

Abgeschlossene Projekte 2016

Do the concepts of childhood trauma and dissociation provide an epistemological linkage between schizophrenia and PTSD?

Autoren: Peña-Salazar C, Arrufat-Nebot FX, Alvarez MJ, Masramón-Fontseré H, Coll-Negre M, Roura-Poch P & Valdés-Stauber J

Background: The possible dissociative nature of schizophrenia has been paid relatively little attention since it was first suggested by Bleuler more than 100 years ago. Today, the strict dichotomy between schizophrenia as a solely biological process and dissociative disorders as a psychological consequence of traumatic events in childhood has been widely overtaken by the fact that both of them share traumatic events in childhood as a triggering factor.

Method: An online literature research in PubMed/Medline was started 2012 based on four key words: childhood trauma & dissociation & schizophrenia & posttraumatic stress disorders. Hence, the authors explore both at a nosological as well as a symptom level the possible clinical associations between childhood trauma and dissociation in schizophrenia as well as childhood trauma and dissociation in PTSD. The discussion of the reviewed research adopts a narrative style in so far as scientifically, the most meaningful and indicative publications were directly discussed and concordant publications were compared along specific issues.

Results: There is substantial evidence to support an association between childhood trauma and psychosis as well as posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder. There is also evidence that a significant association exists between trauma (especially sexual or physical abuse, but also neglect) and hallucinations, blunted affect, dissociation, suicide attempts in adulthood, amnesia, and probably also somatoform disorders and epileptic-like symptoms. Recent investigations dealt with two important issues: first, whether there are mediating factors between psychotic and dissociative symptoms and second, which clinical and aetiological subgroups could be defined. "Dissociation" appears to be more than simply a common metaphor for splitting processes both in psychosis spectrum and posttraumatic stress disorders, since it refers to real biographic stress, to common biological mediating factors and to shared clinical phenomena. Ego-states theory and the psychotherapeutic model of structural dissociation of personality may integrate dimensionally the different clinical categories.

Conclusions: The most important epistemological consequence is that presence of trauma and structural dissociation of the personality calls into question the current discrete nosology of schizophrenia and PTSD because of the wide clinical and aetiological overlap between these diseases. If so, a dimensional conception of mental disorders could be more fruitful than a categorical one. Also the concept of causality has to be revisited, because a “multipotentiality” of triggering factors seems to correspond better to the observed clinical presentation rather than invoking simple “specific causes”. These epistemological questions lead to the ontological significance of psychiatric nosology contrary to symptoms or clusters of symptoms.

Publiziert als: *Peña-Salazar C, Arrufat-Nebot FX, Alvarez MJ, Masramón-Fontseré H, Coll-Negre M, Roura-Poch P & Valdés-Stauber J. Do the concepts of childhood trauma and dissociation provide an epistemological linkage between schizophrenia and PTSD? Nervenheilkunde 2016; 35: 242-251*

Der Mensch an seinen Grenzen- Tragweite von „Grenzsituation“ für die Psychiatrie und Psychotherapie in der Folge von Jaspers

Autor: J. Valdés-Stauber

Hintergrund: Der existenzphilosophische Begriff der Grenzsituation wurde von Jaspers als die unausweichliche Schwelle von der gewöhnlichen Seinsweise des Daseins zur Existenz als die eigentliche Seinsform des Menschen aufgefasst. Ein Scheitern an existenziellen Grenzen bedeutet, dass sie nicht zu verschleiern sind, sondern, dass sie selbsttranszendierend anzueignen sind.

Methode: Ausgangspunkt ist die Analyse von Grenzsituation bei Jaspers, sowohl im Rahmen der antinomischen Struktur des Menschseins als auch der Doppelheit des Weltseins. Es wird versucht, die ontologische Bestimmung von Grenzsituation in eine ontische zu übersetzen, die für Psychiatrie und Psychotherapie als empirische Wissenschaften von Handlungsrelevanz sein könnte.

