

Abgeschlossene Projekte 2015

Wie unterscheiden sich Patienten psychiatrischer Institutsambulanzen von Patienten niedergelassener Nervenärzte? Eine explorative Untersuchung in einer ländlich-kleinstädtischen Versorgungsregion.

Autoren: J. Valdés-Stauber, J. Vietz , R. Kilian.

Anliegen: Ziel der Untersuchung ist der Vergleich klinischer und soziodemografischer Merkmale von Patienten in ambulanter psychiatrischer Behandlung bei niedergelassenen Fachärzten und psychiatrischen Institutsambulanzen.

Methode: Es wurden jeweils 100 Patienten einer psychiatrischen Institutsambulanz und 100 Patienten aus fünf psychiatrischen Facharztpraxen einer ländlich-kleinstädtischen Versorgungsregion konsekutiv in die Studie eingeschlossen. Die Untersuchung der Patienten erfolgte prospektiv mit standardisierten Verfahren zur Erfassung der Krankheitsschwere (CGI), der allgemeinen (GAF) und der bereichsspezifischen funktionalen Beeinträchtigung (HoNOS, PSP) und der Behandlungszufriedenheit (ZUF-8). Die statistische Datenanalyse erfolgte mittels Chi-Quadrat Tests, ANOVA und multivariaten Regressionsmodellen.

Ergebnisse: Im Vergleich zu den in privaten Praxen behandelten Patienten waren die Patienten der psychiatrischen Institutsambulanz schwerer und länger erkrankt, zeigten stärkere funktionale Beeinträchtigungen und wiesen in der Vergangenheit eine höhere Zahl stationärer psychiatrischer Behandlungsepisoden auf. Unter Kontrolle der klinischen und soziodemografischen Unterschiede hatten Patienten der Institutsambulanz mehr ambulante Behandlungskontakte, während sich für die Zahl der aktuellen stationären Aufnahmen und die Zahl der verordneten Psychopharmaka keine Unterschiede zeigten. Die Behandlungszufriedenheit war in beiden Gruppen ungefähr gleich.

Diskussion: Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass in der psychiatrischen Institutsambulanz gemäß den Vorgaben des Sozialgesetzbuches schwerer erkrankten und beeinträchtigte Patienten behandelt werden als bei niedergelassenen Psychiatern. Die Behandlung in der PIA war nicht mit einer erhöhten Zahl stationärer Aufnahmen oder einer intensiveren psychopharmakologischen Behandlung verbunden.

Publiziert als: Valdés-Stauber J, Vietz J, Kilian R. Abgestufte ambulante psychiatrische Behandlung. Ein Vergleich von Patienten einer psychiatrischen Institutsambulanz mit Patienten niedergelassener Nervenärzte in einer ländlichen Region. Psychiatr Prax 2015; 42 (4): 191-196.

Is the level of institutionalisation found in psychiatric housing services associated with the severity of illness and the functional impairment of the patients? A patient record analysis

Autoren: J. Valdés-Stauber & R. Kilian.

Background: In this cross-sectional study, we investigated whether clinical, social, financial, and care variables were associated with different accommodation settings for individuals suffering from severe and persistent mental disorders.

Method: Electronic record data of 250 patients who fulfilled the criteria for persistent and severe mental illness were used. Multiple linear regression models were applied to analyse associations between the types and the costs of housing services and the patients' severity of illness, their functional impairment, and their socio-demographic characteristics.

Results: We identified 50 patients living at home without need for additional housing support who were receiving outpatient treatment, 41 patients living in the community with outpatient housing support, 23 patients living with foster families for adults, 45 patients living in group homes with 12-hour staff cover, 10 patients living in group homes with 24-hour staff, and 81 patients living in psychiatric nursing homes. While this housing differed largely in the level of institutionalisation and also in the costs of accommodation, these differences were not related to a patient's severity of disease or in their functional impairment. In particular, patients living in nursing homes had a slightly higher level of functioning compared to those living in the community without welfare housing services. Only where patients were subject to guardianship was there a significant association with an increased level of institutionalisation.

