftlichen Evidenz, an der auch Ciompi und Harding durch jahrzehntelange großangelegte Forschungen in den USA und Europa eminenten Anteil haben.

SUMMARY

Recovery-concepts have travelled from margin movements into mainstream psychiatry rapidly in recent years. Recovery advocacy has been joined by recovery research resulting in new information on the long-term perspectives of people experiencing severe mental health problems. Emerging data on recovery outcomes as well as processes bring on a paradigm shift from prognostic scepticism and focus on maintenance therapies towards an optimistic outlook and recovery-oriented interventions and services. The emerging evidence-base for recovery-orientation essentially includes the urgent call for a partnership approach allowing the full involvement of users and their families and friends and the exploit of their expertise. Patient self-determination, individual choice of flexible support and opportunities, interventions to promote empowerment and hope also in the long-term, as well as assistance in situations of calculated risk are new indicators of quality of services.

The dynamic complexities of recovery and resilience have the ability to capture the progress in biological, psychological, social and political advances in the direction of modern integrated and subject-oriented psychiatry. Cooperative and coordinated efforts together with consumers, carers, their spokespersons and public health advocates offer formidable chances to reduce stigma, discrimination and social exclusion, currently seriously limiting clinical and other efforts towards recovery.

Key words: recovery - mental health - evidence-based medicine – research – measures - user involvement

Es war Courtenay Harding gewesen, die Margit Schmolke und mich 2004 bei einem ihrer Vorträge in New York dazu inspiriert hatte, dem deutschsprachigen Raum das Konzept von Recovery als das ‚Ende der Unheilbarkeit‘ vorstellen zu wollen. Inzwischen ist unser Buch in der 5. Auflage im Psychiatrie-Verlag erschienen (Amering & Schmolke 2012) und 2009 in englischer Übersetzung bei Wiley's (Amering & Schmolke 2009). Die englische Ausgabe hat 2010 den Fachbuchpreis der Vereinigung der MedizinjournalistInnen mit Sitz in London erhalten.

Recovery ist zu Beginn dieses Jahrtausends gesundheitspolitische Orientierung für die Psychiatrie in einflussreichen englischsprachigen Ländern – UK, USA, Australien, Neuseeland, Irland, Schottland -

geworden. Die Betroffenen haben die Bewegung gestartet und die ersten Recovery-Modelle entwickelt. Unterschiedliche Berufsgruppen wie Pflege, Ergotherapie, Psychologie und Ärzteschaft fühlen sich dem Konzept verpflichtet, ebenso die Angehörigen (www.eufami.org). Verschiedene Initiativen zur Wahrnehmung klinischer und wissenschaftlicher Verantwortung im Rahmen von Recovery-Orientierung sind entstanden. Die Forderung nach Berücksichtigung von Recovery in der Forschung betrifft wesentlich auch die Frage der Ergebnismessung und damit nach einer klaren Definition von Recovery.

RECOVERY ALS PROZESS

Pat Deegan's (Deegan 2005) frühe Berichte darüber, wie sie und andere Betroffene aus den Beschränkungen der PatientInnenrolle heraus zu einem selbstbestimmten Leben gefunden haben, zeigen dass es nicht um eine Rückkehr zu einem Zustand vor der Erkrankung geht. Sie beschreibt vielmehr ein Wachstum und eine Entwicklung, die es ermöglichen, die persönlichen, sozialen und gesellschaftlichen Folgen einer psychischen Erkrankung zu überwinden. Das Leben soll sich an den persönlichen Werten und Zielen orientieren und kann zufriedenstellend und hoffnungsvoll verlaufen, auch wenn Symptome und Behinderungen über längere Zeit bestehen. Wesentlich ist, Selbstwert und Selbstachtung unabhängig von der PatientInnenrolle zu erleben und zu wissen, dass eine psychiatrische Diagnose nicht die Entwicklung von Resilienz verhindert (Glover 2005). Dabei spielen Kontrolle über das eigene Leben, den Lebensstil und die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben wichtige Rollen. Selbständigkeit, Erfahrung und Austausch im Umgang mit Symptomen und dem Management von Vulnerabilitäten sind wichtig. Die selbstbestimmte Nutzung von therapeutischen Angeboten mit Wahlmöglichkeiten wird gefordert. Hilfeangebote, die Autonomie und Hoffnung einschränken, können jedoch einen Recovery-Prozess behindern (Schrank & Amering 2007).