Ergebnisse: Der existenzphilosophische Ausgangspunkt ist die Unterscheidung zwischen Dasein und Existenz als Seinsmodi. Grenzsituationen sind nicht zu verschleiernde Daseinskonstellationen, die nach einem selbsttranszendierenden Sprung und ein Überwinden von Gehäusen verlangen, um den Seinsmodus der Existenz als eigentliches Selbstsein zu erreichen. Jaspers entwirft eine ontologische Typologie von Grenzsituationen psychologischer Prägung bei welcher Leiden eine Schlüsselrolle spielt. Eine ontische Entsprechung für die Psychiatrie und Psychotherapie verweist auf die Bedeutung von kritischen Lebensereignissen, von Suizidalität, von Denk- und Verhaltensmustern als Gehäusen und von psychischer Erkrankung sowohl als Grenzsituation selbst als auch als deren Folge. In anthropologischer Hinsicht haben sich die Konzepte von existenzieller Vulnerabilität und Grenzsituationskompetenz als bereichernd erwiesen.

Diskussion: Der jaspersche ontologische Begriff von Grenzsituation leistet in seiner ontischen Entsprechung einen fruchtbaren Beitrag für Psychiatrie und Psychotherapie, denn er weist auf die für die eigene Existenz wesentliche Person-Umwelt-Passungskonstellationen als Sollbruchstellen hin, die unbewältigt zu psychopathologisch relevantem Scheitern führen können. Die als relational verstandene kritischen Lebensereignisse und eine als biographisch erhellte existenzielle Vulnerabilität sowie selbststabilisierende Abwehrmodi können einen Beitrag zur Psychotherapie im Sinne von Würdigung, Bewältigung und Steigerung der Grenzsituationskompetenz leisten.

Publiziert als: **Valdés-Stauber J. Der Mensch an seinen Grenzen- Tragweite von „Grenzsituation“ für die Psychiatrie und Psychotherapie in der Folge von Jaspers. Fortschr Neurol Psychiatr 2016; 84: 19-27**

STXBP1 encephalopathy- A neurodevelopmental disorder including epilepsy

Autoren: Stamberger H. und weitere 56 Autorinnen und Autoren, einschließlich H. Baier und N. Michelberger aus unserer Abteilung Epileptologie.

Objective: To give a comprehensive overview of the phenotypic and genetic spectrum of STXBP1 encephalopathy (STXBP1-E) by systematically reviewing newly diagnosed and previously reported patients.

Methods: We recruited newly diagnosed patients with STXBP1 mutations through an international network of clinicians and geneticists. Furthermore, we performed a systematic literature search to review the phenotypes of all previously reported patients.

Results: We describe the phenotypic features of 147 patients with STXBP1-E including 45 previously unreported patients with 33 novel STXBP1 mutations. All patients have intellectual disability (ID), which is mostly severe to profound (88%). Ninety-five percent of patients have epilepsy. While one-third of patients presented with Ohtahara syndrome (21%) or West syndrome (9.5%), the majority has a nonsyndromic early-onset epilepsy and encephalopathy (53%) with epileptic spasms or tonic seizures as main seizure type. We found no correlation between severity of seizures and severity of ID or between mutation type and seizure characteristics or cognitive outcome. Neurologic comorbidities including autistic features and movement disorders are frequent. We also report 2 previously unreported adult patients with prominent extrapyramidal features.

Conclusion: De novo STXBP1 mutations are among the most frequent causes of epilepsy and encephalopathy. Most patients have severe to profound ID with little correlation among seizure onset, seizure severity, and the degree of ID. Accordingly, we hypothesize that seizure severity and ID present 2 independent dimensions of the STXBP1-E phenotype. STXBP1-E may be conceptualized as a complex neurodevelopmental disorder rather than a primary epileptic encephalopathy.

Publiziert als: ***Stamberger H. et al. STXBP1 encephalopathy- A neurodevelopmental disorder including epilepsy. Neurology 2016; 86: 954-962.***

Anticonvulsivant therapy in brain-tumor related epilepsy.