Conclusions: Our study suggests that the level of institutionalisation and the associated costs of welfare housing services do not accurately reflect the severity of illness or the level of functional impairment of the patients there are designed to support. The limitations of the study design and the data do not allow for conclusions about causal relationships or generalisation of the findings to other regions. Therefore, further prospective studies are needed to assess the adequacy of the setting assignment of patients with persistent severe mental illness into different types of housing settings with appropriate (also welfare) services.

Publiziert als: ***Valdés-Stauber J, Kilian R. Is the level of institutionalisation found in psychiatric housing services associated with the severity of illness and the functional impairment of the patients? A patient record analysis. BMC Psychiatry 2015; 15: 215.***

Psychosoziales und klinisches Profil bei psychosomatischen Patienten unter Berücksichtigung von Gender- Unterschieden und Verbitterung

Beteiligte: H. Kämmerle & J. Valdés-Stauber.

Hintergrund: Verbitterung ist ein bekanntes, allgemeinmenschliches Phänomen, der die Lebensqualität für Betroffene und Umgebung reduziert. Die Tragweite von Verbitterung in empirischer Hinsicht ist bei psychosomatisch stationär behandelten Patienten kaum bekannt.

Fragestellung: a) Wie ist das sozio-demographische, klinische und persönlichkeitsbezogene Profil der in einer akuten psychosomatischen Abteilung mit regionaler Versorgung aufgenommenen Patienten? Statistik: Prozente für nominelle Variablen, Mittelwerte, SD und Rang für metrische Variablen. b) Unterscheiden sich Männer von Frauen in relevanten soziodemographischen, persönlichkeitsbezogenen und klinischen Variablen? Statistik: Chi-Quadrat für nominelle und Varianzanalysen sowie bivariate Regressionsmodelle für metrische Variablen. c) Gibt es signifikante Zusammenhänge zwischen Verbitterung allgemein und spezielle Formen der Verbitterung? Statistik: Bivariate Regressionsmodelle.

Methode: In die Untersuchungen werden alle zwischen Anfang Januar und Mitte Oktober 2014 aufgenommenen und einwilligende Patienten aufgenommen. Fünf Patienten haben die Teilnahme abgelehnt. Die Datenerhebung erfolgt zum Zeitpunkt des Vorstellungsgespräches bzw. der stationären Aufnahme anhand eines strukturierten Fragebogens, einer standardisierten Qualitätsdokumentation für Psychosomatik sowie zusätzliche sechs standardisierte psychologische Tests (BSCL, BVI, BDI, HoNOS, IIP, HADS, BFI-10, GAF und CGI). Es werden Chi-Quadrat-Tests, univariate Varianzanalysen, bivariate und später für eine Publikation dazu multivariate Regressionsmodelle eingesetzt.

Ergebnisse: Das psychosoziale und klinische Profil entspricht weitgehend den Ergebnissen aus der einschlägigen Literatur. Es liegen überraschenderweise kaum Gender-Unterschiede vor, lediglich bei der Dimension „Emotionale Instabilität“ des BFI-10. Die Allgemeine Verbitterung und alle Subskalen weisen pathologische Werte auf und korrelieren hoch miteinander. In künftigen Studien sollen multivariate Regressionsmodelle und Zeitreihen für die stationäre Behandlung und für Katamnesen Anwendung finden.

Diese Forschung ist als **Bachelorarbeit** im Januar 2015 abgeschlossen worden (Universität Tübingen)

Stationär behandelte psychisch kranke spanische Migranten der ersten Generation in Deutschland- Ergebnisse einer Reanalyse

Autoren: J. Valdés-Stauber & M.A. Valdés-Stauber

Fragestellung: Erstellung eines klinischen Profils der Gruppe psychisch kranker spanischer Migranten erster Generation, die im Rahmen eines Spezialsettings in ihrer Muttersprache behandelt wurden. Ermittlung möglicher Zusammenhänge zwischen Zeitpunkt des Ausbruchs einer psychischen Störung und Migration sowie zwischen dem Grad der Inanspruchnahme und klinischen sowie Versorgungsvariablen.