Recovery-Konzepte sind nicht auf Schizophrenie beschränkt. Mary Ellen Copeland (www.mentalhealthrecovery.com) war eine der ersten Personen, die aus eigener Erfahrung mit einer bipolaren Erkrankung Recovery-Modelle entwickelt haben. Sie hat ihre Expertise durch ihre Rolle als Tochter einer Mutter, die nach vielen Jahren Krankenhausaufenthalt und einer ‚infausten‘ Prognose im Rahmen einer Diagnose einer manisch-depressiven Erkrankung zu einem erfüllten Leben zurückgefunden hat, sowie aus eigener Erfahrung und Arbeit in der Selbsthilfe erworben. Andreas Knuf's Aufruf zur Bewegung ‚vom demoralisierenden Pessimismus zum rationalen Optimismus‘ bezieht sich explizit auch auf den Umgang mit der Borderline-Störung (Knuf 2004). Die Forderung nach Recovery-Orientierung im Suchtbereich wird schlüssig argumentiert (Davidson & White 2007). Es gibt eine aktuelle Diskussion um das Modell von ‚chronischer Erkrankung‘, das neben Krankheiten wie

Diabetes, Herzerkrankungen auch Depression und Angststörungen zusammenfasst, und das durch ein Recovery-Modell für psychiatrische Störungen ersetzt werden könnte (Lester & Gask 2006).

Die Recovery-ProponentInnen aus der Betroffenenbewegung machen klar, dass Recovery ein individueller Prozess ist, bei dem es sich um subjektive Werte und Lebensziele handelt. Dieses Verständnis steht in einem gewissen Gegensatz zu einfach messbaren, statistisch verwertbaren, ‚objektiven‘ Kriterien. Häufig werden daher in Literatur und Forschung grob zwei Definitionen unterschieden:

- die Reduktion von Symptomen und Behinderungen
- die Erfolge und Bemühungen mit oder trotz psychischer Probleme, Behinderungen, Anfälligkeiten oder Besonderheiten ein selbstbestimmtes und ausgefülltes Leben zu führen.

Die erste Definition wird dem medizinischen Bereich zugerechnet und als ‚klinisch‘ im Unterschied zur zweiten ‚rehabilitativen‘ Definition (Schrank & Slade 2007) bzw. als basierend auf den Konzepten der Versorgung – ‚service-based‘ - bzw. basierend auf den Konzepten der Betroffenen – ‚user-based‘ - benannt. Ob es zu einer Integration dieser beiden unterschiedlichen Perspektiven kommen muss, ist zu bezweifeln. Beide können komplementär Bedeutung haben und unterschiedliche Kontexte und Personengruppen bedienen.

RECOVERY ALS OUTCOME

In den letzten Jahren wurden für viele Diagnosen, wie Depression und Angststörungen und schließlich 2005 aus den USA auch für die Schizophrenie, Remissions-Kriterien definiert (Andreasen et al. 2005). Damit soll nicht nur der Fehleinschätzung vom unbedingt negativen Verlauf entgegengewirkt werden, sondern man erwartet sich auch eine Belebung der Forschung zu verlaufsbeeinflussenden Faktoren und vermehrte Anstrengungen in Behandlung und Versorgung. Das erscheint dringend notwendig, da nur ein geringer Teil aller PatientInnen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen diejenigen Behandlungen erhalten, die umfassend evidenz-basierten Vorschlägen entsprechen (Lancet Global Mental Health Group 2007).

Die europäische Antwort auf den US-amerikanischen Vorschlag bezüglich der Remissionskriterien für Schizophrenie begrüsst den Vorstoss. Van Os et al. (2006) weisen jedoch klar darauf hin, dass die Definition von Remission ausschließlich über Symptome nur einen notwendigen Schritt in Richtung Recovery bedeutet. In beiden Papieren ist Recovery als wesentlich mehr definiert. Die europäischen AutorInnen beschreiben Recovery als ‚Weiterkommen‘ oder ‚Vorwärtsgen‘ und das ‚Leben wiederaufbauen‘. Sie äußern die Hoffnung, dass es in Zukunft auch für Recovery operationale Kriterien geben wird, die Konstrukte wie Funktionen in verschiedenen psychosozialen Bereichen, Lebensqualität und Empowerment enthalten werden.