Autoren: W. Fröscher, T. Kirchstein & J. Rösche.

Background: The lifetime risk of patients with brain tumors to have focal epileptic seizures is 10-100%; the risk depends on different histology. Specific guidelines for drug treatment of brain tumor-related seizures have not yet been established. Aim. This review addresses the special aspects of antiepileptic drug (AED) therapy in brain tumor-related epilepsy.

Methods: We analyzed the literature up to December 2015.

Results: Based on current evidence the management of tumor-related seizures does not differ substantially from that applied to epilepsies from other etiologies. Therefore, the choice of an AED is based, above all, on tolerability and pharmacokinetic interactions with chemotherapeutic drugs. Levetiracetam is recommended by many authors as first-line therapy in brain tumor-related epilepsy. Due to the possibility of interactions, the combination of enzyme-inducing AEDs and chemotherapeutic drugs, is usually not recommended as a first choice. Currently there is no evidence that prophylactic prescription of long-term AEDs in brain tumor-patients who did not present with seizures is justified. Because of the high risk of recurrence, however, AED treatment should be strongly considered after a single brain tumor-related seizure. The decision to withdraw AEDs must carefully consider the risk of seizure recurrence.

Conclusion: At present levetiracetam is the preferred drug in brain tumor-related epilepsy, especially when drug interactions need to be avoided. In the future we hope to acquire more targeted drugs against this disorder by uncovering its pathogenesis

Publiziert als: **Fröscher W, Kirchstein T, Rösche J. Anticonvulsivant therapy in brain-tumor related epilepsy. *Journal of Epileptology* 2016; 24, ID 897942. DOI: 10.1515/joepe-2016-0004**

Transcutaneous vagus nerve stimulation (tVNS) for treatment of drug-resistant epilepsy: a randomized, double-blind clinical trial (cMPsEO2)

Autoren: S. Bauer , H. Baier , C. Baumgartner C und weitere 14 Autoren.

Background: Various brain stimulation techniques are in use to treat epilepsy. These methods usually require surgical implantation procedures. Transcutaneous vagus nerve stimulation (tVNS) is a non-invasive technique to stimulate the left auricular branch of the vagus nerve at the ear conch.

Objective: We performed a randomized, double-blind controlled trial (cMPsEO2) to assess efficacy and safety of tVNS vs. control stimulation in patients with drug-resistant epilepsy.

Methods: Primary objective was to demonstrate superiority of add-on therapy with tVNS (stimulation frequency 25 Hz, n = 39) versus active control (1 Hz, n = 37) in reducing seizure frequency over 20 weeks. Secondary objectives comprised reduction in seizure frequency from baseline to end of treatment, subgroup analyses and safety evaluation.

Results: Treatment adherence was 84% in the 1 Hz group and 88% in the 25 Hz group, respectively. Stimulation intensity significantly differed between the 1 Hz group (1.02 ± 0.83 mA) and the 25 Hz group (0.50 ± 0.47 mA; $p = 0.006$). Mean seizure reduction per 28 days at end of treatment was -2.9% in the 1 Hz group and 23.4% in the 25 Hz group ($p = 0.146$). In contrast to controls, we found a significant reduction in seizure frequency in patients of the 25 Hz group who completed the full treatment period (20 weeks; n = 26, 34.2% , $p = 0.034$). Responder rates (25%, 50%) were similar in both groups. Subgroup analyses for seizure type and baseline seizure frequency revealed no significant differences. Adverse events were usually mild or moderate and comprised headache, ear pain, application site erythema, vertigo, fatigue, and nausea. Four serious adverse events were reported including one sudden unexplained death in epilepsy patients (SUDEP) in the 1 Hz group which was assessed as not treatment-related.