Methode: Statistische Reanalyse anhand von Individualdaten (N=100) einer bereits publizierten beschreibenden Untersuchung mit aggregierten Daten anhand von 15 Variablen. Zusammenhänge werden mittels Chi-Quadrat- bzw. exakten Fisher Tests, multivariaten Regressionsanalysen sowie logistischen Modellen ermittelt. Neben der erklärten Varianz der Modelle (R^2) werden eine Residualanalyse und eine Post-hoc-Power-Analyse ($1-\beta$) untersuchter Modelle durchgeführt.

Ergebnisse: Ein Viertel der Patienten der Stichprobe (26 %) war bereits vor der Migration psychisch erkrankt; die meisten kommen spät und chronifiziert zur Behandlung (ca. 10 Jahre), die Hälfte der Patienten mit klinisch relevanter somatischer Komorbidität, und müssen überdurchschnittlich lange stationär behandelt werden (54 Tage). Bei 16 % wird eine Rückführung in das Heimatland (mit)organisiert. Der Chronifizierungsgrad korreliert mit psychischer Erkrankung vor Migration. Schwere affektive Erkrankungen und Psychosen treten spät nach der Migration, Sucht- und neurotische Störungen gleichmäßig verteilt auf.

Diskussion: Migration kann nicht in einen kausalen Zusammenhang mit Auslösung psychischer Störungen gesetzt werden, wenngleich eine positive Korrelation zwischen affektiven Störungen und Dauer des Migrationsstatus besteht. Chronifizierung hängt mit Ausbruch der Erkrankung von Migration zusammen. Die Stichprobe ist relativ homogen (eine Nationalität, erste Generation), büßt aber an epidemiologischer Repräsentativität ein (nicht Einzugsgebiet-bezogen).

Publiziert als: ***Valdés-Stauber J, Valdés-Stauber MA. Stationär behandelte psychisch kranke spanische Migranten der ersten Generation in Deutschland- Ergebnisse einer Reanalyse. Fortschr Neurol Psychiatr 2015; 65 (12): 467-475.***

Der Zusammenhang zwischen der Selbstfürsorge von Psychotherapeuten, ihrer subjektiv eingeschätzten therapeutischen Fähigkeit und dem durch Patienten bewerteten Therapieerfolg.

Beteiligte: S. Summer. Kooperation: M. Messner, O. Pollatos, U. Stabenow

Hintergrund: Aus der Literatur ist bekannt, dass das Wohlbefinden des Psychotherapeuten eine wichtige Einflussgröße des Therapieerfolges ist. Schlechtere Patientenzufriedenheit oder verminderte Versorgungsleistung können dann das Resultat sämtlicher Belastungen bis hin zum Burnout sein. Psychotherapeuten leisten bessere Arbeit, je höher ihr Gesundheitsempfinden ist.

Anliegen: Wegen der Relevanz von Psychohygiene bzw. Selbstfürsorge für den Therapieerfolg, wird anhand von drei Hypothesen deren Zusammenhang sowie den Zusammenhang mit der Einschätzung des Patienten untersucht.

Methode: Angewandt werden das HAPA-Modell (Schwarzer, 1992), die Conversation of Resources Theory (Hobfoll, 1989) und das Compassion Stress and Fatigue Modell (Figley, 1995). 42 Psychotherapeuten nahmen mit jeweils zwei bis drei Patienten an der Untersuchung teil. Die Therapeuten wurden zu verschiedenen Aspekten der Selbstfürsorge und zu ihrer Einschätzung der eigenen therapeutischen Fähigkeit und Qualität befragt, die Patienten bewerteten ihren Therapieerfolg. Angewandt wird auch ein Fragebogen zur Therapeutischen Beziehung (HAQ). Die Daten werden pseudonomysiert.

