



Zuverlässig an Ihrer Seite

## kbo-Innovationspreis 2018/2019 Mental Health | Sozialpsychiatrie





# Inhalt

- 5 | Der Preis
- 6 | Die Jury
  
- 9 | **Preisträger kbo-Innovationspreis | Dissertationen**
- 10 | **Traumatisierungen bei suchterkrankten Personen unter besonderer Berücksichtigung der dissoziativen PTBS und frühen Traumatisierungen**  
Dr. Michaela Mergler, Klinische Psychologie
- 18 | **Das Zwei-Faktoren-Modell von Psychopathie bei Maßregelpatienten**  
Dr. Julian Friedrich Kreutz, Medizin
- 19 | **Inanspruchnahme, Ergebnisse und Zufriedenheitsbeurteilung eines ambulanten psychiatrischen Krisenhilfeangebots**  
Dr. Claudia Fischer, Humanbiologie
  
- 25 | **Preisträger kbo-Innovationspreis | Masterarbeiten**
- 26 | **Transformative Bildung in der Sozialpsychiatrie – eine für die Eingliederungshilfe erstellte Teilhabekonzeption basierend auf dem ICF-Klassifikationssystem und dem Capability/-ies Approach zur Förderung von Empowermentprozessen der AdressatInnen**  
Tabea Achenbach, Soziale Arbeit
- 28 | **Die Bedeutung von Dissoziativer Symptomatik und Emotionsdysregulation als Prädiktoren für eine erfolgreiche stationäre PTBS-Behandlung bei einer hochtraumatisierten Stichprobe**  
Alexander Lankes, Psychologie
- 29 | **Vergleich der Validität der Screeninginstrumente ADS-K und WHO-5 zur Früherkennung bei depressiven Störungen im Erwachsenenalter. Eine empirische Arbeit zur Ermittlung der Kriteriumsvalidität an einer Stichprobe chronischer Schmerzpatienten**  
Marvin Kregel, Klinische Psychologie
  
- 33 | **Preisträgerinnen kbo-Innovationspreis | Bachelorarbeit**
- 34 | **Analyse und Darstellung der Gründe für die vergleichsweise vielen freiwilligen Aufenthalte in geschlossen geführten Heimeinrichtungen in Bayern**  
Jaqueline Fota und Sophie Lenert, Pflege Dual
  
- 37 | **Kliniken des Bezirks Oberbayern (kbo)**
- 38 | **Standorte im Detail**

Hinweis: Die weibliche und die männliche Form werden abwechselnd oder gemischt verwendet, es sind jedoch grundsätzlich alle Geschlechter gemeint.



## Der Preis

Der kbo-Innovationspreis Mental Health | Sozialpsychiatrie prämiiert alle zwei Jahre empirische und praxisbezogene wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet Mental Health und Sozialpsychiatrie. So unterstützen wir die praxisrelevante Forschung und Wissenschaft für eine stetige Verbesserung der Versorgung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder seelischen Behinderung. Der Preis wird in drei Kategorien für Bachelor-, Master- und Dissertationsarbeiten vergeben.

Der kbo-Innovationspreis Mental Health | Sozialpsychiatrie leistet einen aktiven Beitrag, um die sozialpsychiatrische Versorgung, Vernetzung und Prävention wissenschaftlich zu fundieren und zu fördern. Denn die erfolgreiche Weiterentwicklung sozialpsychiatrischer Behandlungs- und Betreuungsmodelle braucht eine solide wissenschaftliche Basis.

Bewerben können sich Studierende mit Hauptwohnsitz in Oberbayern oder einer Fachhochschule, Hochschule oder Universität in Oberbayern aus den Bereichen Mental Health, Soziale Arbeit, Sozialpädagogik, Psychologie, Soziologie, Medizin, Pflege, Pädagogik, Gesundheitsmanagement, Public Health, Health Care Management, Gesundheitswissenschaften oder in einem vergleichbaren Studiengang. Die Bachelor- oder Masterarbeiten müssen mit der Note 2,3 oder besser bewertet worden sein und sind nicht älter als zwei Jahre, die Promotionen nicht älter als vier Jahre.

Koordiniert wird der kbo-Innovationspreis durch den kbo-Vorstandsbereich Versorgungsentwicklung und -qualität unter Leitung von Dr. Martina Bielawski, zusammen mit Miriam Hailer, Referentin Krisenversorgung und Prävention.

Dr. Martina Bielawski,  
Leitung  
kbo-Vorstandsbereich  
Versorgungsentwicklung  
und -qualität



Miriam Hailer,  
Referentin Krisenversorgung  
und Prävention,  
kbo-Vorstandsbereich  
Versorgungsentwicklung  
und -qualität



## Die Jury

Um der wissenschaftlichen Vielfalt Rechnung zu tragen, setzt sich die Jury aus Vertreterinnen und Vertretern unterschiedlicher Berufsfelder und Professionen zusammen.



Prof. Dr. med.  
Thomas Becker,  
Ärztlicher Direktor der  
Klinik für Psychiatrie und  
Psychotherapie II  
der Universität Ulm,  
Bezirkskrankenhaus  
Günzburg,  
Mitherausgeber der  
„Psychiatrischen Praxis“



Heidi Damböck,  
Pflegedirektorin  
kbo-Lech-Mangfall-Kliniken



Dr. med. Margitta  
Borrmann-Hassenbach,  
Vorstand kbo



Prof. Dr. med. Peter Falkai,  
Direktor der Klinik und  
Poliklinik für Psychiatrie und  
Psychotherapie,  
Klinikum der Ludwig-  
Maximilians-Universität  
München



Dr. rer. nat.  
Julie Korbmacher,  
Leitung BIDAQ – Bayerisches  
Institut für Daten, Analysen  
und Qualitätssicherung

Eva Kraus,  
Abteilungsleitung  
Sozialpsychiatrie  
kbo-Sozialpsychiatrisches  
Zentrum



Prof. Dr. phil.  
Markus Witzmann,  
Hochschule für angewandte  
Wissenschaften München



Dr. phil.  
David Rester,  
UMIT – Private Universität für  
Gesundheitswissenschaften,  
Medizinische Informatik und  
Technik (Hall in Tirol),  
Department  
Pflegerwissenschaft und  
Gerontologie, Institut  
für Gerontologie und  
demografische Entwicklung



Prof. Dr. med.  
Peter Zwanzger,  
Ärztlicher Direktor  
kbo-Inn-Salzach-Klinikum,  
Sprecher der Ärztlichen  
Direktoren von kbo



Ade Trägler,  
Oberbayerische Selbsthilfe  
Psychiatrie-Erfahrener  
(OSPE) e. V.



Preisträger

kbo-Innovationspreis

2018/2019



# Preisträger kbo-Innovationspreis | Dissertationen

## Platz 1: Dr. Michaela Mergler, Klinische Psychologie

Traumatisierungen bei suchterkrankten Personen unter besonderer Berücksichtigung der dissoziativen PTBS und frühen Traumatisierungen

## Platz 2: Dr. Julian Friedrich Kreutz, Medizin

Das Zwei-Faktoren-Modell von Psychopathie bei Maßregelpatienten:  
Eine Untersuchung von nach § 64 StGB in der Klinik für Forensische Psychiatrie des kbo-Inn-Salzach-Klinikums untergebrachten Straftätern im Hinblick auf Persönlichkeitsstörungen, belastende Kindheitserfahrungen, Aggression und Resilienz

## Platz 3: Dr. Claudia Fischer, Humanbiologie

Inanspruchnahme, Ergebnisse und Zufriedenheitsbeurteilung eines ambulanten psychiatrischen Krisenhilfeangebots  
Untersuchung am Beispiel des Krisendienstes Psychiatrie München (KPM)

# Traumatisierungen bei suchterkrankten Personen unter besonderer Berücksichtigung der dissoziativen PTBS und frühen Traumatisierungen

Dr. Michaela Mergler, Klinische Psychologie

## Einleitung

Das klinische Behandlungsfeld zeigt zunehmend stark belastete oder chronifizierte Patienten mit einer Suchterkrankung (Substance Use Disorder; SUD) und Komorbiditäten, wie Psychosen (u. a. Drake et al., 2016; Sepede et al., 2014) oder Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS/PTSD). In den Anamnesen finden sich oft Berichte von frühkindlichen Traumatisierungen (Childhood Trauma; CT), wie Gewalterlebnissen, sexuellen Missbrauchserfahrungen, körperlicher Vernachlässigung oder Deprivation. Ein Zweig der Wissenschaft beschäftigt sich seit Einführung der PTBS-Diagnose ins DSM-III, Anfang der 80-er Jahre (u. a. Rounsaville et al., 1982), mit dem komorbiden Vorliegen von Suchterkrankungen, traumatischen Erfahrungen und der PTBS (u. a. Potthast & Catani, 2012; Mills et al., 2006; Najavits, Weiss & Shaw, 1997). Suchtpatienten mit einer komorbiden Psychose, komorbiden Depression oder einer komorbiden PTBS waren im wissenschaftlichen Forschungsfeld unterrepräsentiert, gleichwohl sie im klinischen Alltag stark vertreten sind. Ein Blick auf die aktuelle Studienlage zeigt, dass sich die Forschung in den letzten Jahren vermehrt mit entsprechenden Komorbiditäten beschäftigt. Zusammenfassend konnten bisherige Studien zeigen, dass frühe und auch komplexe Traumatisierungen einen deutlichen Einfluss auf die individuelle Entwicklung haben: dies geht oftmals mit einer erhöhten Symptombelastung und Psychopathologien, die den Suchtverlauf sowie die Aufrechterhaltung des Suchtmittelmissbrauchs durch die Einzelstörungen an sich beeinflussen (im Sinne der Selbstmedikation nach Khantzian 1985, 1997). Im Behandlungsfeld zeigen Patienten mit der Doppeldiagnose PTBS und Sucht schlechtere Behandlungsverläufe, weniger therapeutische Erfolge im Sinne der Symptomlinderung und häufigere Therapieabbrüche im Vergleich zu Patienten ohne eine PTBS-Diagnose (Schäfer & Reddemann, 2005). Die Versorgungsrealität und der allgemeine Therapie-Outcome machen den dringenden Bedarf der spezifischen Behandlung von traumati-

sierten Suchtkranken deutlich. Besonders muss das selbstverletzende Verhalten, das aufwendige Case Management und der erhöhte Hilfebedarf durch die Symptomschwere von Suchtkranken mit einer PTBS-Diagnose intensiv therapeutisch behandelt werden (Back, Waldrop & Brady, 2009). Der gegenwärtigen Literatur ist zu entnehmen, dass eine Therapie nur mäßige Erfolge erzielen kann, wenn eine vorliegende komorbide Erkrankung nicht umfassend behandelt wird, die Therapie also nur eine der beiden Störungen fokussiert und nicht beide. Die Studienlage zeigt darüber hinaus noch weiteren Forschungsbedarf auf, da bislang nur wenige Studien vorliegen, die zwischen verschiedenen stoffgebundenen Suchtformen differenzieren. Selten finden sich Daten aus großen Stichproben mit Personen, die sowohl Alkohol als auch Drogen oder beides konsumieren und hinsichtlich verschiedener Traumatisierungsformen untersucht werden. Somit bedarf die Datenlage gerade im europäischen oder gar deutschsprachigen Bereich noch der Grundlagenforschung, welche Auswirkungen zum Beispiel der dissoziative Subtyp der PTBS (mit Depersonalisations- und/oder Derealisations-symptomen; PTBS-D), der im Jahr 2013 in die 5. Version des DSM aufgenommen wurde (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) genauso wie frühkindliche Traumatisierungen auf betroffene Personen haben können. Darüber hinaus existieren zwar Modelle für die Behandlung der Doppeldiagnose Traumatisierung und Suchterkrankung, aber es braucht weitere Untersuchungen, die den Einfluss von unterschiedlichen Traumatisierungen auf die Psychopathologie und die Suchtentwicklung beschreiben, um hier therapeutisch adaptierte Therapieangebote zur Verfügung zu stellen. Mit der vorliegenden Arbeit soll ein Teil dieser Forschungslücke geschlossen werden.

Demographic characteristics by type of SUD					
	Total N=459	A n=182	D n=154	AD n=123	Statistics
Age (years; Mean±SD)	36.7 ±11.2	44.2 ±9.2	30.6 ±9.2	33.2 ±10.0	$F= 99.9, p<.0001$
Male (%)	59.7	58.8	61.0	59.3	$\chi^2= 0.2, df= 2, p=.465$
Family status (%)					
Married	14.4	27.5	7.1	4.1	$\chi^2= 79.4, df= 6, p<.0001$
Widowed	2.0	3.3	0.6	1.6	
Separated/divorced	24.6	33.5	19.5	17.9	
Never married	59.0	35.7	72.7	76.4	
Current partnership (%)	53.7	50.0	55.6	56.9	$\chi^2=1.724, df=2, p=.422$
Education (%)					
No degree	12.4	6.6	14.9	17.9	$\chi^2= 21.8, df= 8, p=.005$
Lower degree (9 years)	35.5	38.5	35.7	30.9	
High school (10 years)	32.9	30.2	33.1	36.6	
Gymnasium (13 years)	14.8	17.0	14.9	11.4	
+ university degree	4.4	7.7	1.3	3.3	

Notes. A=Alcohol Dependence, D=Drug Dependence, AD=Alcohol and Drug Dependence

## Forschungsfrage

Der Forschungsschwerpunkt wird auf drei verschiedene Traumatisierungsebenen und ihren Einfluss bei suchtkranken Personen gelegt und wurde in zwei in englischer Sprache verfassten Artikeln in peer-reviewed Journals veröffentlicht. Es wurde geprüft, welche Auswirkungen

- frühe Traumatisierungen in der Kindheit (CT; „man-made“ Trauma des Typ II bis zum 16. Lebensjahr),
- die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) sowie
- der dissoziative Subtyp der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS-D)

auf komorbide Symptomatik sowie die Entwicklung der Suchterkrankung haben. Einerseits soll die Prävalenz in einem deutschen Sample aufgezeigt werden. Andererseits zielt diese Arbeit darauf ab, Auswirkungen der genannten Traumatisierungsformen sowohl auf die psychische Konstitution als auch auf den Verlauf der Suchterkrankung zu eruieren. Darüber hinaus wird von den Studienergebnissen ein erweitertes Verständnis von der Komorbidität erhofft, um daraus Hinweise abzuleiten, wie therapeutische Behandlungsmethoden für die Versorgungsrealität zu adaptieren und ins Behandlungssetting zu integrieren sind.