Conclusions: tVNS had a high treatment adherence and was well tolerated. Superiority of 25 Hz tVNS over 1 Hz tVNS could not be proven in this relatively small study, which might be attributed to the higher stimulation intensity in the control group. Efficacy data revealed results that justify further trials with larger patient numbers and longer observation periods.

Publiziert als: **Bauer S, Baier H, Baumgartner C et al. Transcutaneous vagus nerve stimulation (tVNS) for treatment of drug-resistant epilepsy: a randomized, double-blind clinical trial (cMPsEO2). *Brain Stimulation* 2016; 9: 356-363.**

Patientenversorgung im psychoonkologischen Konsiliar- und Liaisondienst – Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne psychiatrische Komorbidität

Autoren: J. Valdés-Stauber & S. Bachthaler

Hintergrund: Psychoonkologische Konsiliar- und Liaisondienste (KLD) sind vorwiegend psychosomatisch ausgerichtete Teams in Akutkrankenhäusern. Sie arbeiten meistens elektiv auf Überweisung, aber auch in speziellen interdisziplinären Versorgungssettings oder als Vollversorgung bestimmter Patientengruppen wie in onkologischen Zentren.

Fragestellung: Es wird der Frage nachgegangen, ob bei den vom KLD versorgten Patienten klinische und versorgungsbezogene Unterschiede bestehen zwischen onkologischen Patienten mit und ohne psychiatrische Komorbidität. Zentren- wie auch diagnosebezogene Unterschiede werden ebenfalls untersucht.

Methode: Es handelt sich um eine Vierjahresuntersuchung (2012-15, für die Zentrenvergleiche 2013-15) in einem 520 Betten, 18 Kliniken und 6 onkologischen Zentren umfassendes süddeutsches Krankenhaus. Die Daten wurden anhand einer Basisdokumentation erhoben, die bei jedem Konsil (N=3.441 entsprechend 2.257 Patienten) zum Einsatz kam. Assoziationen wurden anhand von Chi-Quadrat-Tests, Varianzanalysen, Scheffé-Tests sowie multivariaten linearen und logistischen Regressionsmodellen ermittelt.

Ergebnisse: Die Patienten der Stichprobe sind im Durchschnitt 64 Jahre alt, zu 68 % Frauen und weisen einen Distress von 4,63 auf. 4,4 % litten an affektiven und 7,8 % an Anpassungsstörungen. Bivariate Tests zeigen, dass Patienten mit psychiatrischer Komorbidität (19%) und Patienten außerhalb der Zentren (24%) hochsignifikant ($p < 0,001$) klinisch beeinträchtigt sind und eine intensivere Versorgung durch den KLD erhalten. Innerhalb der Zentren liegt die psychiatrische Komorbidität im Prostata-Zentrum am höchsten (25%), außerhalb der Zentren 62 %. Multivariate Regressionsmodelle bestätigen die Unterschiede der bivariaten Tests. Eine negative Assoziation zwischen Alter und Versorgungsdichte wurde festgestellt.

Diskussion: Hinweise für eine gute Praxis durch psychoonkologische KLDs wurden gefunden, da durch psychiatrische Komorbidität klinisch belasteter Patienten tatsächlich intensiver versorgt werden. Komorbiditätsquoten sind niedriger als in anderen deutschsprachigen Studien.

Schlussfolgerung: Onkologische Patienten mit psychiatrischer Komorbidität sollten im KLD wegen des höheren Distress identifiziert werden. Die Tatsache, dass ältere Patienten weniger direkte Versorgung erhalten, müsste mit systemischen Interventionen kompensiert werden. Versorgungsbedürfnisse - und nicht lediglich reale Versorgung – sollten durch spezielle Designs ermittelt werden.