Ergebnisse: Es konnte gezeigt werden, dass ein Teil der Selbstfürsorge-Skalen mit dem Therapieerfolg korrelierten, der Aufklärungsanteil an der Gesamtvarianz des Therapieerfolges war jedoch sehr gering. Die Einschätzung zur eigenen therapeutischen Fähigkeit und Qualität korrelierte signifikant mit den meisten Selbstfürsorge-Skalen, sie hing aber nicht mit dem durch die Patienten bewerteten Therapieerfolg zusammen. Es werden Faktoren höherer Ordnung, wie die Resilienz oder die Selbstschätzung der Therapeuten, diskutiert, die als Ressourcen fungieren könnten. Zudem ist denkbar, dass die Ergebnisse den Schluss auf eine Schauspielfähigkeit der Therapeuten (Jaeggi, 2001) zulassen, was den fehlenden Anteil der Selbstfürsorge am Therapieerfolg erklären würde. Die vorliegende Studie deutet darauf hin, dass die Selbstfürsorge kaum den Therapieerfolg beeinflusst. Für die Einschätzung zur eigenen therapeutischen Fähigkeit ist die Selbstfürsorge von Bedeutung. Abschließend werden in der Diskussion Einschränkungen der Studie, sowie Möglichkeiten für künftige Forschungsfragen auf dem Gebiet der Selbstfürsorge beleuchtet.

Diese Studie ist als **Masterarbeit** an der Universität Ulm 2015 vorgelegt worden.

Gibt es Zusammenhänge zwischen Verbitterung und klinischen sowie persönlichkeitsbezogenen Faktoren bei psychosomatischen Patienten?

Autoren: J. Valdés-Stauber, H. Kämmerle, S. Bachthaler

Einleitung: Das Verständnis von Verbitterung reicht von einer negativen allgemeinmenschlichen Emotion bis hin zu einem destruktiven komplexen Affekt infolge einer nicht bearbeitbaren Kränkung.

Fragestellung: Es wird untersucht, ob es bei stationär-psychosomatischen Patienten relevante Zusammenhänge zwischen Formen der Verbitterung und klinischen sowie persönlichkeitsbezogenen Variablen bestehen.

Material und Methoden: Prospektive naturalistische Studie über 14 Monate anhand von konsekutiv und ohne Ausschlusskriterien aufgenommenen Patienten in einer akut-psychosomatischen Abteilung (N=166). Allgemeine Verbitterung und vier Subskalen werden mit dem Berner Verbitterungs-Inventar (BVI), Persönlichkeit mit BFI-10, klinische Variablen vorwiegend mit validierten Instrumenten (HoNOS, BDI, HADS, GAF, CGI, IIP-D, BSCL, Komorbidität, Dauer der Erkrankung sowie Struktur und Konfliktbelastung nach OPD-2) erfasst. Unterschiede zwischen Verbitterungsgraden werden mit univariaten Varianzanalysen, Zusammenhänge zwischen Verbitterung und klinischen sowie persönlichkeitsbezogenen Variablen werden mit multivariaten linearen und multinomialen Regressionsmodellen untersucht.

Ergebnisse: Die allgemeine Verbitterung fällt in den durchschnittlichen Bereich. In univariaten Varianzanalysen fallen Neurotizismus, IIP, BDI, HADS und BSCL bei überdurchschnittlicher Verbitterung signifikant höher aus. In multivariaten Regressionsmodellen korrelieren BDI, BSCL und Neurotizismus positiv mit Gesamtverbitterung, während GAF, Krankheitsdauer und Gewissenhaftigkeit negativ korrelieren. Diagnose, Krankheitsschwere, Konfliktbelastung und Strukturniveau sind nicht signifikant mit dem Grad der Verbitterung assoziiert. Die Modelle weisen eine erklärte Varianz der Verbitterung zwischen 11% und 39% auf.

Diskussion: Verbitterung zeigt bei psychosomatischen Patienten geringe und inkonsistente Zusammenhänge mit Persönlichkeitsvariablen, Krankheitsschwere, Diagnose, und psychopathologischer Belastung mit Ausnahme von Depressivität und Neurotizismus. Interpersonelle Probleme dürften relevanter sein als psychiatrische und persönlichkeitsbezogene Faktoren.

Schlussfolgerungen: Verbitterung kann als weitgehend von Krankheitsschwere, Diagnose und Persönlichkeit unabhängiges Konstrukt in die psychiatrische und psychosomatische Praxis Eingang finden.