Beide Initiativen beeindruckten mit dem Ziel, die Informationen, die Betroffene und Familien bekommen, in die Richtung zu verändern, dass die Behandlungsziele höher geschraubt werden, dass Hoffnung entsteht und dass Bemühungen in Richtung Recovery effizienter unterstützt werden. In diesem Zusammenhang ist noch wichtig zu erwähnen, dass die europäischen AutorInnen ausdrücklich darauf hinweisen, dass die Anwendung der Remissions-Kriterien nicht damit verbunden ist, dass Annahmen zu den Ursachen der Erkrankung angestellt werden. Das bedeutet, dass die Kriterien unabhängig davon angewendet werden, ob die Remission als durch Behandlung bedingt verstanden wird oder Remission ohne Behandlung erfolgt.

Das trifft selbstverständlich auch für die Vorschläge zu Kriterien zu, die für Recovery als messbares Ergebnis folgende Bereiche vorschlagen (Corrigan 2006):

- Abklingen der Symptome;
- Unabhängigkeit in Bezug auf die Wohnsituation;
- Zumindest Teilzeitbeschäftigung oder –ausbildung;
- Regelmäßige soziale und Freizeitkontakte.

Ebenso sind die – nicht ganz einfach messbaren – Konstrukte, die in der Perspektive von Recovery als Prozess wesentliche Rollen spielen, wie ein hoffnungsvoller Ausblick in die Zukunft, das subjektive Wohlbefinden, Zielorientiertheit und Empowerment als unabhängig von ihren Ursachen konzipiert und kommen derzeit sowohl als abhängige als auch als unabhängige Variable zum Einsatz.

ENTWICKLUNG VON SPEZIFISCHEN MESSINSTRUMENTEN

Aktuelle Versuche zur Recovery-Messung lassen sich am besten in dem spezifischen umfassenden Verständnis des sich entwickelnden neuen Konzeptes verstehen. Das Spannungsfeld zwischen jenen Definitionen von Recovery als Outcome, die ‚auf den Konzepten der Versorgung basieren‘ und denen, die auf den Konzepten der Betroffenen basieren, und die eher prozess-orientiert sind und die individuellen Werte und Ziele in den Vordergrund stellen (Slade 2009) ist für neu entstehende Messinstrumente bedeutsam. Folgerichtig sind daher die Zusammenarbeit zwischen ForscherInnen mit und ohne eigene Erfahrung, sowie die Einbeziehung von Betroffenen (Wallcraft et al. 2009) wichtige Voraussetzungen für die Entwicklung von Messinstrumenten in diesem Bereich. Viele der rasch wachsenden Aktivitäten der wissenschaftlichen Forschung zu Recovery sind über www.power2u.org zu verfolgen, während im Folgenden einige Beispiele kurz beschrieben werden.

Die Recovery Assessment Scale (RAS)

Unter Einbeziehung von Betroffenen entstand aus einer Analyse von Recovery-Geschichten im Rahmen eines Aktionsforschungsprojektes ein 41-teiliger Frage-

bogen, die Recovery Assessment Scale (RAS), der sich als psychometrisch stabil im Hinblick auf Reliabilität und Validität bewiesen (Corrigan et al. 1999).

Die Analyse eines großen Datensatzes von fast zweitausend ausgefüllten RAS-Fragebögen ergab Ähnlichkeiten zu früher in der Literatur gefundenen Dimensionen. Fünf Faktoren konnten unterschieden werden:

- persönliche Zuversicht und Hoffnung;
- Bereitschaft Hilfe zu suchen;
- Ziel- und Erfolgsorientierung;
- sich auf andere verlassen können;
- nicht von den Symptomen beherrscht werden.

Es stellte sich in den Analysen heraus, dass die Faktoren zwar von einander unterschieden, aber auf komplexe Weise miteinander verbunden sind. Hoffnung spielt eine zentrale Rolle für alle anderen Dimensionen. Je mehr man von Symptomen beherrscht wird, desto schwieriger kann Recovery werden, auch wenn dieser Zusammenhang weniger klar ist als der zwischen Recovery und Selbstwert und Empowerment. Eine deutsche Version kommt derzeit in Wien zum Einsatz (Amering, Sibitz, Lipp 2012, persönliche Mitteilung). Das Pilot-Projekt ergibt vielversprechende erste Erfahrungen. Im englischsprachigen Raum werden Kurzversionen mit 22 und 24 Items erprobt. Es sollte spannend werden zu sehen wie sich die so gemessene Recovery zu anderen Konstrukten wie Lebensqualität verhält und ob und wie sich Einschätzungen zu Recovery über die Zeit verändern.