Publiziert als: **Valdés-Stauber J, Bachthaler S. Patientenversorgung im psychoonkologischen Konsiliar- und Liaisondienst – Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne psychiatrische Komorbidität. Psychother Psychosom Med Psychol 2016; 66(11):429-440.**

Versorgungunterschiede im Konsil- und Liaisondienst in Abhängigkeit von der psychiatrischen Diagnose

Autoren: J. Valdés-Stauber & S. Bachthaler

Hintergrund: Die Untersuchung von realer Versorgungsdichte durch psychiatrisch-psychosomatischen Konsiliar- und Liaisondiensten (KLD) in Abhängigkeit von Patientengruppen, Settings und Diagnosen ist hinsichtlich einer besseren Ressourcenallokation sinnvoll.

Fragestellung: Bestehen Unterschiede hinsichtlich der Versorgungsdichte durch einen KLD in einem Allgemeinkrankenhaus in Abhängigkeit von der psychiatrischen Diagnose?

Methode: Vierjährige retrospektive Analyse aller Konsile (N = 7.081 entsprechend 4.080 Personen) anhand einer qualitätssichernden Basisdokumentation. Neben deskriptiver Statistik werden zur Untersuchung von Gruppenunterschieden bivariate Tests (Chi-Quadrat- und Varianzanalyse, einschließlich Scheffé-Tests) und zur Untersuchung von Assoziationen multivariate lineare und logistische Modelle eingesetzt. Alle Berechnungen wurden mit Stata 12 durchgeführt.

Ergebnisse: Erreichungsquote von 3,2 % der Aufnahmen. Innere Medizin (22,3 %), Chirurgie (26,1 %) und Gynäkologie mit Geburtshilfe (21,1 %) überwiegen vor Intensivstationen (7 %) und Neurologie (2,1 %). Aktueller Suizidversuch bei 3,3 %. Durchschnittlich 1,7 Konsile und 75 Minuten pro Patient, wobei lediglich 25 % der Patienten zwei oder mehr Konsile erhalten. Die Hälfte der Patienten weist eine aktuelle psychiatrische Diagnose auf. Ein Drittel erhält psychotherapeutische, die Hälfte psychopharmakologische Behandlung und zwei Drittel eine spezielle Nachsorgeempfehlung. Patienten mit psychiatrischer Komorbidität erhalten eine intensivere Versorgung als Patienten ohne Komorbidität, genauso wie Patienten mit einer primären nicht-onkologischen somatischen Erkrankung verglichen mit onkologischen Patienten, ausgenommen psychotherapeutische Interventionen. Patienten mit depressiven und somatoformen Störungen erhalten eine höhere Versorgungsdichte. Männer erhalten eine geringere Versorgungsdichte; Alter ist negativ assoziiert mit Versorgungsdichte, Nachsorgeempfehlung und psychotherapeutischer Behandlung, jedoch positiv assoziiert mit psychopharmakologischer Behandlung.

Diskussion: Im untersuchten Liaisondienst wurden stark differierende Versorgungsmuster in Abhängigkeit von Konsilart, von psychiatrischer Komorbidität und von den einzelnen psychiatrischen Diagnosen festgestellt. Geleistete psychotherapeutische Interventionen folgen nicht den erwarteten diagnostischen Mustern. Systemische Interventionen mit indirekten Leistungen dürften für ältere Patienten und für Patienten mit organischen psychischen Störungen Priorität haben.

- Publiziert als: **Valdés-Stauber J, Bachthaler S. Versorgungunterschiede im Konsil- und Liaisondienst in Abhängigkeit von der psychiatrischen Diagnose. Nervenarzt 2016**
doi:10.1007/s00115-016-0223-9.

Veränderungen von Lebensbedeutung und Lebenssinn bei Angehörigen von palliativ behandelten Patienten. Eine Multimoment-Studie von im häuslichen Umfeld behandelten Patienten durch den ambulanten Pflegedienst *Clinic Home Interface*

Autoren: R. Lemanczyk & J. Valdés-Stauber

Hintergrund: Es gibt hinreichende Literatur zu daseinsanalytische und spirituelle Einstellungen von onkologischen Patienten bzw. Patienten unter Palliativbehandlung, jedoch spärliche über diese Einstellungen bei Angehörigen, insbesondere im Verlauf und nicht nur im Querschnitt.