Publiziert als: **Valdés-Stauber J, Kämmerle H, Bachthaler S. Gibt es Zusammenhänge zwischen Verbitterung und klinischen sowie persönlichkeitsbezogenen Faktoren bei psychosomatischen Patienten? Psychother Psych Med 2015; 65 (12): 467-475.**

Selbst – in der Sozialpsychiatrie

Autoren: T. Becker & J. Valdés-Stauber

Zusammenfassung des Buchkapitels

Das Konzept des Selbst wird in seiner Bedeutung in der Sozialpsychiatrie diskutiert. Es werden Befunde vorgestellt, die das Gewicht sozialer Faktoren in der Entstehung, dem Verlauf und der Behandlung psychischer Störungen deutlich machen. Das Konzept des Selbst in der Sozialpsychiatrie wird drei Positionen zugeordnet: einer ontologischen Position (konstitutive Dimension des Sozialen), einer Position, die die Realität des Erkrankens und des Genesens ins Zentrum stellt (epistemische Dimension) sowie der Vorstellung eines handlungsleitenden Menschenbilds der Sozialpsychiatrie (anthropologische Position). Die Verwurzelung des Selbst im Sozialen wird als eine wesentliche Perspektive von Forschung und Praxis im (sozial-)psychiatrischen Handlungsfeld vorgestellt.

Die Auseinandersetzung mit diesen drei Positionen kann in fünf Thesen zusammengefasst werden: **1)** Das »Soziale« in der (Sozial-)psychiatrie ist nicht ein differenzielles Attribut gegenüber anderen Richtungen und hat auch nicht einen ausschließlich heuristischen Charakter, sondern meint die grundlegende soziale Konstitution des Menschseins in der Gesundheit, in der Krankheit und »unterwegs zwischen beiden«. »Selbst« ist in diesem Sinne nicht nur ein »Ich« unter anderen »Ichs«, sondern ein Ich, das sich im »Wir« konstituiert und ohne relevante Dritte im sozialen Raum gar nicht wäre; **2)** Sozialpsychiatrie hat die pragmatische Dimension des Handelns im Blick, das heißt die Herausforderung des persönlichen Umgangs mit dem psychisch erkrankten Menschen. Somit ist »Selbst« ein Gegenüber als Person, und nicht nur ein »Krankheitsträger«; **3)** Die Sozialpsychiatrie vertritt ein Menschenbild, das in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen nicht ausschließlich die Defizite ins Zentrum rückt (Gefahr des therapeutischen Nihilismus), sondern auch persönliche Stärken und Restitutionsreserven (als Ressourcen für Klärungsprozesse) betont. »Selbst« meint in diesem Sinne ein Bewusstsein der eigenen Grenzen, aber auch eigener Wirksamkeit; **4)** Die Sozialpsychiatrie übernimmt das Erbe der klinischen Psychiatrie sowie der anthropologischen Psychiatrie (Passie 1995), vertritt eine ethische Haltung gegenüber psychisch kranken Menschen und entwickelt ihr Konzept in einer offenen zivilen Gesellschaft, die sich an dieser Herausforderung misst und auf Teilhabe zielt. »Selbst« meint in diesem Sinne den mündigen psychisch kranken Menschen, der Teil der Gesellschaft ist, der dem Gesunden die Gelegenheit gibt, über Grenzen der Existenz und über die ethische Dimension des Handelns zu reflektieren; **5)** Die Sozialpsychiatrie versucht nicht, eine lückenlose Semiotik des Krankhaften für jeden Betroffenen und jede Situation auf dem

längsschnittlichen Weg durch die Erkrankung zu rekonstruieren; sie lässt »Unverständliches« stehen und versucht, Inkommensurabilität des Abweichenden zu würdigen, ohne es zu verklären. »Selbst« ist in diesem Sinne eine auktoriale Welt, in der symbolische Affinitäten erhellt werden und »selbst«-erklärenden Versuchen zur Aneignung der eigenen Existenz ein Platz neben dem rational Geteilten gebührt.