Das Recovery Process Inventory (RPI)

Dieses Instrument mit 22 Fragen hat sich in seiner Entwicklung ebenfalls einerseits an den Grundlagen in der Literatur orientiert, andererseits in Diskussionen und Fokusgruppen mit NutzerInnen von Einrichtungen und professionellen HelferInnen entwickelt (Jerrell et al. 2006). Dabei ist es ein Schwerpunkt über die Frage hinaus, ob sich jemand ‚in Recovery‘ fühlt, zu erfassen, in welchem Ausmaß die Einrichtung dazu beiträgt, einen Prozess von Recovery zu fördern und zu unterstützen.

Die sechs Faktoren, die in ersten Analysen gefunden wurden, entsprechen dem Bild, das sich in den bisherigen Untersuchungen ergab: Angst und Hoffnungslosigkeit, Verbindung zu anderen Menschen, Zuversicht, Gegenseitigkeit der Beziehungen, sichere und gute Wohnsituation, Hoffnung und Selbstfürsorge. Wie in einigen ähnlichen Untersuchungen gibt es auch hier keine klaren Zusammenhänge zwischen soziodemographischen und diagnostischen Faktoren und Recovery.

Der Recovery Attitudes Questionnaire (RAQ)

Der RAQ-Fragebogen wurde in Kooperation von StudentInnen und von ForscherInnen mit und ohne eigener Erfahrung von Recovery entwickelt (Borkin et al. 2000). Der Fragebogen dient zur Messung der

Haltung, die die Befragten haben bezüglich der Annahme, dass Recovery von schweren psychiatrischen Erkrankungen möglich ist.

Validierungsstudien an verschiedenen Personengruppen zeigten gute psychometrische Daten und ergaben Hinweise darauf, dass professionelle HelferInnen und Betroffene am klarsten von Recovery überzeugt sind, während StudentInnen dies am wenigsten sind. Professionelle HelferInnen sehen die Möglichkeiten zu Recovery in klarem Zusammenhang mit ihren professionellen Anstrengungen und Interventionen und können sich kaum vorstellen, dass Recovery ohne professionelle Hilfe erfolgen kann. Angehörige indessen sind die Gruppe, die am meisten daran glaubt, dass Recovery ohne professionelle Unterstützung möglich ist.

The Stages of Recovery Instrument (STORI)

STORI ist ein Instrument, das die Erfassung von unterschiedlichen Phasen im Recovery-Prozess erlaubt (Andresen et al. 2006). Die erste Konzeptualisierung von 5 Phasen wurde aus der Analyse von Recoverygeschichten von vielen unterschiedlichen Betroffenen gewonnen:

- Moratorium: Rückzug, Verlust, Hoffnungslosigkeit;
- Erkenntnis (Awareness): Nicht alles ist verloren, ein erfülltes Leben ist möglich;
- Vorbereitung (Preparation): Stärken und Schwächen in Bezug auf Recovery erkennen, Beginn der Arbeit an den Fähigkeiten und Fertigkeiten für Recovery;
- Wiederaufbau (Rebuilding): Aktiver Einsatz für ein positives Selbstbild, Ziele setzen, Kontrolle über das eigene Leben übernehmen;
- Wachstum (Growth): das Leben voll leben, individuellen Sinn finden, mit der Erkrankung selbstständig umgehen, Resilienz und positiver Selbstwert (Andresen et al. 2006)

Zehn Themen entsprechen jeweils den fünf Phasen und können mit STORI erfasst werden. Eine deutsche Version ist derzeit in einem Projekt der Universität Ulm im Einsatz (Puschner, persönliche Mitteilung). Dies und ähnliche Prozess-Modelle müssen im Zusammenhang mit dem Wissen um die komplexe und non-lineare Natur von Recovery-Prozessen verstanden werden. Jede Person muss ihren individuellen Weg und Timing finden, Krisen sind in allen Phasen möglich und können die unterschiedlichsten Konsequenzen im Prozess haben, z.B. durch Stärkung von Resilienz.