Fragestellung: Inwiefern verändern sich die Lebensbedeutungen bei den pflegenden Angehörigen in der prä-terminalen Phase des schwer kranken Familienmitgliedes und welche Faktoren haben einen Einfluss auf mögliche Veränderungen.

Methode: Prospektive Kohortenstudie bei Angehörigen von durch einen aufsuchenden Pflegedienst versorgten Palliativpatienten (N=183; Teilnehmende=100, nicht-Teilnehmende=83). Es handelt sich um eine Vollerhebung ohne Ausschlusskriterien anhand standardisierter Instrumente, insbesondere LEBE und Teile des PO-BADO, die mit Unterstützung von CHI (Clinic Home Interface) Ravensburg durchgeführt wurde. Die Erhebungen erfolgen unmittelbar vor Beginn der aufsuchenden Palliativpflege (T0), eine Woche später (T1), nach sechs Wochen (T2) und nach drei Monaten (T3). Aufgrund der Panel-Struktur der Datensätze werden die Effekte anhand von random-effects- Regressionsmodellen untersucht. Diese Untersuchung wurde von der Ethikkommission der Universität Ulm genehmigt.

Ergebnisse: Die deskriptive Statistik als auch die Regressionsanalysen zeigen, dass die meisten Lebensbedeutungen eine U-förmige Entwicklung aufweisen, die meistens negativ in linearer und positiv in quadratischer Regressionsanalyse ausfällt. Von sechs übergeordneten Dimensionen und 26 einzelnen Lebensbedeutungen ändern sich über den untersuchten Zeitraum lediglich Ordnung, Soziales Engagement, Tradition, Moral und Spaß, wobei alle bis auf Soziales Engagement abnehmen, sowohl in bivariaten als auch in multivariaten random-effects- Regressionsmodellen. Die Lebensbedeutungen sind generell positiv assoziiert mit psychischer Belastung des kranken Familienmitglieds und negativ assoziiert mit deren Alter und funktioneller Beeinträchtigung als auch mit dem Grad der psychischen Belastung des pflegenden Angehörigen selbst.

Diskussion: Es kann davon ausgegangen werden, dass die vom LEBE-Test im daseinsanalytischen Sinne gemessenen Lebenseinstellungen ziemlich stabil sind, dass sich jedoch manche darunter trotz der Unterstützung durch einen spezialisierten Palliativpflegedienst abnehmen, wenngleich im dritten Monat meistens eine Erholung des Wertes festgestellt werden konnte. Diese Ergebnisse sind vorsichtig zu interpretieren, denn die Effekte gering sind und die Stichprobe nach drei Monaten auf genau ein Viertel und schrumpft.

Limitationen und Ausblick: Eine wichtige Limitation der vorliegenden Studie ist die hohe Zahl an Nicht-Beteiligten und die hohe drop-out-Rate durch Ableben während des Untersuchungszeitraums. Wichtig wäre ebenfalls den Einfluss der unabhängigen Variablen auf den Verlauf der abhängigen Variablen anhand zeitabhängiger Werte für die erklärenden Variablen sowie anhand von Interaktionsvariablen mit der Zeit in den random-effects-Modellen zu untersuchen. Längere Beobachtungszeiträume könnten weitere Zusammenhänge oder die Veränderungsstruktur derselben über die Zeit aufzeigen. In künftigen Untersuchungen könnten Patientengruppen mit und ohne aufsuchende Pflege oder zu Hause vs. Hospiz oder aber transnationale Vergleiche durchgeführt werden.

Diese Arbeit wurde als Promotionsschrift bei der Universität Ulm im Mai 2016 eingereicht

Multidimensional profile and assessment of care needs and possible implementation of new communication technologies in the treatment of people suffering from dual diagnosis in five European countries

Authors: Valdés-Stauber J (Germany), Thompson T & Matias P (England), Cardone A & Pagano L (Italy), Rebelo M & Taleço C (Portugal), Galán S, López AC & Julve M (Spain).