Die (wissenschaftliche) Psychiatrie müsse sich dem Verständnis und dem Studium der verschiedenen (sozialen) Rollen zuwenden, welche Patienten einnehmen; sie müsse natürliche soziale Gruppen und die Interaktionen in therapeutischen Settings untersuchen; sie müsse schließlich auch die Zusammenhänge zwischen sozialen Interaktionen und Symptomausprägung berücksichtigen. Es gehe darum, Beziehungen und Interaktionen mit dem professionellen Hilfesystem zu untersuchen, der Frage nachzugehen, wo, wann und wie diese Interaktionen hilfreich seien und wie sie weiter verbessert werden könnten. Es gelte ferner, das Augenmerk auf Behandlungsfaktoren zu richten, die als unspezifisch angesehen werden. Es gehe schließlich um die Betonung psychiatrischen Handelns im sozialen Kontext als wesentlich für das Verständnis pathogener und salutogener Faktoren, denn letztlich ist das soziale Moment nicht nur eine heuristische Perspektive; Sozialität ist vielmehr konstitutiv für das Menschsein und somit eine anthropologische Konstante.

Wir plädieren – vor dem Hintergrund der beschriebenen Perspektiven auf das »Selbst« in der Sozialpsychiatrie – für die Wichtigkeit des Konzepts der sozialen Rollen sowie für die stete wissenschaftliche und klinisch-praktische Aufmerksamkeit für die Konstitution des Selbst im sozialen Kontext.

Publiziert als: **Becker T, Valdés-Stauber J. Selbst- In der Sozialpsychiatrie. In: K. Brücher (Hrsg.): Selbstbestimmung. Berlin: Parodos Verlag, 2015; S. 194-212.**

Gemeindepsychosomatik: Der Weg zu einer regionalen psychosomatischen Versorgung

Autor: J. Valdés-Stauber

Zusammenfassung des Buchkapitels

Eine moderne Psychosomatik sollte analog zu der Sozialpsychiatrie -mit welcher sie partnerschaftlich zusammenarbeitet- insofern als „Gemeindepsychosomatik“ verstanden werden, als dass sie Antworten auf psychische Störungen in der zu versorgenden Region mit den Mitteln der Psychosomatik und der Psychotherapie geben soll, die auf die konkreten Versorgungsbedürfnisse zugeschnitten sein müssten. Drehscheibe der Gesamtversorgung sollten dezidiert psychosomatische Ambulanzen ohne in Kauf zu nehmenden Wartezeiten, die schnell, unkompliziert und niedrigschwellig frühzeitig adäquate Alternativen für stationäre Behandlung und Rehabilitation anbahnen, so dass eine Steuerung der Versorgung und eine Reduktion von Chronifizierung gewährleistet werden können.

Nach einer kulturhistorischen Diskussion der abendländischen Dichotomien, die das Menschenbild in Philosophie und Medizin begründen, wird eine Standortbestimmung der Psychosomatischen Medizin in Deutschland vorgeschlagen, die der tradierten Misstrauenskultur zwischen Psychiatrie und Psychosomatik widerspricht. Die sechs Leitgedanken bei der Gründung einer selbständigen Psychosomatik in Baden-Württemberg und die Matrix der regionalisierten vernetzten Versorgungsstrukturen werden systematisch dargestellt.

Leitgedanke des Beitrags ist die Notwendigkeit eines adaptiven statt eines indikativen Maßstabs in der Versorgung, denn psychisch kranke Menschen sollten mit spezifischen Settings zu jedem Zeitpunkt der Krankheitsentwicklung dort abgeholt werden, wo jedes Faches am besten vermag, unabhängig von einer heuristisch aufgefassten diagnostischen Kategorisierung.

Der Beitrag schließt mit einem Plädoyer für eine adaptive Versorgung in der Seelenkunde, der in der sozialen und vom Prinzip der Ambulantisierung getragenen Perspektive der Gemeindepsychosomatik am ehesten gerecht wird. Gezielte Versorgungsforschung soll die Adäquatheit und Tragweite dieses Ansatzes belegen.

Publiziert als: Valdés-Stauber J. *Gemeindepsychosomatik: Der Weg zu einer regionalen psychosomatischen Versorgung*. In: Kunze H: *Psychisch krank in Deutschland. Plädoyer für ein zeitgemäßes Versorgungssystem*. Stuttgart: Kohlhammer; 2015: 112-131.