Eine aktuelle Übersichtsarbeit (Cavelti et al. 2012), die dreizehn Instrumente zur Messung von ‚personal recovery‘ vergleicht, zieht zwei wichtige Schlüsse. Die AutorInnen schlagen vor, derzeit keine neuen Instrumente zu entwickeln, sondern die bisher zur Verfügung stehenden noch eingehender zu prüfen. Der derzeitige Stand des Wissens lässt eine vorsichtige Präferenz für die Verwendung von RAS (siehe oben) erkennen. Zu dem gleichen Ergebnis in Bezug auf Empfehlenswürdigkeit von RAS kamen Law et al.

(2012), die 25 Selbstratingfragebögen für recovery untersuchten. Erwähnenswert auch bei letzterer Arbeit, dass ForscherInnen mit und ohne gelebte Erfahrung von psychiatrischer Erkrankung bzw. Behandlung für diese Studie zusammengearbeitet haben.

DIE BEDEUTUNG VON RECOVERY FÜR DIE FORSCHUNGSPOLITIK

William Anthony hat 2006 nach Jahrzehnten seiner wissenschaftlichen Prominenz als Direktor des Zentrums für psychiatrische Rehabilitation an der Universität von Boston seine persönliche Geschichte und seine Schlüsse daraus in einem Editorial von *Psychiatric Services* publiziert (Anthony 2006). Er berichtet von seinen Erfahrungen mit seiner eigenen Erkrankung – Multiple Sklerose – und den Hilfen, die er dabei erfährt. Die ‚MS-Community‘ beschreibt er als beispielhaft in Bezug darauf, dass Mut und Hoffnung gestärkt werden, wichtige Informationen ständig fließen und ausgetauscht werden, dass die Person mit ihrer Freiheit zu wählen niemals in Frage gestellt wird. Er betont die gleichermaßen wichtige Rolle von professionellen Helfern, anderen Betroffenen und der Pharmaindustrie, die Forschung, Kongresse und Zeitschriften fördert. Sein Wunsch ist, dass die Psychiatrie ähnlich erfolgreich Betroffene von psychiatrischen Erkrankungen unterstützen kann.

Er sieht derzeit nicht, dass sich die Psychiatrie so verhält, dass man sich – wie er das bei MS erlebt – als Person voll respektiert und unterstützt fühlt. Ein wesentliches Hindernis identifiziert Anthony in der Zwangsbehandlung, die das Vertrauensverhältnis zwischen der helfenden Profession und den Betroffenen stört, wie auch das Verhältnis zwischen Psychiatrie und Pharmaindustrie. Auch die Tatsache, dass Information für PatientInnen ‚Psychoedukation‘ heißen soll, sieht er nicht dazu geeignet, dass man sich positiv bedient und unterstützt fühlt. Die Selbstbestimmung, die bei der MS-Therapie nie in Frage gestellt wird, sieht er als eine wesentliche Grundlage für seine ermutigenden Erfahrungen im Umgang mit seiner Erkrankung. Er hält an der Vision fest, dass das, was bei MS möglich ist, auch für schwere psychiatrische Erkrankungen möglich sein muss. Aber um diese Vision umzusetzen, sieht er viel Arbeit und Veränderung nötig.

In Zusammenarbeit von eminenten ForscherInnen mit und ohne gelebter Erfahrung psychiatrischer Erkrankung und Behandlung formulieren Anthony et al. (2003) diejenigen Anforderungen an die wissenschaftliche Forschung, die evidenz-basierte Hilfen im Zeitalter von Recovery hervorbringen soll. Zusätzlich zu dem wichtigen Kampf darum, dass diejenigen Interventionen, für deren Wirksamkeit es bereits wissenschaftliche Beweise gibt, endlich allen Personen, denen sie helfen könnten, zur Verfügung gestellt werden, geht es darum, die zukünftige Wissenschaft so zu gestalten, dass sie sich an Recovery-Zielen messen kann:

„Ergebnismessungen sollten sich daran orientieren, was wichtig ist für Recovery und was Patientinnen selbst als wesentliche Ziele vorschlagen.“