Background: Dual diagnosis can be considered as a broad, less specific concept, related to many risks, treatment difficulties, less prevention strategies and poor outcomes. Best epidemiological study today is ECA (Regier et al., 1990). There are different explanation models, especially for schizophrenia and alcohol or cannabis abuse. More effective treatment approaches are not consecutive or parallel, but integrative ones. We don't know if new communication technologies may improve tertiary prevention.

Aims: The main aim of inTICgration consists in the systematic description of the needs of treated patients/clients suffering from dual diagnosis in the corresponding catchment areas of the project partners in order to develop adequate educational strategies, like the implementation of new information and communication technologies. Such measures may reduce relapse risk and/ or psychosocial as well as health complications in the scope of the tertiary prevention. Project period: August 2014 September 2016.

Method: This project can be understood as a naturalistic, descriptive, comparative, and explorative study about the psychosocial and health profile as well as about the concrete needs of patients/clients suffering from dual disorders who are cared by the participating institutions in five different European countries. Runtime amounts two years. Psychosocial, clinical, treatment variables, carer's and patient's needs, adherence factors, domains of care and requirement of new communication technologies are assessed. Raw data were transferred into an Excel-register after matching the figure with the corresponding category. Pseudonymized data was converted by specific SPSS and STATA programs, which allow complex statistical tests. We are aware about methodological limitations, especially the comparability of samples because of different settings, selection bias, as well as country-related legal, economic, and provision discrepancies. If new communication technologies in the treatment of our target patient/client group were implemented, there could be important to assess possible changes for clinical and educational relevant variables by means of pre-post statistical tests.

Results: 1. Five EU-countries submit together an application to Erasmus +; 2. Distribution of tasks in each one country; 3. Assessment phase by means of self developed indicators and forms; 4. If applicable, development and implementation of a special app; 5. Four meetings within a period of two years; 6. Final report. Main results are the draft of three reports about the research status in the treatment of dual diagnosis, the care situation in European countries, and important tasks in psychosocial rehabilitation of people suffering from severe mental disorders. Finally, a clinical-educative application (webapp) was developed by an IT expert on the basis of theoretical draft (see reports) and tested by patients and professionals

Die Einführung der Erklären-Verstehen-Dichotomie in die Psychiatrie durch Jaspers – Aktualität und Grenzen

Autor: J. Valdés-Stauber

Fragestellung: Jaspers übernahm für die Psychiatrie die im Rahmen des Methodenstreits zwischen Geistes- und Naturwissenschaften aufgestellte Dichotomie von Erklären und Verstehen. Untersucht wird die wissenschaftstheoretische Bedeutung der jasperschen Verstehen-Erklären-Dichotomie sowie, inwieweit der ursprüngliche erkenntnistheoretische Rang des Verstehens heute noch eine heuristische und klinische Tragweite besitzt.

Methode: Ausgehend von den philosophischen Einflüssen durch Husserl und Dilthey wird die wissenschaftstheoretische Begründung der Psychopathologie in der instrumentellen Dichotomie zwischen Erklären und Verstehen untersucht. Die entstandenen ontischen Grenzen des genetischen Verstehens sind der Ausgangspunkt für die Untersuchung der Tragweite des Unverständlichkeitstheorems als ausschlaggebend für die Diagnose von letztlich biologisch begründeten psychischen Störungen. Diskutiert wird die Aktualität von Verstehen in Psychiatrie und Psychotherapie als heuristisches Instrument der Erfassung fremdseelischen Erlebens und der Diagnostik.