## Stichprobe

Die vorgestellte Thematik wurde basierend auf einer Studie von Driessen et al. (2008) anhand einer Stichprobe von deutschen suchtkranken Patienten (N=459) exploriert. Die Patienten befanden sich zum Zeitpunkt der Untersuchung im stationären Suchthilfesystem in verschiedenen Einrichtungen in Deutschland (Mitglieder des Norddeutschen Suchtforschungsverbundes e. V., <http://www.nsfv.de>). Das Sample besteht aus alkohol- (A), drogen- (D) sowie alkohol- und drogenabhängigen (AD) Personen. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Universität Münster genehmigt.

## Erhebungsinstrumente

Die Diagnose der PTBS wurde nur vergeben, wenn die Patienten in zwei Erhebungsinstrumenten, (International Diagnostic Checklist; IDCL, Hiller, Zaudig & Mombour, 1995 und Post-traumatic Diagnostic Scale; PDS, Foa et al., 1997) positiv screenen. Das Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein and Fink, 1998) wurde genutzt, um frühkindliche Traumatisierungen zu erfassen, die Dissociative Experiences Scale (DES; FDS, dt. Version Freyberger, Spitzer & Stieglitz, 1999) diente zur Abklärung dissoziativer Phänomene und zur Objektivierung des dissoziativen Subtyps der PTBS. Der Verlauf der Suchterkrankung wurde anhand des European Addiction Severity Index (Euro-ASI; Gsellhofer et al., 1999) sowie eines gesonderten Fragebogens zum Verlauf der Suchterkrankung von Driessen et al. (2006) erhoben. Die Datenanalyse erfolgte mit Hilfe der SPSS Version 20, mit einem Signifikanzniveau von 0.05 für beidseitiges Testen und Bonferroni Korrekturen.

## Studie 1

Der Artikel „*Relationships between a dissociative subtype of PTSD and clinical characteristics in patients with Substance Use Disorders*“ (veröffentlicht im „Journal of Psychoactive Drugs“; Mergler et al., 2017) behandelt grundlagenforschend den differentiellen Einfluss des dissoziativen Subtyps der PTBS (PTBS-D). Hierzu wird der Unterschied zwischen der PTBS (PTBS-Gruppe) und dissoziativen Subtyps der PTBS (PTBS-D Gruppe) hinsichtlich der komorbiden Psychopathologie und den Verlauf der Suchtentwicklung untersucht.

## PTBS-D

25.3% der Patienten erfüllten die DSM-IV Kriterien der PTBS (anhand der zwei Erhebungsinstrumente IDCL und PDS). 28.1% dieser Patienten (n=32) zeigten zusätzliche dissoziative Symptome (Depersonalisation und/oder Derealisation;

**Differences between PTSD and PTSD-D subgroups with regard to depression, anxiety/tension, and suicidal tendencies as assessed by the EuropASI**

Outcome variable	PTSD %	PTSD-D %	$\chi^2$	statistics df	p
Symptoms of depression (last 30 days)	38.0	61.3	4.899	1	.027**
Symptoms of depression (lifetime)	77.5	81.3	.191	1	.662
Symptoms of anxiety/tension (last 30 days)	50.0	67.7	2.841	1	.092
Symptoms of anxiety/tension (lifetime)	76.9	93.8	4.385	1	.036**
Suicidal thoughts (last 30 days)	13.8	36.7	7.161	1	.007**
Suicidal thoughts (lifetime)	58.0	75.0	2.830	1	.092
Suicide attempts (last 30 days)	3.8	6.7	.428	1	.513
Suicide attempts (lifetime)	40.2	62.5	4.583	1	.032**
medication prescription for psychological/emotional problem (last 30 days)	20.0	50.0	9.702	1	.002**
medication prescription for psychological/emotional problem in lifetime (lifetime)	52.6	65.6	1.625	1	.202

Notes. EuropASI=European Addiction Severity Index; \* $p < .05$ ; \*\* $p < .025$  (Bonferroni corrected)

DES-Score  $\geq 20$  auf dieser Skala) und wurden der PTBS-D Gruppe zugeordnet. 59.4% davon waren weiblich, aber es zeigte sich kein geschlechtsspezifischer Unterschied zwischen Patienten mit oder ohne dissoziative Phänomene ( $\chi^2 = .101$ ,  $df = 1$ ,  $p = .915$ ).

### CT

Es gab keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich der frühkindlichen Traumatisierung zwischen den Gruppen PTBS und PTBS-D ( $M = 68.4$ ,  $SD = 21.9$  vs.  $M = 63.9$ ,  $SD = 22.9$ ,  $p = .336$ ).

### Psychopathologie

Im Vergleich zu Patienten ohne dissoziative Symptome (PTBS) zeigten Patienten mit PTBS-D signifikant mehr Depressionssymptome im letzten Monat ( $\chi^2 = 4.899$ ,  $df = 1$ ,  $p = .027$ ), mehr Angst-/Spannungsgefühle über die Lebensspanne ( $\chi^2 = 4.385$ ,  $df = 1$ ,  $p = .036$ ) und eine erhöhte Psychopharmaka-Verschreibung im letzten Monat ( $\chi^2 = 9.702$ ,  $df = 1$ ,  $p = .002$ ). Diese Patientengruppe wies auch signifikant mehr Suizidgedanken im letzten Monat ( $\chi^2 = 7.161$ ,  $df = 1$ ,  $p = .007$ ) und mehr Suizidversuche in der Lebensgeschichte ( $\chi^2 = 4.583$ ,  $df = 1$ ,  $p = .032$ ) auf. Auch nach der Bonferroni-Korrektur blieben die Unterschiede hinsichtlich der Suizidgedanken und des Psychopharmaka-Bedarfs signifikant.

### Suchtentwicklung

9,3% der Patienten der PTBS-D Gruppe hatten eine Alkoholabhängigkeit, 46,9% eine Drogenabhängigkeit und 43,8% eine Abhängigkeit von Alkohol sowie Drogen. Diese Patientengruppe zeigte einen signifikant höheren Behandlungsbedarf aufgrund der Suchterkrankung auf ( $\chi^2 = 6.309$ ,  $df = 1$ ,  $p = .012$ ), mehr Opiat-/Analgetikakonsum im letzten Monat ( $M = 6.9$ ,  $SD = 11.6$  vs.  $M = 1.6$ ,  $SD = 6.4$ ,  $U = 114.5$ ,  $p = .030$ ), mehr Drogenüberdosen ( $M = 3.9$ ,  $SD = 6.2$  vs.  $M = 1.3$ ,  $SD = 2.9$ ,  $U = 982.5$ ,  $p = .018$ ) und konsumierten signifikant länger Alkohol ( $M = 9.3$ ,  $SD = 7.8$  vs.  $M = 13.9$ ,  $SD = 9.0$ ,  $U = 698.0$ ,  $p = .033$ ) als Patienten der PTBS-

Gruppe. Anhand des zusätzlichen Erhebungsinstrumentes zum Verlauf der Suchterkrankung (Driessen et al. 2006) zeigte sich, dass die PTBS-D Patienten signifikant jünger waren, als sie erste negative Effekte ihres Alkoholkonsums bemerkten ( $M = 21.1$ ,  $SD = 6.4$  vs.  $M = 28.9$ ,  $SD = 9.0$ ,  $p = .002$ ), trotz dieser weiter Alkohol konsumierten ( $M = 21.2$ ,  $SD = 6.9$  vs.  $M = 29.1$ ,  $SD = 9.5$ ,  $p = .002$ ) und ihre erste substanzbezogene Behandlung in Anspruch nahmen ( $M = 25.0$ ,  $SD = 5.4$  vs.  $M = 32.0$ ,  $SD = 9.0$ ,  $p = .014$ ). PTBS-D und „potentially related variables“: Die binär-logistische Regression erklärt 47.4% (Nagelkerkes  $R^2$ , 2-log Likelihood=46.698) der Varianz innerhalb der PTBS-D Gruppe und klassifizierte 74.4% der Fälle korrekt. Darüber hinaus ist die logistische Regression signifikant ( $\chi^2 = 22.472$ ,  $df = 11$ ,  $p = .021$ ) mit einem goodness of fit von  $p = .466$  (Hosmer Lemeshow-Test). Für Patienten mit dissoziativer PTBS zeigten sich Hinweise zu Depressionssymptomen im letzten Monat und Suizidversuchen ( $p < .05$ ). Ein lebensgeschichtlicher Suizidversuch erhöhte die Wahrscheinlichkeit zur PTBS-D Gruppe zu gehören um 32.2%, Depressionssymptome im letzten Monat um 14.3%. Für die Versorgungsrealität bedeuten die Ergebnisse dieser Studie, dass die dissoziative PTBS bei Suchtpatienten erstens erkannt und zweitens darauf aufbauend das therapeutische Procedere angepasst werden muss. Mit dem Wissen, dass Expositionsverfahren, wie sie in der Traumabehandlung oft eingesetzt werden, dissoziative Phänomene hervorrufen oder verstärken können (was die therapeutische Behandlung erschweren kann), sind diese psychopathologischen Tendenzen in der Therapieplanung und Behandlung differenziert miteinzubeziehen; also sich im Bedarfsfall von den klassischen Behandlungsempfehlungen der PTBS, wie der Expositionsarbeit, vorerst abzugrenzen und vermehrt Stabilisierungstechniken, sowie Depersonalisations- und Derealisations-reduzierende Interventionen notwendig sein können, um die Behandlungs-Compliance bzw. das Behandlungs-Outcome zu erhöhen. Eventuell könnten sich integrative

Differences between CT-PTSD, CT-only and No trauma subgroups regarding depression, anxiety/tension, medication, and suicidal tendencies as assessed by the EuropASI (posthoc analyses)									
				Test-statistics group differences					
	CT-PTSD	CT-only	No trauma	CT-PTSD/CT-only		CT-PTSD/No trauma		CT-only/No trauma	
	%	%	%	$\chi^2$	p	$\chi^2$	p	$\chi^2$	p
Symptoms of anxiety/tension (last 30 days)	52.7	38.8	24.6	4.284	.038	22.721	<.0001*	7.746	.005*~
Symptoms of anxiety/tension (lifetime)	82.1	69.0	40.2	13.821	<.0001*	46.095	<.0001*	11.527	.001*
Symptoms of depression (last 30 days)	42.4	30.6	26.6	3.318	.069	7.397	.007*~	.652	.419
Symptoms of depression (lifetime)	79.6	61.2	43.3	8.624	.003*~	34.149	<.0001*	10.474	.001*
Suicide attempts (lifetime)	49.5	36.8	20.1	3.627	.057	27.224	<.0001*	11.672	.001*~
Suicidal thoughts (lifetime)	63.8	54.5	34.0	1.988	.159	23.553	<.0001*	14.096	<.0001*
Medication prescription for emotional/psychological problem (last 30 days)	34.8	16.5	19.3	9.921	.002*~	8.326	.004*~	.420	.517
Medication prescription for emotional/psychological problem (lifetime)	58.9	36.6	33.0	11.215	.001*	18.142	<.0001*	.457	.499

Notes. EuropASI= European Addiction Severity Index; \* $p < .016$  (Bonferroni corrected), confounded by female gender (~)

Konzepte, dialektisch-behaviorale oder ressourcenorientierte Ansätze, aber auch manualisierte Behandlungsprogramme wie „Sicherheit finden“ (Najavits, 2009) oder „Creating Change“ (Najavits & Johnson, 2014) als besonders wertvoll erweisen, die bereits in der Behandlung von traumatisierten Suchtkranken positive Therapieerfolge erzielen (Scarpinato-Hirt, Mandrek-Ewers & Lüdecke, 2012). Es zeigen sich im Vergleich zu prozessualen Therapien, also erst die Behandlung der Sucht und dann der Traumatisierung oder umgekehrt, gute Therapieergebnisse (Brown et al., 1998; Najavits & Hien, 2013).

## Studie 2

Die Studienlage hinsichtlich des Einflusses der frühkindlichen Traumatisierungen („man-made“ Trauma des Typ II), unabhängig von dem Vorliegen des Vollbildes einer PTBS-Diagnose, ist nach wie vor inhomogen. Der Artikel „Differential Impact of PTSD and Childhood Trauma on the Course of Substance Use Disorders“ (veröffentlicht im „Journal of Substance Abuse Treatment“; Mergler, et al. 2018) untersucht den differentiellen Einfluss frühkindlicher Traumatisierungen mit PTBS (CT-PTBS), frühkindlicher Traumatisierungen ohne PTBS (CT-only) und der Suchterkrankung ohne traumatische Erfahrungen (No trauma) hinsichtlich Psychopathologie und Suchtentwicklung. Patienten der CT-PTBS Gruppe waren signifikant jünger ( $M=34,4$  Jahre) als Patienten ohne jegliche Traumataerfahrung ( $M=38,2$  Jahre). 61,1% der CT-PTBS Gruppe, 35,8% der CT-only Gruppe und 33,5% der No trauma Gruppe waren weiblich.