„Alle Einrichtungen, Interventionen und Unterstützungsangebote müssen sich daran messen lassen, inwieweit sie uns erlauben die Art von Leben zu führen die unseren Wünschen entspricht“ (Repper & Perkins 2003). Es kann nicht nur darum gehen wie viele Spitalstage reduziert werden können. Die Messkennzahlen Symptome, Wiederaufnahmen, Dauer und Kosten von stationären Behandlungen haben nicht unbedingt viel damit zu tun, was für Menschen dabei wichtig ist, um ihre Ziele zu erreichen und Erfolge zu erleben. Die bisherigen Kriterien sind nicht ausreichend. Erfolge in sozialen Rollen, Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit, Wohlbefinden, Reduktion von Diskriminierung müssen als outcome Variable an Bedeutung gewinnen. Mike Slade (2009) zeigt mit seinen Zweifeln an der Empfehlenswürdigkeit einer Intervention, von der wissenschaftlich erwiesen ist, dass sie Symptome reduziert, aber Abhängigkeit und Hoffnungslosigkeit fördert, was Recovery-Forschung leisten muss, damit das Konzept bestehen bleiben und Veränderungen bewirken kann. Er erhebt klare Forderungen nach der Möglichkeit individualisierte Ergebnisvariable in randomisierten Designs zu untersuchen.

„Subjektive Ziele und qualitative Methoden sollten mehr Aufmerksamkeit im Rahmen der Forschung erhalten.“

Die Forderung nach einer Evidenzbasis, die unterschiedliche Perspektiven integrieren kann, geht Hand in Hand mit der Forderung nach der kompetenten Anwendung und Mischung unterschiedlicher Forschungsmethoden und partizipativen Prozessen zur Erstellung von Richtlinien (Rose et al. 2006). Da Recovery-Wege sehr individuell verlaufen können, haben Forschungen, die sich ausschließlich an Gruppen von Personen und statistischen Zusammenhängen orientieren, nur begrenzten Wert. Um Ergebnisse von Recovery-Prozessen zu messen, müssen Ergebnis-Variable definiert werden, die auch subjektive, an individuellen Werten und Zielen orientierte Ergebnisse messbar machen. Günstige Voraussetzungen dafür bestehen im Ausbau von Forschungsk Kooperationen zwischen Betroffenen und ForscherInnen bzw. zwischen ForscherInnen mit eigener Erfahrung mit psychischen Störungen und deren Behandlung und solchen ohne diese Erfahrung (Krumm & Becker 2006; Wallcraft et al. 2009) und den Möglichkeiten Personen mit eigener Erfahrung von Recovery in Planung, Durchführung und Evaluation von Hilfeangeboten einzubeziehen (Sibitz et al. 2008). John Strauss (2008) und George Szmukler (2009) mit seinem Appell zu einer Forschung in Zeiten von Aufklärung und Demokratie sind prominente psychiatrische Forscher, die sich dafür schon lange engagiert Gedanken machen und Modelle entwickeln.

„Die Forschung sollte versuchen, herauszufinden, warum bis heute publizierte Resultate der Versorgungsforschung nur selten positiven Einfluss auf Recovery zeigen konnten.“

Richard Warner hat eindrucksvoll gezeigt (Warner 2004), dass Interventionen, deren Wirksamkeit auf Symptome und Spitalstage klar bewiesen ist, keinen wissenschaftlich messbaren Einfluss auf klinische und soziale Recovery-Raten haben. Um das zu ändern müssen sich sowohl die Interventionen verbessern als auch die Forschungsmethoden. Wir können uns nicht nur auf randomisierte klinische Studien verlassen, denn es gibt wichtige Forschungsfelder, in denen man komplexere wissenschaftliche Designs anwenden muss.

„Die Forschung sollte mehr Untersuchungen zur Beziehung zwischen Helfern und Hilfesuchenden durchführen, da diese Beziehung anscheinend eine wichtige Rolle spielt für Recovery.“

Es gibt starke Hinweise darauf, dass Beziehungen für Recovery eine grosse Rolle spielen. Das trifft auch auf therapeutische und andere Hilfebeziehungen zu. Um die therapeutische Beziehung wissenschaftlich zu untersuchen, stehen durchaus Konzepte und Methoden zur Verfügung. Die derzeit beginnende Entwicklung, diese auch für die psychiatrische Arbeit nutzbar zu machen (Priebe et al. 2011) ist vielversprechend und zeigt deutlich, dass diesbezüglich noch viel zu tun ist, um evidenzbasiert vorgehen und evaluieren zu können.

„Forschung sollte vermehrt spezifische Komponenten von Behandlungsprogrammen untersuchen, nicht nur das ganze Paket auf einmal.“

Von einigen psychosozialen Programmen ist schon jetzt bekannt, dass manche Faktoren in ihnen wirksamer sind als andere. Trotzdem werden sie weiterhin als ganzes angeboten und evaluiert. Die wissenschaftliche Arbeit zum ‚Herunterbrechen‘ von Programmen in einzelne Komponenten und die Forschung zur Identifizierung einzelner Wirkfaktoren oder das Finden von überlegenen Kombinationen ist essentiell, um die Evidenzbasis zu verbreitern.