Ergebnisse: Für den Aufbau einer die Psychopathologie begründenden Wissenschaftstheorie übernimmt Jaspers wesentliche Begriffe vom frühen Husserl (Deskription, Phänomen, Anschauung, anschauliche Vergegenwärtigung, Intentionalität und Urteilsfreiheit) und vom späten Dilthey (Verstehen, Sichhineinversetzen, Transposition, Erlebnis, Nacherleben, Einfühlen, Mitfühlen, Nachbilden) und passt sie an seine erkenntnistheoretische und letztlich heuristisch-diagnostische Intention an. Während das Sichhineinversetzen sowohl für die Anschauung von psychopathologischen Kategorien als auch für das Einfühlen in Patientenerlebnisse verwendet wird, bleibt das genetische Verstehen das ontische Instrument, um zwischen verstehbaren Entwicklungen und erklärbaren Prozessen diagnostisch und therapeutisch unterscheiden zu können. Die Untersuchung der Grenzen des genetischen Verstehens führt einerseits zu biologischen Phänomenen, andererseits zur Totalität der Existenz. Das Unverständlichkeitstheorem als erkenntnistheoretisches Paradigma in der Psychopathologie Jaspers' wird anhand eines Dekalogs von Annahmen kritisch beleuchtet. Die abschließende Kritik setzt vornehmlich an der Universalität und Uniformität des Verstehens als auch an deren Einseitigkeit an.

Diskussion: Jaspers postuliert einen Methodenpluralismus, der im Grunde eine Hierarchisierung darstellt, die im Gegensatz zu Dilthey das Verstehen durch das Erklären überdeterminieren lässt. Das Verstehen als Aneignung des Patienten wird dem realen Bedürfnis nach Kommunikation nicht gerecht, denn es geht ontisch – und vielleicht auch ontologisch – eher um Verständigung und um Erkundung von Partizipationshorizonten durch eine Disposition des Sicheinlassens als um deskriptive Diagnostik von unverständlichen Wahnwelten.

Publiziert als: *Valdés-Stauber J. Die Einführung der Erklären-Verstehen-Dichotomie in die Psychiatrie durch Jaspers – Aktualität und Grenzen. Journal für Psychiatrie und Philosophie 2016 (im Druck).*

Zwangsbehandlung und Geschäftsfähigkeit in der Psychiatrie- Selbstbestimmungsfähigkeit vs. freiheitseinschränkende Fürsorgepflicht

Autor: J. Valdés-Stauber

In unserer Rechtsprechung wird die Anwendung von unfreiwilligen medizinischen Interventionen, das heißt sowohl Zwangsmaßnahmen als auch Zwangsbehandlungen gegen den natürlichen Willen des Patienten, juristisch legitimiert bei Annahme eines mutmaßlichen Willens, sollte die Selbstbestimmungsfähigkeit krankheitsbedingt beeinträchtigt sein. Die Frage des Vorliegens einer (krankheitsbedingten) Beeinträchtigung der freien Willensbildung als Grundlage für die Beurteilung der Geschäftsfähigkeit ergeht nicht automatisch aus dem Vorliegen einer psychischen Erkrankung, weshalb Selbstbestimmungsfähigkeit gesondert belegt werden muss. Die Begründung soll positiv anhand von belegbaren Anhaltspunkten erfolgen und nicht auf die Krankheit selbst rekurrieren, da ansonsten die Gefahr einer tautologischen Argumentation droht.

Die vorgeschlagenen Kategorien liefern Anhaltspunkte für Entscheidung des Vorliegens von Geschäftsunfähigkeit, die letztlich individuell zu erfolgen hat auf der Grundlage belastbarer medizinisch relevanter Indizien. Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlung kann damit zwar begründet werden, unterliegt aber dem Gebot der Schadensminderung, der Ausgewogenheit, der Besonnenheit und letztlich dem klugen Handeln unter Rückgriff auf eine konspektiv-prismatische Entscheidungsfindung [1], die die Perspektiven aller beteiligten Akteure berücksichtigt.

Publiziert als: *Valdes-Stauber J. Zwangsbehandlung und Geschäftsfähigkeit in der Psychiatrie- Selbstbestimmungsfähigkeit vs. freiheitseinschränkende Fürsorgepflicht. NeuroTransmitter 2016; 27 (12):24-28.*