## Suchterkrankung

40,4% der Gesamtstichprobe hatten eine Alkoholabhängigkeit, 33,3% eine Drogenabhängigkeit und 26,3% eine Alkohol- und Drogenabhängigkeit. 49,3% der No trauma, 38,1% der CT-only und 24,2% der CT-PTBS Patienten erfüllten die Kriterien einer Alkoholabhängigkeit, 33,3% einer Drogenabhängigkeit und 43,8% einer Abhängigkeit von Alkohol sowie Drogen. Auch

nach der Bonferroni-Korrektur hatten Patienten mit CT-PTBS

- im Vergleich zur No-Trauma Gruppe signifikant mehr Drogenüberdosen ( $U=7714,0$ ,  $p < .0001$ ), einen höheren Schweregrad der Substanzabhängigkeit ( $U=802,5$ ,  $p < .0001$ ). Darüber hinaus waren sie jünger beim ersten Cannabis- ( $U=2606,0$ ,  $p=.006$ ) sowie Alkoholkonsum ( $U=5653,5$ ,  $p < .0001$ ), konsumierten Cannabis bereits länger ( $U=2743,0$ ,  $p=.013$ ) und auch mehr im letzten Monat ( $U=2800,5$ ,  $p=.011$ ).
- im Vergleich zur CT-only Gruppe nur ein signifikant jüngeres Alter beim ersten Alkoholkonsum über der Gefährdungsgrenze, ansonsten wiesen sie einen ähnlichen Verlauf der Suchtentwicklung auf (alle Variablen  $p > .16$ ).

Das weibliche Geschlecht als potentielle Drittvariable zeigte Einfluss sowohl auf den Alkoholkonsum (CT-PTBS/No trauma: Alter des ersten Konsums, Dauer des Konsums und erster Konsum über der Gefährdungsgrenze; CT-PTBS/CT-only: erster Alkoholkonsum über der Gefährdungsgrenze) als auch auf den Drogenkonsum (CT-PTBS/No trauma group: Cannabiskonsum im letzten Monat, Dauer des Cannabiskonsums, Cannabiskonsum im letzten Monat; CT-only/No trauma: Anzahl der Drogenüberdosen).

## Psychopathologie

Patienten mit CT-PTBS und mit CT-only zeigten ähnliche Symptome von Depressionen und Angst-/Anspannungserleben (im letzten Monat), ein ähnliches Ausmaß an Selbstmordgedanken und Suizidversuchen sowie eine ähnliche Suchtentwicklung (Alkohol, THC, Anzahl Drogenüberdosen) und Abhängigkeits-schwere (Drogen). Die No trauma Gruppe ( $n=209$ ) unterschied sich in fast allen Variablen signifikant von der CT-PTSD Gruppe. Die No trauma Gruppe gab im Vergleich zur CT-only Gruppe weniger Depressionen (über Lebensspanne), Selbstmordversuche, Selbstmordgedanken und Angstzustände sowie weniger Drogenüberdosierungen an.

Zusammenfassend zeigen die Daten, dass auch die Erfahrung frühkindlicher Traumatisierung (Trauma Typ-II), ohne die volle Symptomatik einer PTBS zu entwickeln, einen ähnlich klinisch relevanten Einfluss auf die Entwicklung von Psychopathologien nimmt. Allein die diagnostische Abklärung, ob eine PTBS vorliegt oder nicht, reicht nach den Ergebnissen dieser Studie somit nicht aus. Für die klinische Praxis kann daher abgeleitet werden, dass das therapeutische sowie psychiatrische Personal für die Anamnese von Traumaerfahrungen in der Kindheit sensibilisiert werden sollte. Neben der Erhebung körperlicher und/oder sexueller Missbrauchserfahrungen, sollte auch nach körperlicher sowie emotionaler Vernachlässigung gefragt werden. Der differenzierte Einfluss auf die Suchtentwicklung und Psychopathologie der frühkindlichen Traumaerfahrungen, die zum Beispiel das Childhood Trauma Questionnaire abfragt (CTQ, Bernstein & Fink, 1998; emotionaler, körperlicher, sexueller Missbrauch und körperliche, emotionale Vernachlässigung) könnte Gegenstand zukünftiger Forschung sein. Für die Versorgungsrealität kann aus den Studienergebnissen abgeleitet werden, dass im Zuge der Auseinandersetzung mit der Suchterkrankung die (teils selbst-medizierende) Funktionalität des Suchtmittelkonsums aufgrund traumatischer Erfahrungen erneut aufgegriffen und gegebenenfalls aufgelöst werden soll. Auch die Evaluierung der Therapieerfolge mit integrativen Therapieformen bei dieser Patientenstichprobe könnte von zukünftigen Studien untersucht werden.

### Grenzen der Studie

Die verwendeten Daten stammen aus einer klinischen Stichprobe und sind daher nur bedingt auf nicht-klinische Stichproben zu generalisieren. Zudem setzt sich die erhobene Stichprobe (N = 459) aus 60 % männlichen und 40 % weiblichen Teilnehmerinnen zusammen. Ziel der Datenerhebung war es, durch

Selektion zwischen 30 bis 50 % weibliche Patienten in die Studie mitaufzunehmen, da Forschungen in diesem Feld ein Wissensdefizit bei Frauen aufweisen. Somit umfasst die Geschlechterverteilung überrepräsentativ viele Frauen in Relation zur klinischen Praxis. Eine potentielle Verzerrung auch durch retrospektive Befragungen kann zur Diskussion gestellt werden (Bias bei retrospektiven Selbstrating-Instrumenten bei PTBS-Studien, Schlenger et al., 1997, S. 141). Hinsichtlich der statistischen Überprüfbarkeit konnten aufgrund der vorliegenden quantitativ erhobenen Daten, basierend auf den Erhebungsinstrumenten, viele Berechnungen auf Ordinalskalenniveau und nur wenige auf Intervallskalenniveau durchgeführt werden. Den strengen statistischen Vorgaben (Voraussetzungsprüfung, alpha-Korrektur, Korrelationsmatrix bzgl. Augenscheinvalidität) wurde strikt gefolgt, was die Interpretierbarkeit der berechneten Ergebnisse, trotz vorwiegend niederem Skalenniveau, stärkt. Für weitere Studien würde es sich für die Datenerhebung eignen, differenzierte Diagnoseinstrumente zu verwenden, die eine statistische Auswertung auf höheren Skalenniveaus ermöglichen. Der Erkenntnisgewinn könnte neben der Verwendung von vorwiegend Rating-Instrumenten zusätzlich durch qualitative Datenerhebung mittels strukturierter oder Leitfadeninterviews ergänzt werden. Dennoch sind die strengen diagnostischen Kriterien, die unter anderem für die PTBS-Zuordnung (positives Screening in zwei Erhebungsinstrumenten) oder auch für die Objektivierung des dissoziativen PTBS-Subtyps (Cutoff bei 20 nur auf der Depersonalisations-/Derealisationsskala des DES) herangezogen wurden, maßgeblich für die Güte der empirischen Ergebnisse der durchgeführten Studie. Abschließend kann allgemein diskutiert werden, welche weiteren Variablen neben den Traumakomponenten Einfluss auf die Suchtentwicklung sowie auf die Psychopathologie nehmen können. Schließlich muss kritisch darauf aufmerksam gemacht

werden, dass weitere Faktoren, die in dieser Studie nicht einbezogen wurden, Auswirkungen auf die untersuchten Gruppen-Variablen (PTSD/PTSD-D, CT-PTSD/CT-only/No trauma) haben können. So könnten neben dem sozialen Bedingungsgefüge auch Konfliktbewältigungsstrategien (mittels FKBS; Hentschel, Kießling & Wiemers, 1998) oder weitere Persönlichkeitsmerkmale (z. B. Borderline PS) anhand eines strukturierten Interviews, wie dem SKID (Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997), erhoben werden, um vertiefendes Wissen zu der vorgestellten Thematik zu erhalten.

Trotz der aufgezeigten Grenzen erweitert diese Studie erstens forschungsrelevante Aspekte zu der Komorbidität von Trauma und Suchterkrankung. Zweitens werden Neuerungen auf diagnostischer Ebene (Einführung des dissoziativen Subtyps der PTBS ins DSM-5) bei einer deutschen Stichprobe untersucht und validiert. Und drittens wird der differentielle Einfluss von komorbidem Auftreten (PTSD, PTSD-D, CT-PTSD, CT-only und No trauma) nicht nur auf die Psychopathologie, sondern auch auf die Suchtentwicklung von betroffenen Personen hervorgehoben.

### Ausblick

Es sind weitere Forschungen notwendig, um die Behandlung der Suchterkrankung sowohl in ambulanten als auch in stationären Einrichtungen differenzierter an die Symptomanifestierung anzupassen und das therapeutische Angebot erweitern zu können. Zukünftige Studien sollten auch die differentiellen Einflüsse (sexuell, körperlich, emotional) der frühkindlichen Traumatisierung miteinbeziehen. Es gibt Hinweise darauf, dass emotionale Misshandlung in der frühen Kindheit der stärkste Prädiktor für die Schwere der Alkoholerkrankung ist (Pott-hast, Neuner & Catani, 2014). Daher soll der Fokus auch auf die Auswirkungen von emotionalen Vernachlässigungs- und

Missbrauchserfahrungen gelegt werden. Neben der angesprochenen Grundlagenforschung sollten sich also zukünftige Studien auch auf die Wirksamkeit adaptierter Behandlungsangebote für Patienten mit einer Suchterkrankung und zusätzlich dissoziativer PTBS oder Traumatisierungserfahrungen in der Kindheit konzentrieren. Es ist zudem Aufgabe von zukünftiger Psychotherapieforschung zu prüfen, welche Behandlungsformen das Therapie-Outcome erhöhen können und ob die integrative Therapie, für die Doppeldiagnose als Mittel der Wahl etabliert werden kann. Hier sollte geprüft werden, ob die integrative Behandlungsmodelle für die therapeutische Auseinandersetzung von Patienten mit PTBS und Sucht auch für Patienten mit zusätzlicher DP/DR oder schweren frühkindlichen Traumatisierungen anwendbar und erfolgversprechend sind.

### Conclusio

Das Forschungsfeld von traumatisierten suchtkranken Personen wird durch die vorliegenden Studienergebnisse um den Einfluss der frühkindlichen Traumatisierungen, den Einfluss der PTBS und den Einfluss der dissoziativen PTBS hinsichtlich der Suchterkrankung ergänzt. Den Ergebnissen des ersten Studie nach hat der ins DSM-5 neu eingeführte dissoziative Subtyp der PTBS seine Berechtigung, da sich dieser diagnostisch auch in einer deutschen Stichprobe von suchtkranken Personen objektivieren lässt und differentielle Einflüsse auf den klinischen Verlauf (erhöhte Symptome von Angst/Spannung und Depression, erhöhte Suizidgedanken/-versuche sowie Psychopharmakaverschreibung) und die suchtspezifische Pathogenese (erhöhter Opiatkonsum, vermehrte Drogenüberdosen sowie Behandlungsbedarf wegen Drogenproblematik, niedrigeres Alter bei Alkoholabhängigkeitsentwicklung) aufzeigt. Besonders muss hervorgehoben werden, dass keine signifikanten Unterschiede

zwischen den Geschlechtern hinsichtlich der PTSD und PTSD-D gefunden wurden.

Den Ergebnissen der zweiten Studie nach, haben bereits frühkindliche Traumatisierungen allein (ohne das Vollbild einer PTBS) deutlichen Einfluss auf die Psychopathologie im Erwachsenenalter: Patienten weisen ähnliche Symptome von Angst und Depression, Anzahl des Suizidgedanken und Abhängigkeitsschwere von Alkohol und Drogen auf wie Patienten mit PTBS und frühkindlichen Traumaerfahrungen. Suchtpatienten ohne Traumahintergrund hatten die niedrigsten Werte in allen untersuchten Variablen. Zudem fand sich in dieser Studie ein Einfluss des weiblichen Geschlechts auf verschiedene Variablen der Psychopathologie und Suchtentwicklung.

Die Ergebnisse dieser Arbeit bestätigen die Hypothesen, dass sowohl die dissoziative PTBS als auch frühkindliche Traumaerfahrungen mit erhöhter psychopathologischer Komorbidität und einem schwereren Verlauf der Suchtproblematik einhergehen, woraus zusätzlicher Behandlungsbedarf abgeleitet werden kann. Festzuhalten ist, dass die Behandlung bei Patienten mit diesen Komorbiditäten traumasensibel erfolgen muss und sich stets an der psychischen Grundkonstitution der betroffenen Person orientieren soll, um die Entstehung von psychopathologischen Traumafolgestörungen und mögliche Suchttendenzen reduzieren zu können.