„Forschung sollte Behandlungsmodelle auf ihre Anwendbarkeit und Wirksamkeit unter verschiedenen kulturellen und kontextuellen Bedingungen untersuchen.“

Auch hat sich gezeigt, dass manche evidenz-basierte Programme nur lokal wirksam sind. In anderen Kulturen oder unter unterschiedlichen Bedingungen – z.B. Stadt/Land – lassen sie sich nicht in gleicher Wirksamkeit reproduzieren. Häufig geht auch aus Studien nicht hervor unter welchen Umständen Interventionen für diverse Subgruppen der Klientel als sinnvoll wahrgenommen werden. Auch hier ist im Sinne eines evidenzbasierten Einsatzes noch viel Forschungsarbeit zu leisten.

„Forschung sollte sich auch mit Werten und dem Menschenbild von Hilfsangeboten befassen.“

Um zu erforschen was Hilfeangebote tatsächlich förderlich für Recovery macht, muss es möglich werden, nicht nur zu beschreiben, was Einrichtungen und HelferInnen tun, sondern auch wie sie es tun, also eine Erfassung von Haltungen und Werten, die in therapeutischen Kontakten und Interventionen zum Ausdruck kommen (siehe zum Beispiel Fulford 2011). Offenbar tragen nicht nur spezifische Einzelteile und Arten der Organisation von Hilfseinrichtungen zu ihrer Wirksamkeit bei. Die Werte und das Menschenbild, die einer Einrichtung zugrunde liegen, spielen wahrscheinlich entscheidende Rollen. Diese Werte und ihre Effekte systematisch zu untersuchen ist eine weitere Aufgabe für die wissenschaftliche Forschung.

Zusammenfassend bedeutet das, dass für psychiatrische Hilfen, die sich an Recovery messen können, spezifische und auch experimentelle wissenschaftliche Zugänge nötig sind, um den Kriterien von evidenzbasierter Praxis bestmöglich zu genügen. Ist man in der Lage, die erforderlichen Anstrengungen zu unternehmen und das wissenschaftliche Know-how zu optimieren, passen die Konzepte der evidenzbasierten Medizin und Recovery hervorragend zusammen.

Acknowledgements

Dieser Artikel basiert auf einem Vortrag am Linzer ‚Psychiatrischen Samstag‘ im Dezember 2011 und ist die aktualisierte Version einer 2010 erschienenen gfts-Mitteilung (Gesellschaft zur Förderung empirisch begründeter Therapieansätze bei schizophrenen Menschen).

Conflict of interest: None to declare.

LITERATUR

1. Amering M & Schmolke M: Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. 5., bearbeitete Auflage. Psychiatrie Verlag, Bonn, 2012.
2. Amering M & Schmolke M: Recovery in mental health. Reshaping scientific and clinical responsibilities. London: Wiley-Blackwell, 2009.
3. Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR: Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry* 2005; 162:441-449.
4. Andresen R, Caputi P, Oades L: Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2006; 40:972-80.
5. Anthony W: Personal accounts: what my MS has taught me about severe mental illnesses. *Psychiatric Services* 2006; 57:1081-2.
6. Anthony W, Rogers ES, Farkas M: Research on evidence-based practices: future directions in an era of recovery. *Community Mental Health Journal* 2003; 39:101-114.
7. Borkin JR, et al. Recovery attitudes questionnaire: development and evaluation. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2000; 24:95-102.
8. Cavelti M, Kvrpic S, Beck EM, Kossowsky J, Vauth R: Assessing recovery from schizophrenia as an individual process. A review of self-report instruments. *Eur Psychiatry* 2012; 27:19-32.
9. Ciompi L, Harding CM, Lehtinen K: Deep Concern. *Schizophrenia Bulletin* 2010; 36:437-9.
10. Corrigan PW: Recovery from schizophrenia and the role of evidence-based psychosocial interventions. *Expert Rev Neurother* 2006; 6:993-1004.
11. Corrigan PW, Goffort D, Rashid F, Leary M, Okeke I: Recovery as a psychological construct. *Community Mental Health Journal* 1999; 35:231-239.
12. Davidson L, White W: The concept of recovery as an organizing principle for integrating mental health and addiction services. *J Behav Health Serv Res* 2007; 34:109-20.
13. Deegan P. Recovery as a journey of the heart. In: Davidson L, Harding C & Spaniol L (eds): Recovery from severe mental illnesses: research evidence and implications for practice. (pp 57-68) Vol 1. Center for Psychiatric Rehabilitation, Trustees of Boston University, 2005.
14. Fulford KW: The value of evidence and evidence of values: bringing together values-based and evidence-based practice in policy and service development in mental health. *J Eval Clin Pract* 2011; 17:976-87.
15. Glover H: Recovery based service delivery: are we ready to transform the words into a paradigm shift? *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AeJAMH)* 2005; 4:1-4.
16. Jerrell JM, Cousins VC, Roberts KM: Psychometrics of the recovery process inventory. *Journal of Behavioral Health Services and Research* 2006; 33/4:464-73.
17. Knuf A: Vom demoralisierenden Pessimismus zum vernünftigen Optimismus. Eine Annäherung an das Recovery-Konzept. *Soziale Psychiatrie* 2004; 1/2004:S.38-41.
18. Krumm S, Becker T: Der Einbezug von Nutzern psychiatrischer Angebote in die psychiatrische Versorgungsforschung. *Psychiatr Prax* 2006; 33:59-66.
19. Lancet Global Mental Health Group: Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet* 2007; 370:1241-1252.
20. Law H, Morrison A, Byrne R, Hodson E: Recovery from psychosis: a user informed review of self-report instruments for measuring recovery. *J Ment Health* 2012; 21:192-207.
21. Lester H, Gask L: Delivering medical care for patients with serious mental illness or promoting a collaborative model of recovery? *British Journal of Psychiatry* 2006; 188:401-402.
22. Priebe S, Dimic S, Wildgrube C, Jankovic J, Cushing A, McCabe R: Good communication in psychiatry--a conceptual review. *Eur Psychiatry* 2012; 26:403-7.
23. Repper J, Perkins R: Social inclusion and recovery: a model for mental health practice. Elsevier Health Sciences, London, 2003.
24. Rose D, Thornicroft G, Slade M: Who decides what evidence is? Developing a multiple perspectives paradigm in mental health. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113(Suppl 429):109-114.

25. Schrank B, Amering M: *Recovery in der Psychiatrie. Neuropsychiatrie* 2007; 21:45-50.
26. Schrank B, Slade M: *Recovery in Psychiatry. Psychiatric Bulletin* 2007; 31:321-325.
27. Sibitz I, Swoboda H, Schrank B, Priebe S, Amering M: *Einbezug von Betroffenen in Therapie- und Versorgungsentscheidungen: professionelle HelferInnen zeigen sich optimistisch. Psychiatr Prax* 2008; 35:128-134.
28. Slade M: *Personal recovery and mental illness*, Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
29. Sowers W/Quality Management Committee of the American Association of Community Psychiatrists: *Transforming systems of care: the American Association of Community Psychiatrists guidelines for recovery oriented services. Community Ment Health J* 2005; 41:757-74.
30. Strauss JS: *Prognosis in schizophrenia and the role of subjectivity. Schizophr Bull* 2008; 34:201-3.
31. Szmukler G: *Foreword. In: Wallcraft J, Schrank B, Amering M (2009) Handbook of Service User Involvement in Mental Health Research. London: Wiley-Blackwell. pp ix-x, 2009.*
32. van Os J, Burns T, Cavallaro R, Leucht S, Peuskens J, Helldin L, Bernardo M, Arango C, Fleischhacker W, Lachaux B, Kane JM: *Standardized remission criteria in schizophrenia. Acta Psychiat Scand* 2006; 113:91-95.
33. Wallcraft J, Schrank B, Amering M: *Handbook of Service User Involvement in Mental Health Research. London: Wiley-Blackwell, 2009.*
34. Warner R: *Recovery from schizophrenia. psychiatry and political economy. 3rd edition. Brunner-Routledge, New York, 2004.*
35. www.eufami.org
36. www.mentalhealthrecovery.com
37. www.power2u.org

Correspondence:

Univ.Prof. Dr. Michaela Amering
Department of Psychiatry and Psychotherapy, Medical University of Vienna
Waehringer Guertel 18-20, 1090 Vienna, Austria
E-mail: michaela.amering@meduniwien.ac.at