#### Literatur

- Back, S., Waldrop, A. & Brady, K. (2009). Treatment Challenges Associated with Comorbid Substance Use and Posttraumatic Stress Disorder: Clinicians' Perspectives. *The American Journal on Addictions* 18(1):15-20.
- Bernstein, D. & Fink, L. (1998). Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-Report manual. San Antonio, TX: *The Psychological Corporation*.
- Briere, J. (1997). Psychological Assessment of Child Abuse Effects in Adults. In: Wilson, J. & Kean, T. (Hrsg.). *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (S. 43-68). New York: *The Guilford Press*.
- Brown, P., Stout, R. & Cannon-Rowley, J. (1998). Substance Use Disorder-PTSD Comorbidity Patients' Perceptions of Symptom Interplay and Treatment Issues. *Journal of Substance Abuse Treatment* 15(5):445-448.
- Drake, R., Luciano, A., Mueser, K., Covell, N., Essock, S., Xie, H., & McHugo, G. (2016). Longitudinal Course of Clients With Co-occurring Schizophrenia-Spectrum and Substance Use Disorders in Urban Mental Health Centers: A 7-Year Prospective Study. *Schizophrenia bulletin*, 42(1), 202-211.
- Driessen, M., S. Schulte, H. Wulff, and F. Sutmann (2006). Diagnostische Aspekte bei Trauma und Substanzabhängigkeit. In *Trauma und Sucht: Konzepte, Diagnostik, Behandlung*, eds. I. Schaefer and M. Krausz. Stuttgart, Germany: *Klett-Cotta Verlag*.
- Driessen, M., S. Schulte, C. Luedecke, I. Schäfer, F. Sutmann, M. Ohlmeier, U. Kemper, G. Koesters, C. Chodzinski, U. Schneider, T. Broese, C. Dette, and U. Havemann-Reinecke (2008). Trauma and PTSD in patients with alcohol, drug, or double dependence: A multi-center study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 32:481-88.
- Foa, E., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: the posttraumatic diagnostic scale. *Psychological Assessment* 9:445-451.
- Freyberger, H., Spitzer, C., Stieglitz, R.-D. (1999). Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS). German Adaption of the Dissociative Experience Scale (DES) E. Bernstein-Carlson & F.W. Putnam. Bern: *Huber*.
- Gsellhofer, B., Kufner, H., Vogt, M., & Weiler, D. (1999). European addiction severity index: EuropASI. Baltmannsweiler: *Schneider Verlag*.
- Hentschel, U., Kießling, M. & Wiemers, M. (1998). Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien. Weinheim: *Beltz*.
- Hiller, W., Zaudig, M., & Mombour, W. (1995). Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 und DSM-IV (Vol. 37). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: *Hogrefe*.



- Khantzian, E. (1985). The Self-Medication Hypothesis of Addictive Disorders: Focus on Heroin and Cocaine Dependence. *American Journal of Psychiatry* 142(11):1259–1264.
- Khantzian, E. (1997). The Self-Medication Hypothesis of Substance Use Disorders: A Reconsideration and Recent Applications. *Harvard Review of Psychiatry* 4(5):231–244.
- Mergler, M., Driessen, M., Havemann-Reinecke, U., Wedekind, D., Lüdecke, C., Ohlmeier, M., Chodzinski, C., Teunißen, S., Weirich, S., Schläfke, D., Renner, W., Schäfer, I. & the TRAUMAB Studygroup. (2017): Relationships between a Dissociative Subtype of PTSD and Clinical Characteristics in Patients with Substance Use Disorders. *Journal of Psychoactive Drugs*, 225-232.
- Mergler, M., Driessen, M., Havemann-Reinecke, U., Wedekind, D., Lüdecke, C., Ohlmeier, M., Chodzinski, C., Teunißen, S., Kemper, U., Renner, W., Schäfer, I., & The TRAUMAB Studygroup. (2018): Differential relationships of PTSD and childhood trauma with the course of substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 93, 57-63.
- Mills, K., Teesson, M., Ross, J. & Peters, L. (2006). Trauma, PTSD, and Substance Use Disorders: Findings From the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *The American Journal of Psychiatry* 163:651-658.
- Najavits, L., Weiss, R. & Shaw, S. (1997). The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women: A research review. *The American Journal on Addictions* 6 (4):273-283.
- Najavits, L. & Hien, D. (2013). Helping Vulnerable Populations: A Comprehensive Review of The Treatment Outcome Literature on Substance Use Disorder and PTSD. *Journal of clinical Psychology in Session* 69(5):433–479.
- Najavits, L. & Johnson, K. (2014). Pilot study of Creating Change, a new past-focused model for PTSD and substance abuse. *The American Journal on Addictions* 23(5):415-422.
- Potthast, N. & Catani, C. (2012). Trauma und Sucht: Implikationen für die Psychotherapie. *Sucht* 58(4):227-235.
- Potthast, N., Neuner, F. & Catani, C. (2014). The Contribution of Emotional Maltreatment to Alcohol Dependence in a Treatment-Seeking Sample. *Addictive Behaviors* 39:949-958.
- Rounsaville, B., Weissmann, M., Wilber, C. & Kleber, H. (1982). Pathways to Opiate Addiction: An Evaluation of differing Antecedents. *The British Journal of Psychiatry* 141(5), 437-446.
- Scarpinato-Hirt, F., Mandrek-Ewers, D. & Lüdecke, C. (2012). Dialektisch-behavioral orientierte Behandlungsansatz traumatisierter Suchtkranker: Entwicklung eines integrativen Therapiemodells. In: Reddemann, L. & Schäfer, I. (Hrsg.). Sucht- und Traumatherapie (S. 51-58). Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin. Heft 10. Kröning: *Asanger Verlag*.
- Schäfer, I. & Reddemann, L. (2005). Trauma und Sucht: Eine Literaturübersicht. In Reddemann, L. (Hrsg.). Trauma und Sucht (S.9). Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin. Heft 3. Kröning: *Asanger Verlag*.
- Schlenger, W., Fairbank, J., Jordan, K. & Caddell, J. (1997). Epidemiological Methods for Assessing Trauma and Posttraumatic Stress Disorder In: Wilson, J. & Kean, T. (Hrsg.). Assessing Psychological Trauma and PTSD (S. 139-159). New York: *The Guilford Press*.
- Sepede, G., Lorusso, M., Spano, M. C., Di Iorio, G., & Martinotti, G. (2014). Substance use in schizophrenia: efficacy of atypical antipsychotics. *J Schizophr Res*, 1(1), 12.
- Wittchen, H., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). SKID: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV: Achse I und II- Handanweisung. Göttingen: *Hogrefe Verlag*.

# Das Zwei-Faktoren-Modell von Psychopathie bei Maßregelpatienten

## Eine Untersuchung von nach § 64 StGB in der Klinik für Forensische Psychiatrie des kbo-Inn-Salzach-Klinikums untergebrachten Straftätern im Hinblick auf Persönlichkeitsstörungen, belastende Kindheitserfahrungen, Aggression und Resilienz

Dr. Julian Friedrich Kreutz, Medizin

### Zusammenfassung

Die Zahl der bundesweit in Entziehungsanstalten und psychiatrischen Krankenhäusern nach § 63 und § 64 StGB untergebrachten Personen verzeichnete die letzten Jahren einen konstanten Anstieg, was mit einer Zunahme der Bedeutung der Maßregelgesetze in der Rechtspraxis und im kriminalwissenschaftlichen Diskurs in der Bundesrepublik Deutschland einherging. Die Maßregelgesetze sind eine Sanktionsmöglichkeit im deutschen Strafrecht, die bei psychisch kranken Straftätern Anwendung finden. Die Unterbringung erfüllt die Funktionen der Besserung und Sicherung des Straftäters.

Laut Studien weisen Straftäterpopulationen bedeutende Prävalenzraten von Persönlichkeitsstörungen, Psychopathie und traumatischen Erfahrungen auf. Zu Maßregelpatienten liegt, im Vergleich mit der Anzahl an Studien zu den Populationen von psychiatrischen Patienten und Straftätern, eine geringe Anzahl an Untersuchungen vor.

In der vorliegenden Arbeit wurden Maßregelpatienten im Hinblick auf Persönlichkeitsstörungen, Psychopathie, belastende Kindheitserfahrungen, Aggression und Resilienz untersucht. Die Stichprobe der Untersuchung bestand aus 50 männlichen Maßregelpatienten, die nach § 64 StGB in der Klinik für Forensische Psychiatrie des kbo-Inn-Salzach-Klinikums untergebracht waren. Persönlichkeitsstörungen wurden mit dem Fragebogen zu dem Strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV (SKID-II), Psychopathie mit dem Psychopathie Persönlichkeits-Inventar-revidierte Fassung (PPI-R), belastende Kindheitserfahrungen mit dem Instrument zur umfassenden Ermittlung belastender Kindheitserfahrungen (KERF), Aggression mit dem Fragebogen zur Erfassung reaktiver und appetitiver Aggression (AFAS) und Resilienz mit der Resilienzskala (RS-25) erfasst. Die soziodemographischen Daten der Untersuchungsteilnehmer unterstützen die Ergebnisse

anderer Studien zu der Population der Maßregelpatienten: Bei der Mehrzahl der Maßregelpatienten lagen als Einweisungsdiagnose eine polytoxe Drogenabhängigkeit und als Anlassstraftat ein Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz vor.

Etwa ein Viertel der Maßregelpatienten wies einen Migrationshintergrund auf. Mehr als die Hälfte der untergebrachten Personen berichtete über belastende Erfahrungen in der Kindheit und Jugend. Als komorbide psychiatrische Störungen traten bei den Maßregelpatienten Aspekte der dissoziale Persönlichkeitsstörung und des Psychopathie-Faktor-2 deutlich hervor. Die Fragestellung der Untersuchung bezog sich auf ein Zwei-Faktoren-Modell von Psychopathie im Hinblick auf Persönlichkeitsstörungen, belastende Kindheitserfahrungen, Aggression und Resilienz. Für die zwei Faktoren der Psychopathie ergaben sich spezifische Korrelate, die überwiegend in Übereinstimmung mit anderen Studien stehen: Der Psychopathie-Faktor-1 (furchtlose Dominanz) war nicht mit der narzisstischen Persönlichkeitsstörung korreliert und wies keine Zusammenhänge zu belastenden Kindheitserfahrungen, Aggression und Resilienz auf. Der Psychopathie-Faktor-2 (impulsive Antisozialität) wies Zusammenhänge zu der emotional instabilen und dissozialen Persönlichkeitsstörung, belastenden Kindheitserfahrungen, reaktiver und appetitiver Aggression und Resilienz auf. Diese Ergebnisse unterstützen ein Zwei-Faktoren-Modell von Psychopathie. Die differenzierte diagnostische Betrachtung von nach § 64 StGB untergebrachten Straftätern im Maßregelvollzug, im Hinblick auf eine komorbide psychiatrische Symptomatik, kann Konsequenzen auf die Behandlung und Risikobewertung bei Maßregelpatienten haben und somit die Sicherung und psychopathologische Besserung des Straftäters fördern

# Inanspruchnahme, Ergebnisse und Zufriedenheitsbeurteilung eines ambulanten psychiatrischen Krisenhilfeangebots

## Untersuchung am Beispiel des Krisendienstes Psychiatrie München (KPM)

Dr. Claudia Fischer, Humanbiologie

### Einleitung

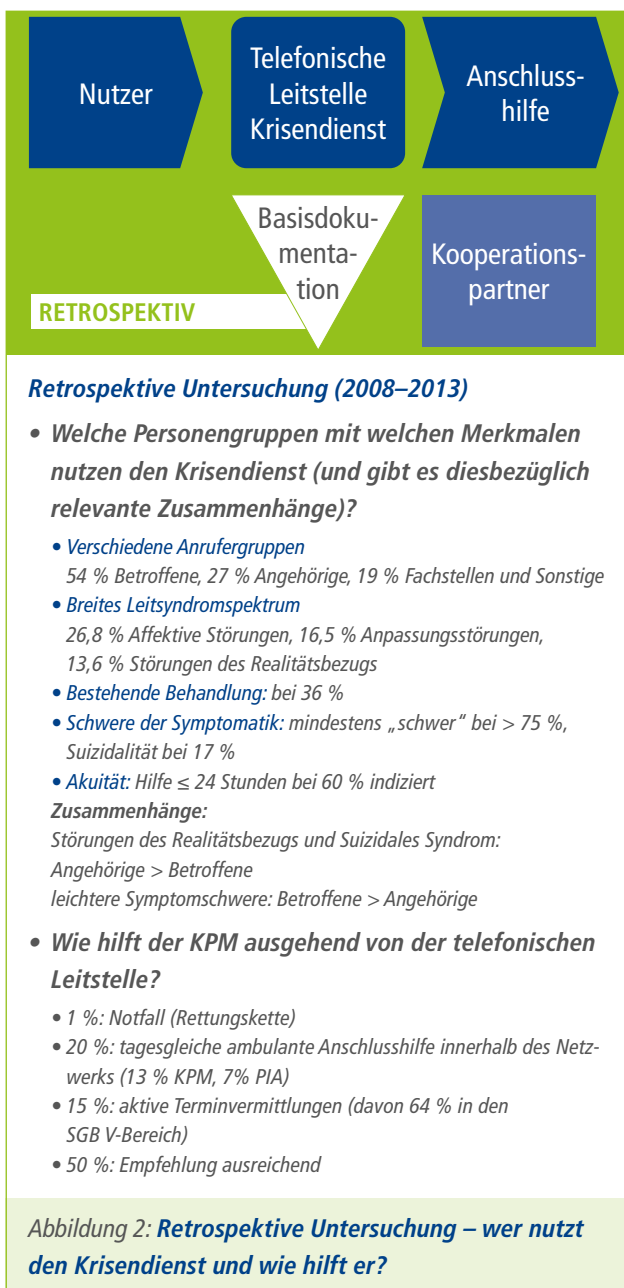
Den Krisendienst Psychiatrie München gab es seit April 2007. Nach einem Beschluss des Bezirks Oberbayern 2015 erfolgte ausgehend von den fachlichen und strukturellen Erfahrungen in München eine schrittweise Ausweitung auf ganz Oberbayern. Inzwischen ist die Implementierung von bayernweiten Krisendiensten Bestandteil des am 24. Juli 2018 in Kraft getretenen Bayerischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes (BayPsychKHG): „Die Bezirke sollen selbst oder durch Beauftragte psychosoziale Beratungs- und Hilfeangebote für Menschen in psychischen Krisen (Krisendienste) errichten, betreiben und bedarfsgerecht weiterentwickeln“ (Artikel 1, (1)). Die vorliegenden Befunde aus dem Krisendienst Psychiatrie München werden in der vorliegenden Arbeit vor dem Hintergrund struktureller und fachlicher Aspekte diskutiert. Die Berücksichtigung der Resultate besitzt Relevanz hinsichtlich der konzeptionellen Weiterentwicklung der Krisendienste für Bayern.

Zur Zufriedenheitsbeurteilung und zu detaillierten Analysen der Inanspruchnahme von ambulanten psychiatrischen Krisenhilfeangeboten existieren auch auf internationaler Ebene nur wenige systematische Ergebnisse. In Deutschland haben sich Krisendienste mittlerweile als ergänzender Baustein des psychosozialen und psychiatrischen Versorgungssystems in einigen Städten und Regionen fest etabliert, sind aber aufgrund ihrer unterschiedlichen (Organisations-)Struktur nur schwer vergleichbar.

### Methoden

In der vorliegenden Arbeit wurde, neben der differenzierten Darstellung des Inanspruchnahmeverhaltens des Krisendienstes Psychiatrie München von 2008 bis 2013, der Frage nachgegangen, wie die Nutzer das (vorwiegend telefonische) Angebot bewerten. Auf die spezielle Thematik der Mehrfachanrufer wird in der Arbeit in einem Unterabschnitt eingegangen. Ziel war es,





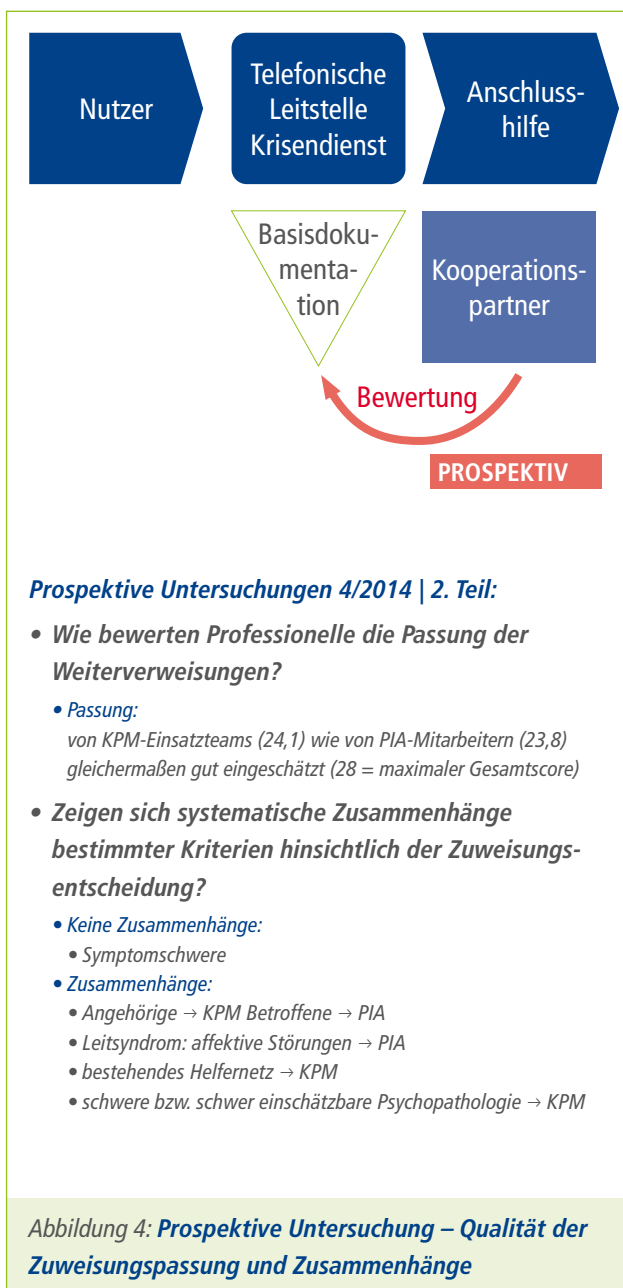
die komplexe Struktur des Münchner Krisendienstes mit den verschiedenen Einfluss- und Wirkfaktoren zu erfassen. Für die beiden prospektiven Untersuchungsteile wurde im 4. Quartal 2014 eine Vollerhebung mit schriftlichen Befragungen (z. T. standardisiert, z. B. ZUF 8, BIKEB, WHOQOL-BREF, IEQ-EU) durchgeführt, bei der zusätzlich zu den vorhandenen Daten die Zufriedenheit mit der telefonischen Beratung, das Klientenerleben während der persönlichen Krisenintervention, die subjektive Lebensqualität und die subjektiv erlebte Belastung von Angehörigen (auch in deren potentiellen Zusammenhängen) ausgewertet wurde. Darüber hinaus wurden Aspekte von Schnittstellen bei Vermittlungen nach einem telefonischen Erstkontakt beschrieben und durch Betroffene und Professionelle bewertet (Abb. 1). In der Datenanalyse mit SPSS wurden v. a. regressionsanalytische Verfahren angewendet.

## Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigten, dass der Krisendienst Psychiatrie München seine Zielgruppe erreichte, sowohl Betroffene, Angehörige wie auch Fachstellen nutzten den Krisendienst in schweren psychischen Notlagen mit akutem Hilfebedarf. Besonders der Erstkontakt am Telefon stellte eine zentrale Funktion dar, denn bei 80 % der Anrufer war dies die zentrale Intervention, ohne eine Weitervermittlung in das Krisendienstnetzwerk (Abb. 2).

Der Herausforderung von Mehrfachanrufern in der telefonischen Leitstelle muss sich jeder telefonische Krisendienst stellen. Nicht zuletzt auch durch das zeitliche Ausmaß der Inanspruchnahme (und die Unvermeidbarkeit dieser Inanspruchnahme durch die niederschwellige Angebotsstruktur eines Krisendienstes) stellt diese Gruppe permanent hohe Anforderungen an die beratend-therapeutische Kompetenz der Krisendienstmitarbeiter am Telefon. Das hat insbesondere fachliche Konsequenzen, die es konzeptionell und strukturell zu etablieren gilt, damit das





Die Wege der Weiterbehandlung nach einer persönlichen ambulanten Erstintervention, die durch die telefonische Leitstelle vermittelt wurde (ausgeführt durch den Krisendienst oder eine psychiatrische Institutsambulanz), zeigt Abb. 5.

### Diskussion und Ausblick

Trotz einiger methodischer Einschränkungen (kein randomisiertes Design, fehlende Kontrollgruppe, keine Fallkontrollstudien oder katamnestic Erhebungen) bleibt festzuhalten, dass der Krisendienst in München mit seinen Bausteinen der telefonischen, aufsuchenden und weiterverweisenden Funktionen in der sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft erfolgreich implementiert ist. Die positive Bewertung durch Nutzer und professionelle Mitarbeiter kann als Beleg dafür, dass seine Angebotsstruktur die Bedarfe der Nutzergruppe trifft, interpretiert werden.

Die Thematik der Mehrfachanrufer, die sich in einer telefonischen Leitstelle verdichtet, darf auch zukünftig nicht aus dem Blick geraten. Die Untersuchung weiterer potentieller inhaltlicher Prädiktoren (z. B. die subjektive Qualität der therapeutisch-beratenden Beziehung) für die Wirksamkeit des Dienstes sollte ein zentrales Anliegen weiterführender bzw. zukünftiger Forschungsvorhaben sein. Strukturell scheint die Integration des Münchner Krisendienstes in die bestehende psychiatrisch-psychoziale Versorgungsstruktur gut gelungen, Vermittlungen und Weiterverweisungen sind verbindlich möglich und auch fachlich passend. Diese Bandbreite der Angebote sollte sich perspektivisch unbedingt auch auf der Ebene der Finanzierung (SGB V und SGB XII) abbilden, wenn Krisenversorgung als gemeinsame Aufgabe verstanden wird.

Bestimmte interessante Aspekte der Wirksamkeit des Krisendienstes bleiben offen. Aufgrund methodischer Einschränkungen

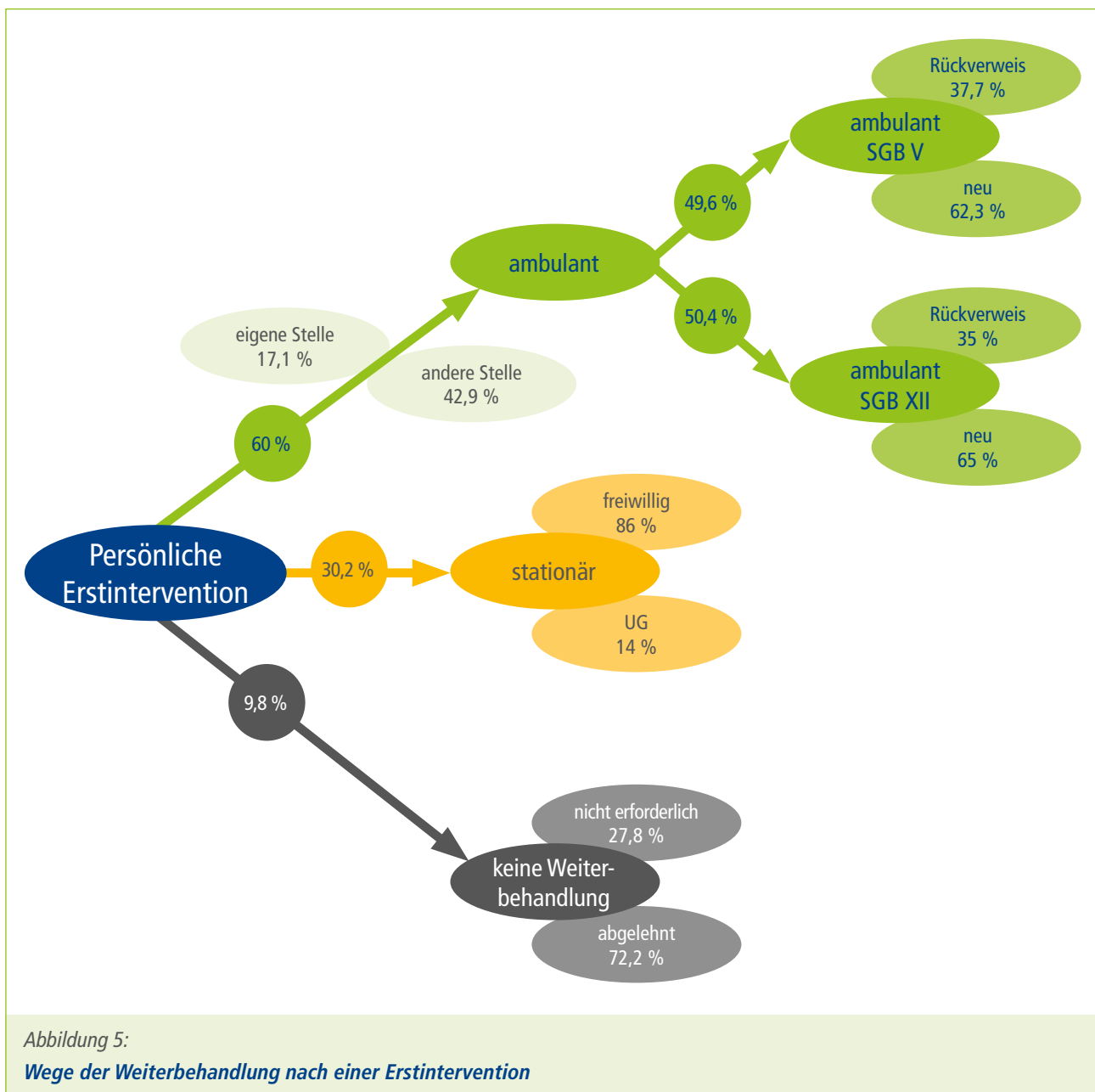


Abbildung 5:

Wege der Weiterbehandlung nach einer Erstintervention

konnte ein Zusammenhang mit der Vermeidung von stationären Aufnahmen sowie Zwangsunterbringungen hier nicht belastbar nachgewiesen werden. Für eine quantitative oder qualitative Einschätzung weiterer interessanter Aspekte, inwieweit der Krisendienst beispielsweise (zumindest in Teilen) auch eine gewisse Doppelstruktur (Luxus?) darstellt (vielleicht hätten einige Anrufer auch eine andere Stelle kontaktieren können? Bei 36 bis 55 % der Anrufer bestand bereits eine Behandlung, 25 % hatten bereits früher Kontakt zum Krisendienst, Wandel der Nutzergruppen?), die mithilfe der vorliegenden Untersuchung nicht geklärt werden konnte, müsste an ein deutlich umfassenderes Studiendesign mit entsprechenden Vergleichsgruppen (Fallkontrollstudien) und katamnestischen Erhebungen gedacht werden.

Insgesamt ist künftig weiterhin kritisch zu beobachten, dass Krisenhilfe kein „Add-on Konzept“ ist, sondern sowohl aus fachlicher als auch aus ökonomischer Sicht als ein Gemeinschaftsprodukt der in der Regelversorgung tätigen Mitarbeiter sichergestellt werden kann. Dies wird je nach den in den einzelnen Regionen vorhandenen Gegebenheiten und Strukturen ausdifferenziert. Die aktuelle Entwicklung, der flächendeckende Ausbau des Krisendienstes für ganz Bayern, weist somit in eine vielversprechende Richtung. Dabei wird es ganz entscheidend sein, Struktur und Inhalt von Krisendiensten gleichermaßen zu entwickeln, damit es aufgrund der wachsenden Größe zu keiner Entkopplung (zentrale Leitstelle, dezentrale Netzwerkpartner) kommt. Ein wichtiges Ergebnis im Rahmen der Zufriedenheitsevaluation unterstreicht die Bedeutung des ersten Gegenübers am Telefon, die (therapeutische) Qualität der Eingangstür. Nur wenn dieser Kontakt gelingt, kann eine differenzierte Netzwerkstruktur überhaupt erst sinnvoll genutzt werden. Die Übertragbarkeit dieses Modells auf andere Regionen scheint vorstellbar, muss jedoch initial und fortwährend fachlich überprüft werden.



# Preisträger kbo-Innovationspreis | Masterarbeiten

## Platz 1: Tabea Achenbach, Soziale Arbeit

Transformative Bildung in der Sozialpsychiatrie – eine für die Eingliederungshilfe erstellte Teilhabekonzeption basierend auf dem ICF-Klassifikationssystem und dem Capability/-ies Approach zur Förderung von Empowermentprozessen der AdressatInnen

## Platz 2: Alexander Lankes, Psychologie

Die Bedeutung von Dissoziativer Symptomatik und Emotionsdysregulation als Prädiktoren für eine erfolgreiche stationäre PTBS-Behandlung bei einer hochtraumatisierten Stichprobe

## Platz 3: Marvin Kregel, Klinische Psychologie

Vergleich der Validität der Screeninginstrumente ADS-K und WHO-5 zur Früherkennung bei depressiven Störungen im Erwachsenenalter. Eine empirische Arbeit zur Ermittlung der Kriteriumsvalidität an einer Stichprobe chronischer Schmerzpatienten

# Transformative Bildung in der Sozialpsychiatrie – eine für die Eingliederungshilfe erstellte Teilhabekonzeption basierend auf dem ICF-Klassifikationssystem und dem Capability/-ies Approach zur Förderung von Empowerment- prozessen der AdressatInnen

Tabea Achenbach, Soziale Arbeit

## Hintergrund und Ziel der Masterarbeit

Im Prozess der sozialpsychiatrischen Betreuung gilt es, die betroffenen Personen unter Berücksichtigung der Folgen ihrer psychischen Erkrankung (z. B. Tagesstruktur) zu begleiten und ihre Selbstbestimmung sowie Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu fördern (Eingliederungshilfe nach SGB IX). Im Hinblick auf die Praxis der Betreuungsarbeit ist zu beobachten, dass sich die sozialtherapeutischen Bemühungen zunehmend auf die Steigerung der individuellen Kompetenz zur Überwindung der bestehenden Einschränkungen der mentalen Funktionen und deren Auswirkungen konzentrieren. In diesem Zusammenhang wird eine kritische Auseinandersetzung zur eigenen Person und zur Umwelt vernachlässigt, weil individuelle biographische Erfahrungen nicht mit gesellschaftlichen oder gar institutionellen Barrieren, die eine realistische Teilhabe verhindern, reflektiert und miteinander verknüpft werden. Diese Auseinandersetzung ist jedoch für selbstbestimmte Entscheidungen notwendig, denn aus ihnen heraus resultieren erst selbstwirksame Handlungen. Die vorliegende Masterarbeit erarbeitet daher ein umfassendes Grundgerüst für eine Teilhabekonzeption im Kontext der Sozialpsychiatrie, um die Elemente der Selbstbestimmung und Teilhabe für Menschen mit einer psychischen Erkrankung im Eingliederungshilfebezug inhaltlich zu füllen und nachhaltig zu fördern.

## Dilemma und Auflösung

Hierbei erweist sich die ICF-Klassifikation mit ihrem bio-psycho-sozialen Modell im Hinblick auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zunächst als alternative Strategie zur wechselseitigen Beleuchtung von individuellen Einschränkungen (medizinisches Modell) und gesellschaftlichen Barrieren (soziales Modell). Diese dualistische Sichtweise erhält durch den Einbezug der ICF in das SGB IX zunehmend Aufmerksamkeit, sodass sich auch ICF-adaptierte Instrumente der

Eingliederungshilfe daran orientieren. Allerdings offenbart sich, dass das ICF-Konzept der Aktivitäten und Teilhabe mit den Menschenrechten und der subjektiven Dimension ergänzt werden sollte, denn sowohl unter dem Blickwinkel der biomedizinischen Sichtweise (Konzept der Körperfunktionen) als auch der rehabilitativen Perspektive (Konzept der Aktivitäten) im Sinne des medizinischen Modells werden individuelle Ziele an bestehende Strukturen gebunden und unterliegen keiner kritischen Reflexion mehr. Der Menschenrechtsansatz erweitert deshalb die Betrachtungsweise der medizinisch-rehabilitativen Perspektive, um nachhaltige persönliche und gesellschaftliche Veränderungen zu ermöglichen (Empowerment). Hierbei ist eine ganzheitliche Unterscheidung zwischen den Auswirkungen der Symptompräsentation (Konzept der Körperfunktion im Hinblick auf das Konzept der Aktivitäten), sowie dem persönlichen Wertesystem (bewusste individuelle Einstellungen in Wechselwirkung mit den Umweltfaktoren) und der subjektiven Dimension (unbewusste biographische Erfahrungen im Zusammenhang mit den Umweltfaktoren, die zur Selbststigmatisierung führen) erforderlich. Denn durch die reflexive Betrachtung der verschiedenen individuellen und gesellschaftlichen Komponenten, die sich wechselseitig beeinflussen, ergänzt der Menschenrechtsansatz ferner den Aspekt zur Veränderung der Umweltfaktoren im Sinne des sozialen Modells, weil die Anpassung der Umgebung nicht zwangsläufig die individuelle Inanspruchnahme nach sich zieht (subjektive Dimension). Da sich die ICF-adaptierten Instrumente der Eingliederungshilfe nun auf die Vorlagen der ICF-Klassifikation stützen, implizieren sie keine kritische Auseinandersetzung im Hinblick auf die subjektive Dimension und Menschenrechte, sodass die pädagogischen Bemühungen zumeist in individuelle Zielformulierungen münden. Daraus wird ersichtlich, dass die sozialpsychiatrische Umsetzung der Förderung zur Teilhabe und Selbstbestimmung eine einseitige Problemlösung praktiziert. Es gilt, diese

einseitige Umsetzung in die entgegengesetzte Richtung, d. h. in die Richtung einer dialektischen Lösung (Empowerment) zu lenken. Dies geschieht durch die Erstellung der vorliegenden Teilhabekonzeption.

Aufgrund dessen werden die Fragen, wie der tatsächliche Handlungsspielraum von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Bereich der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben in einer Konzeption sichtbar werden kann und wie Selbstbestimmungsprozesse die Erweiterung von Teilhabebedingungen begünstigen können, kleinteilig dekonstruiert. Anschließend werden diese Fragen wiederum durch verschiedene Theorien im Hinblick auf die Menschenrechte und die subjektive Dimension angereichert und wieder neu miteinander vernetzt. Neben der ICF-Klassifikation wird daher der Capability/-ies Approach (CA) betrachtet (u. a. Sen 1999 und Nussbaum 2011). Der CA stellt ein Modell der sozialen Gerechtigkeit bereit. Im Hinblick darauf erweitert der CA-Rahmen die ICF-Konzepte durch die combined capabilities (Menschenrechte), die jedoch erst durch das Vorhandensein der persönlichen und sozial-umweltbedingten Umwandlungsfaktoren entstehen. Zum Ausbau dieser Umwandlungsfaktoren sind jedoch Machteinflüsse (u. a. Bourdieu 2005) und demokratispezifische Überlegungen (u. a. Rancière 2002) einzubeziehen und mit der Transformativen Bildung (u. a. Mezirow 1997) zu ergänzen. Das transformative Lernen (subjektive Dimension) formt hierbei die Grundlagen für das notwendige Verständnis eines effektiven Handelns innerhalb einer Demokratie, in der gerechtigkeitsrelevante Aspekte ausgehandelt werden können. Die verschiedenen Komponenten werden schließlich miteinander zu einem Dreistufen-Empowermentprozess zur Erweiterung der Teilhabebedingungen und Selbstbestimmung von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf der Ebene der Einzelfallhilfe, Gruppenarbeit und Gemeinwesenarbeit verbunden. Aus dieser facettenreichen

Themenbearbeitung heraus erfolgt die Erstellung der Teilhabekonzeption, in der sowohl der tatsächliche Handlungsspielraum zur Teilhabe als auch die Förderung der Selbstbestimmung sichtbar werden.

### Schlussfolgerung

Für die Durchführung von nachhaltigen Empowermentprozessen benötigt es demnach weitreichende Kenntnisse hinsichtlich der Menschenrechte und der Wirkweisen der subjektiven Dimension, um die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und die Selbstbestimmung der AdressatInnen zu fördern. Daher legt die vielgestaltige theoretische Verknüpfung der Teilhabekonzeption ein wichtiges Fundament und vermittelt eine theoretisch-praktische Zusammenführung, die in der Forschungsliteratur bislang noch nicht vorhanden ist. Dieses Grundgerüst bildet für die sozialpsychiatrisch tätige Soziale Arbeit demnach die Voraussetzung, strukturierte und gezielte Empowermentprozesse initiieren zu können, um gesamtgesellschaftliche Veränderungen durch transformative Lernprozesse sowohl der AdressatInnen als auch der gesellschaftlichen Akteure zu ermöglichen. Die vorliegende Masterarbeit leistet demnach einen aktiven Beitrag zur wissenschaftlichen Fundierung und Förderung der sozialpsychiatrischen Versorgung, Vernetzung und Prävention.

# Die Bedeutung von Dissoziativer Symptomatik und Emotionsdysregulation als Prädiktoren für eine erfolgreiche stationäre PTBS-Behandlung bei einer hochtraumatisierten Stichprobe

Alexander Lankes, Psychologie

Schon seit geraumer Zeit sind dissoziative Symptome mit Trauma und Traumafolgestörungen wie der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) assoziiert. Unlängst wird auch die Bedeutung der Emotionsdysregulation, welche sich in Schwierigkeiten in der Emotionsregulation äußert, für posttraumatische Pathologie diskutiert.

Die vorliegende Arbeit untersucht die vermuteten Zusammenhänge zwischen der PTBS-Symptomatik, dissoziativen Symptomen und Emotionsdysregulation sowie den potenziellen Vorhersageeinfluss dissoziativer Symptomatik und Emotionsdysregulation auf die PTBS-Symptomatik. Auch werden vermutete Interaktionseffekte von dissoziativer Symptomatik und PTBS-Symptomatik einerseits und Emotionsdysregulation und PTBS-Symptomatik andererseits auf den Behandlungserfolg überprüft. Weiterhin wird ein Gesamtmodell mit den erwarteten multivariaten Zusammenhängen erstellt und auf Passung geprüft.

Die Datenerhebung erfolgte zu zwei Messzeitpunkten mit vierwöchigem Abstand an einer klinischen, hoch traumatisierten Stichprobe von 19 Patientinnen und Patienten, welche sich im Erhebungszeitraum in stationärer oder teilstationärer Behandlung im Traumazentrum des kbo-Isar-Amper-Klinikums München-Ost befanden. Die PTBS-Symptomatik wurde jeweils anhand der Posttraumatischen Diagnoseskala (PDS) und der Impact of Event Scale – revidierte Form (IES-R), peritraumatische Dissoziation mittels des Peritraumatische Dissoziative Erfahrungen-Fragebogens (PDEQ), persistierende dissoziative Symptomatik anhand des Fragebogens zu Dissoziativen Symptomen (FDS) sowie Emotionsdysregulation mittels Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) erhoben.

Die Datenanalyse ergab wider Erwarten keinen statistischen Zusammenhang zwischen peritraumatischer Dissoziation und der PTBS-Symptomatik zum ersten Messzeitpunkt.

PTBS-Symptomatik war jedoch positiv mit persistierender dissoziativer Symptomatik und Emotionsdysregulation assoziiert und auch persistierende dissoziative Symptomatik und Emotionsdysregulation waren hoch korreliert. Peritraumatische Dissoziation konnte weder in univariater, noch in multivariater Analyse als Prädiktor der PTBS-Symptombelastung zum ersten Messzeitpunkt identifiziert werden. Auch persistierende dissoziative Symptomatik stellte in multivariater Analyse keinen Prädiktor dar. Einzig Emotionsdysregulation sagte signifikant und mit bedeutendem Vorhersageeinfluss PTBS-Symptomatik zum ersten Messzeitpunkt voraus. Emotionsdysregulation konnte im Gegensatz zur persistierenden dissoziativen Symptomatik als signifikante Moderatorvariable für den Zusammenhang zwischen der PTBS-Symptomatik zum ersten Messzeitpunkt und dem Behandlungserfolg identifiziert werden. Weiterhin stellte sich Emotionsdysregulation als Mediator für den Einfluss der PTBS-Symptomatik auf persistierende dissoziative Symptomatik heraus. Ein Pfadmodell, welches die Variablen persistierende Dissoziation, Emotionsdysregulation, PTBS-Symptomatik, Behandlungserfolg und die vermuteten Beziehungen enthielt, konnte keinen akzeptablen globalen Modellfit erreichen. In dieser Untersuchung ging im Besonderen Emotionsdysregulation als einflussreicher und bedeutender Wirkfaktor in posttraumatischer Psychopathologie hervor.

# Vergleich der Validität der Screeninginstrumente ADS-K und WHO-5 zur Früherkennung bei depressiven Störungen im Erwachsenenalter. Eine empirische Arbeit zur Ermittlung der Kriteriumsvalidität an einer Stichprobe chronischer Schmerzpatienten

Marvin Kregel, Klinische Psychologie

## Einleitung

Schmerz ist als eine universelle Erfahrung jedem Menschen bekannt. Akuter Schmerz erfüllt als Warnsignal eine biologische Funktion, wohingegen chronische Schmerzzustände sich häufig zu einem komplexen dysfunktionalen Krankheitsbild entwickeln. Epidemiologische Studien zeigen, dass zwischen 7 und 13 % der deutschen Bevölkerung durch chronische Schmerzen erheblich beeinträchtigt sind. Neben der Leidenssituation eines jeden einzelnen Patienten und seines Umfeldes führt dies zu erheblichen Auswirkungen auf die ökonomische Arbeitswelt und zu einer erhöhten Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. Trotz neuer multimodaler Therapieansätze im Sinne des biopsychosozialen Krankheitsmodells überwiegen weiterhin konservative Behandlungen. Die Defizite in der Therapie akuter sowie chronischer Schmerzen und ein heterogenes Erscheinungsbild der Symptomatik erschweren die frühzeitige Diagnostik von Depressionen, die sehr häufig bei Patienten mit Schmerzzuständen komorbid auftreten können. Allerdings bleiben viele klinisch relevante Depressionen unentdeckt. Dies hat erhebliche Auswirkungen auf den weiteren Schmerzverlauf und die Prognosen. Daher ist es notwendig, frühzeitig Depressionen bei Patienten mit einer Schmerzsymptomatik zu identifizieren. Eine Möglichkeit, die Erkennungsrate depressiver Störungen bei Schmerzpatienten zu erhöhen, liegt im Einsatz von sensitiven Screeninginstrumenten. Die vorliegende Masterarbeit „Vergleich der Validität der Screeninginstrumente ADS-K und WHO-5 zur Früherkennung bei depressiven Störungen im Erwachsenenalter. Eine empirische Arbeit zur Ermittlung der Kriteriumsvalidität an einer Stichprobe chronischer Schmerzpatienten“ adressiert den hohen Bedarf an Forschung zur Optimierung der Versorgung chronischer Schmerzpatienten. Das übergeordnete Ziel der Masterarbeit war es, die praktische Eignung von kurzen Screeningverfahren hinsichtlich der Früherkennung depressiver

Störungen bei Schmerzpatienten zu überprüfen. Dazu wurden die in der Anwendung unterschiedlicher Settings national sowie international etablierten Selbstbeurteilungsfragebögen Allgemeine Depressionsskala in der Kurzversion (ADS-K) mit insgesamt 15 Items sowie der ins Deutsche übersetzte Fragebogen zum Wohlbefinden (WHO-5) mit nur 5 Items anhand des diagnostischen Interviews bei psychischen Störungen (DIPS) mit ICD-10 Diagnosen hinsichtlich der Kriteriumsvalidität erstmalig in einer Stichprobe chronischer Schmerzpatienten verglichen.

## Methodik

Die untersuchte Stichprobe setzte sich aus 75 (67,6 %) weiblichen und 36 (32,4 %) männlichen Patienten mit einem mittleren Alter von 62 Jahren (SD = 11,46; Bereich 33 bis 88 Jahre) zusammen. Insgesamt konnten mit einer hohen Ausschöpfungsquote 111 Schmerzpatienten in die Studie aufgenommen werden. Die Patienten wurden ambulant sowie stationär innerhalb einer für die Multimodale Schmerztherapie spezialisierten Klinik behandelt. Zu den häufigsten vergebenen medizinischen Diagnosen gehörten Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99). Anhand der nach dem DIPS erhobenen Diagnosen als Goldstandard wurden die depressive Episode sowie die Dysthymia einbezogen. Zur Validierung der Fragebögen wurden Receiver Operating Characteristic Kurven berechnet, in denen die Richtig-Positiv-Rate gegen die Falsch-Positiv-Rate aufgetragen wird. Anschließend wurden die daraus ergebenden Kennwerte Area under the Curve (AUC), Sensitivität (SE), Spezifität (SP) sowie die bedingten Wahrscheinlichkeiten mit dem Positiven Prädiktiven Wert (PPW) und Negativen Prädiktiven Wert (NPW) für jedes Instrument ermittelt und miteinander verglichen. Der optimale Schwellenwert, der das beste Verhältnis aus Sensitivität und Spezifität darstellt, erschloss sich aus dem Youden-Index.

## Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, dass von den vordergründig somatisch behandelten Schmerzpatienten mit überwiegend somatisch diagnostizierten Krankheiten eine Prävalenzrate depressiver Störungen von 39,6 % aufgedeckt werden konnte. Hinsichtlich der konkurrenten Validität erzielten die Instrumente einen als hoch zu bewertenden AUC-Wert von .85. Mit einem optimalen Schwellenwert von 13 Punkten konnte die ADS-K mit einer Wahrscheinlichkeit von 77 % der an einer Depression erkrankten Schmerzpatienten als auffällig klassifizieren. Demgegenüber hat das Instrument mit einer Wahrscheinlichkeit von 88 % Patienten ohne depressive Störung auch als unauffällig zurückgewiesen. Wie am PPW und NPW erkennbar hatten 81 % von den richtig positiv klassifizierten Personen tatsächlich eine depressive Störung und 86 % wurden als richtig negativ identifiziert. Eine Gegenüberstellung der ADS-K mit dem WHO-5 zeigte, dass trotz der geringeren Anzahl an Items, der WHO-5 hinsichtlich des bestmöglichen Schwellenwertes von 11 Punkten mit einer SE von 70 % und einer SP von 88 % keine statistisch signifikanten Unterschiede erzielte. Beim WHO-5 hatten von den positiv klassifizierten Personen 79 % (PPW) tatsächlich eine depressive Störung nach den ICD-10 Kriterien und 82 % (NPW) wurden als richtig negativ zurückgewiesen.

## Schlussfolgerungen

Die aufgeführten Studienergebnisse belegen, dass depressive Störungen häufig Begleiterscheinungen bei Patienten mit chronischen Schmerzen sind, die in ein komplexes dysfunktionales Krankheitsgeschehen eingebunden sind. Allerdings ist die gegenwärtige Studienlage für die Gruppe der Schmerzpatienten hinsichtlich der Depressionsfrüherkennung trotz hoher Prävalenzen als unzureichend zu betrachten. Für die adäquate Versorgung von Schmerzpatienten ist eine an neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen angepasste interdisziplinäre

Behandlung erforderlich. Gerade die Prävention einer anhaltenden Schmerzsymptomatik muss in der zukünftigen Forschung stärker betrachtet werden. Da vor allem psychische Faktoren den Schmerzverlauf akuter sowie chronischer Schmerzen modulieren, ist eine Integration der psychologischen Expertise in die Ausgestaltung der Therapie sinnvoll. Eine frühzeitige psychodiagnostische Routineuntersuchung mit kurzen Screeninginstrumenten ist vor dem Hintergrund der hohen Prävalenzen unbehandelter depressiver Störungen und dem zumeist somatisch geprägten Versorgungsfokus mit begrenzter Untersuchungszeit notwendig. Für eine Implementierung in die medizinische Versorgung sollten die Instrumente in der Anwendung und Auswertung nur wenige Minuten der Wartezeit des Patienten in Anspruch nehmen. Die Ergebnisse könnten mithilfe validierter Schwellenwerte daraufhin direkt dem behandelnden Arzt übermittelt und auf das mögliche Vorliegen einer depressiven Störung aufmerksam machen. Im weiteren Behandlungsgespräch könnten diese Befunde exploriert und ggf. in psychologischen Folgeuntersuchungen abgeklärt werden. Gerade für Schmerzpatienten kann eine an die Schmerzsymptomatik angepasste Therapie bei spezialisierten psychologischen Schmerztherapeuten eingeleitet werden. Um dies zu ermöglichen, stellt die vorliegende Untersuchung zwei Screeninginstrumente mit validierten Schwellenwerten für Schmerzpatienten vor. Damit kann sie einen erheblichen Beitrag zur Früherkennung depressiver Störungen bei Schmerzpatienten liefern. In zukünftigen Untersuchungen sollten die vorliegenden Ergebnisse im Hinblick auf die Repräsentativität nochmals in einer größer angelegten Stichprobe repliziert werden. Die Chancen auf eine frühzeitig eingeleitete Behandlung können deutlich erhöht werden und somit schwerwiegende Folgen im Chronifizierungsprozess vermindert werden.







# Preisträgerinnen kbo-Innovationspreis | Bachelorarbeit

Jaqueline Fota und Sophie Lenert, Pflege Dual

Analyse und Darstellung der Gründe für die vergleichsweise vielen freiwilligen Aufenthalte in geschlossenen geführten Heimeinrichtungen in Bayern | Welche Gründe können für die vergleichsweise vielen freiwilligen Aufenthalte in geschlossenen geführten Heimeinrichtungen in Oberbayern analysiert werden?

# Analyse und Darstellung der Gründe für die vergleichsweise vielen freiwilligen Aufenthalte in geschlossen geführten Heimeinrichtungen in Bayern

## Welche Gründe können für die vergleichsweise vielen freiwilligen Aufenthalte in geschlossen geführten Heimeinrichtungen in Oberbayern analysiert werden?

Jaqueline Fota und Sophie Lenert, Pflege Dual

Die Anzahl der geschlossenen Unterbringungen nach §1906 BGB ist in Bayern im Vergleich zu anderen Bundesländern wesentlich höher, „*alleine in Oberbayern [...] gibt es [...] mehr als doppelt so viele geschlossene stationäre Heimplätze, wie in allen anderen Bundesländern zusammen*“ (Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Oberbayern, 2011, S. 37). Das Missverhältnis „*[...] zwischen der Anzahl geschlossener Heimplätze auf Bundesebene im Vergleich zu der in Oberbayern legt [...] den Verdacht nahe, dass Betroffene, die aus anderen Bundesländern stammen, hier in [...] Bayern untergebracht sind.*“ (Berger, 2013, S. 80). Auch wenn in Oberbayern vergleichsweise viele Plätze angeboten werden, steht nur ein begrenztes Kontingent zur Verfügung, welches bereits ausgelastet ist. Diese Situation beruht jedoch nicht nur auf einer Vielzahl von gesetzlichen Unterbringungsbeschlüssen, sondern zu einem großen Teil auf Freiwilligkeitserklärungen der Klienten.

Freiwilligkeitserklärungen bieten Menschen mit psychischen Störungen die Möglichkeit, sich auch ohne eine gerichtliche Anordnung freiwillig in ein geschlossenes Setting einzuweisen. Die Anzahl der Fälle, in denen eine Freiwilligkeit vorliegt, ist vor allem in der Region Oberbayern auffallend hoch. Der Bezirk Oberbayern hat die Aufgabe, diese Fälle zu koordinieren und größtenteils auch zu finanzieren. Die hohe freiwillige Nachfrage an geschlossenen Plätzen erfordert eine Anpassung des Versorgungssystems und die Schaffung von Alternativen, da die Klienten individuell in ihren Bedürfnissen unterstützt und behandelt werden müssen.

Diese dargestellte Problematik der Aus- beziehungsweise Überlastung der psychiatrischen Versorgungsstruktur in einem geschlossenen Setting ist die Ausgangssituation für das Projekt „Versorgungsalternativen für psychisch kranke Erwachsene in einem geschlossenen Setting unter dem Aspekt der

Sozialraumorientierung“ des Bezirks Oberbayern, unter dessen Deckmantel die vorliegende Bachelorarbeit entstanden ist. Um die Klienten in ihren Bedürfnissen und Beweggründen besser verstehen zu können, wurden Gründe für die vergleichsweise vielen freiwilligen Unterbringungen in geschlossen geführten Heimeinrichtungen in Oberbayern analysiert.

Die auf einer retrospektiven Methode basierende Forschungsstudie umfasst sowohl qualitative als auch quantitative Anteile. Diese Methodik verfolgt das Ziel, die gesamte Bandbreite der Gründe für die vergleichsweise vielen freiwilligen Aufenthalte in geschlossen geführten Heimeinrichtungen im Rahmen des Projektes abzubilden. Im Rahmen der quantitativen Methodik wurden unter Berücksichtigung des Datenschutzes aus Klientenakten retrospektiv Daten erhoben. Für die Datenanalyse wurde im Vorfeld ein Erhebungsinstrument in Form eines Fragebogens entwickelt. Die Auswertung erfolgte vorwiegend mittels deskriptiver Statistik und unter Anwendung von Korrelationsverfahren. Ergänzend dazu wurden qualitative Interviews mit Klienten durchgeführt.

### Die Ergebnisse der Studie werden im Folgenden zusammengeführt:

- Bezugnehmend auf die Intention der Studie wird deutlich, dass fast alle Klienten der Stichprobe bereits vor ihrer Freiwilligkeitserklärung in einem stationären, geschlossenen Setting untergebracht waren. Es lässt sich vermuten, dass sowohl der Faktor Beheimatung als auch Stabilisierung im geschlossenen Setting einen Wunsch der Betroffenen nach Fortsetzung des Aufenthaltes geweckt haben könnten.
- Wenn die Klienten das Gefühl der Beheimatung in der Einrichtung erreicht haben, ist es schwer, ihnen die Notwendigkeit einer alternativen Versorgungsform nahezubringen ohne

psychische Krisen auszulösen, welche wiederum eine formal juristische Begründung für einen erneuten Beschluss liefern könnten.

- Die Klienten bauen sich während des Aufenthaltes ihr soziales Umfeld in der Einrichtung auf und gehen Partnerschaften ein, was wiederum das Beheimatungsgefühl bestärkt und den Wunsch nach einer freiwilligen Verlängerung der Unterbringung auslösen kann.
- Im Laufe der gerichtlichen Unterbringung entwickeln viele Klienten ein Zugehörigkeitsgefühl und fühlen sich verstanden und respektiert. Sie nehmen keine Außenseiterrolle in der Gesellschaft mehr ein und leben mit Gleichgesinnten zusammen. Insbesondere im Fall einer begangenen Straftat kann der Beginn einer neuen Lebensführung erleichtert werden.

Betrachtet man die Ergebnisse der Studie im Gesamten, so stellt sich die Frage, ob eine Weitervermittlung der Klienten in eine offenere Versorgungsform zwingend das Ziel der Behandlung sein sollte.

Es zeigt sich, dass viele der Klienten die Einrichtungen und deren geschlossenen Rahmen nicht verlassen möchten und dort ein Zuhause gefunden haben. Wenn ein gewisser Grad an psychischer Stabilität erreicht ist, sollte überlegt werden, ob ein lebenslanger Aufenthalt in der jeweiligen Einrichtung für bestimmte Klienten geeigneter wäre und wie dies realisiert werden könnte.

Die Praxis verdeutlicht die Erwartungshaltung der Gesellschaft, dass eine psychische Erkrankung erfolgreich therapierbar ist und eine anschließende Rückkehr in das „normale Leben“ erfolgen muss. Es werden zeitliche und räumliche Rahmenbedingungen geschaffen, welche aber nach Ablauf der durchschnittlichen

Behandlungsdauer einer regelmäßigen Rechtfertigung unterliegen. Dieser gesellschaftliche und institutionelle Druck erschwert die Erhaltung der psychischen Stabilität für die Betroffenen. Vergleicht man diese Versorgungssituation mit einem geistig oder körperlich behinderten Erwachsenen, zeigt sich, dass das Verständnis für die Notwendigkeit der Erhaltung eines stabilisierenden Settings und ein möglicher lebenslanger Verbleib in diesem Rahmen eher akzeptiert und gefördert werden.

Die Grundhaltung des Gesundheitssystems, dass sich Menschen mit einer psychischen Störung dafür rechtfertigen müssen, dass ihre Erkrankung chronisch ist und ein festes Behandlungssetting benötigt, sollte also hinterfragt werden.













### Kliniken des Bezirks Oberbayern (kbo)

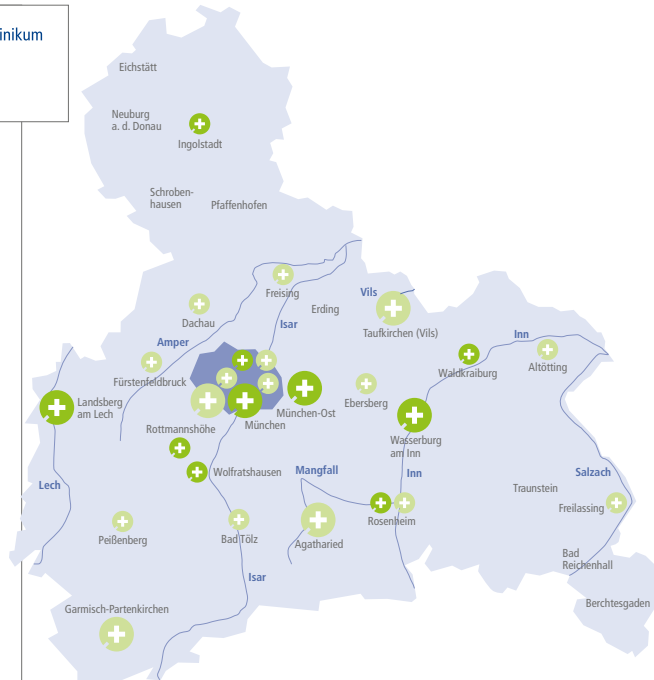
Seit Anfang 2007 arbeiten die Kliniken des Bezirks Oberbayern (kbo) unter dem Dach eines Kommunalunternehmens zusammen. kbo ist ein Verbund von Kliniken und ambulanten Einrichtungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, Neurologie und Sozialpädiatrie. 7.100 Mitarbeitende behandeln, pflegen und

betreuen etwa 110.000 Patientinnen und Patienten jährlich. Diese Leistungen bietet kbo stationär, teilstationär und ambulant – wohnortnah in ganz Oberbayern an über 20 Standorten. Die gemeinsamen Werte Sicherheit, Nähe und Vielfalt zeichnen uns aus.

# Standorte im Detail

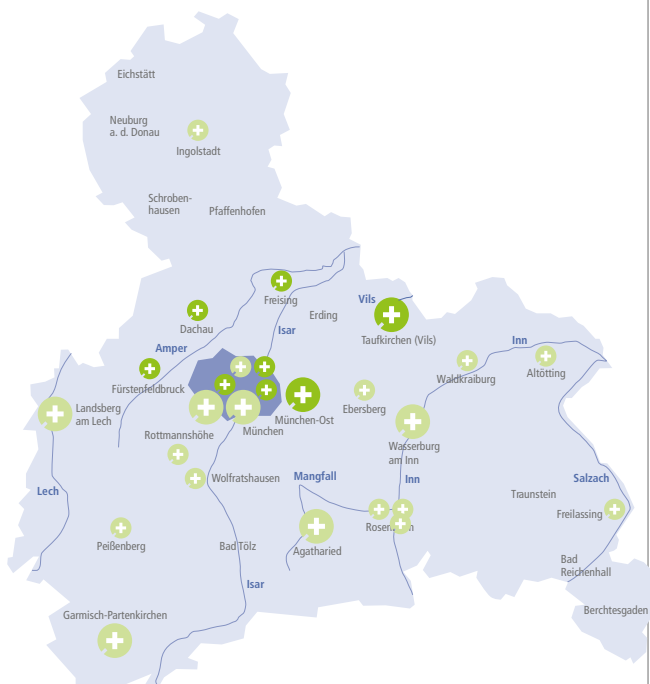
**kbo**  **Heckscher-Klinikum**  
Zuverlässig an Ihrer Seite

- kbo**  **Heckscher-Klinikum MÜNCHEN**  
Zuverlässig an Ihrer Seite
- kbo**  **Heckscher-Klinikum ROSENHEIM**  
Zuverlässig an Ihrer Seite
- kbo**  **Heckscher-Klinikum ROTTMANSHÖHE**  
Zuverlässig an Ihrer Seite
- kbo**  **Heckscher-Klinikum WOHNGRUPPE MÜNCHEN**  
Zuverlässig an Ihrer Seite
- kbo**  **Heckscher-Klinikum INGOLSTADT**  
Zuverlässig an Ihrer Seite
- kbo**  **Heckscher-Klinikum AMBULANZ WALDKRAIBURG**  
Zuverlässig an Ihrer Seite
- kbo**  **Heckscher-Klinikum AMBULANZ WOLFRATSHAUSEN**  
Zuverlässig an Ihrer Seite
- kbo**  **Heckscher-Klinikum WASSERBURG AM INN**  
Zuverlässig an Ihrer Seite
- kbo**  **Heckscher-Klinikum LANDSBERG AM LECH**  
Zuverlässig an Ihrer Seite
- kbo**  **Heckscher-Klinikum HAAR**  
Zuverlässig an Ihrer Seite



**kbo**  **Inn-Salzach-Klinikum**  
Zuverlässig an Ihrer Seite

- kbo**  **Inn-Salzach-Klinikum FREISING**  
Zuverlässig an Ihrer Seite
- kbo**  **Inn-Salzach-Klinikum ROSENHEIM**  
Zuverlässig an Ihrer Seite
- kbo**  **Inn-Salzach-Klinikum WASSERBURG AM INN**  
Zuverlässig an Ihrer Seite
- kbo**  **Inn-Salzach-Klinikum ALTÖTTING**  
Zuverlässig an Ihrer Seite
- kbo**  **Inn-Salzach-Klinikum EBERSBERG**  
Zuverlässig an Ihrer Seite




**kbo**  **Isar-Amper-Klinikum**  
Zuverlässig an Ihrer Seite

- kbo**  **Isar-Amper-Klinikum ATRUMHAUS**  
Zuverlässig an Ihrer Seite
- kbo**  **Isar-Amper-Klinikum MÜNCHEN-NORD**  
Zuverlässig an Ihrer Seite
- kbo**  **Isar-Amper-Klinikum MÜNCHEN-OST**  
Zuverlässig an Ihrer Seite
- kbo**  **Isar-Amper-Klinikum FREISING**  
Zuverlässig an Ihrer Seite
- kbo**  **Isar-Amper-Klinikum FÜRSTENFELDBRUCK**  
Zuverlässig an Ihrer Seite
- kbo**  **Isar-Amper-Klinikum TAUFKIRCHEN (VILS)**  
Zuverlässig an Ihrer Seite
- kbo**  **Isar-Amper-Klinikum DACHAU**  
Zuverlässig an Ihrer Seite
- kbo**  **Isar-Amper-Klinikum MÜNCHEN BERG AM LAIM**  
Zuverlässig an Ihrer Seite





**kbo**  **Lech-Mangfall-Kliniken**  
Zuverlässig an Ihrer Seite

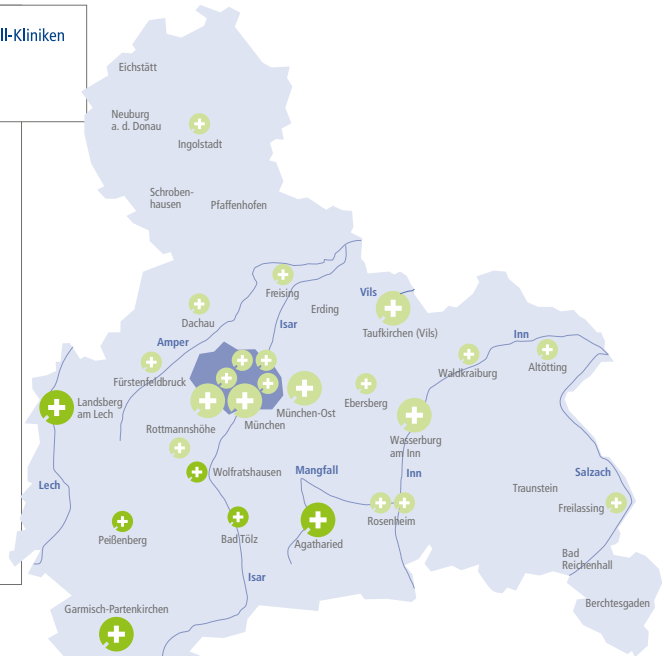
**kbo**  **Lech-Mangfall-Klinik AGATHARIED**  
Zuverlässig an Ihrer Seite

**kbo**  **Lech-Mangfall-Klinik GARMISCH-PARTENKIRCHEN**  
Zuverlässig an Ihrer Seite

**kbo**  **Lech-Mangfall-Klinik LANDSBERG AM LECH**  
Zuverlässig an Ihrer Seite

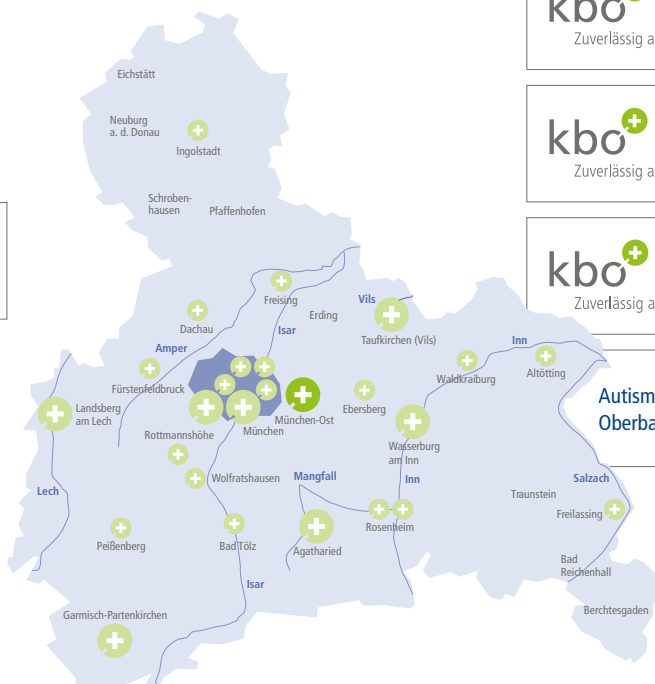
**kbo**  **Lech-Mangfall-Klinik FREISING**  
Zuverlässig an Ihrer Seite


**kbo**  **Lech-Mangfall-Klinik \* WOLFRATSHAUSEN**  
Zuverlässig an Ihrer Seite





**kbo**  **Medizinisches Versorgungszentrum BAD TÖLZ**  
Zuverlässig an Ihrer Seite

**kbo**  **Kinderzentrum München**  
Zuverlässig an Ihrer Seite



**kbo**  **Sozialpsychiatrisches Zentrum**  
Zuverlässig an Ihrer Seite

**kbo**  **Ambulanter Psychiatrischer Pflegedienst**  
Zuverlässig an Ihrer Seite

**kbo**  **Service**  
Zuverlässig an Ihrer Seite

**Autismuskompetenzzentrum Oberbayern**

\*in Planung  
Stand: Dezember 2019













Zuverlässig an Ihrer Seite

**kbo**  
**Kliniken des Bezirks Oberbayern –**  
**Kommunalunternehmen**  
Prinzregentenstraße 18  
80538 München  
Telefon | 089 5505227-0

kbo.de

