



# Moderne Konzepte psychiatrischer Behandlung und Versorgung im Spannungsfeld von Wissenschaft und sozialer Perspektive


Prof. Dr. Georg Juckel

LWL-Universitätsklinik Bochum  
der Ruhr-Universität Bochum

Psychiatrie – Psychotherapie – Psychosomatik-  
Präventivmedizin

**LWL**


Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

- 
- Moderne Seelenforschung – Prädiktion und Prävention
  - Spiegelneurone und die soziale Perspektive
  - Wie weiter ? Netzwerke, Tracks und DMP



**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.



Die Seele wird definiert als das Prinzip der Einheit der psychischen und geistigen Vorgänge, die empirisch jedoch nur in einzelnen Aspekten erfassbar sind, sie wird als Wesenheit gedacht, die die bewussten Erfahrungen des Ichs zusammenfasst.

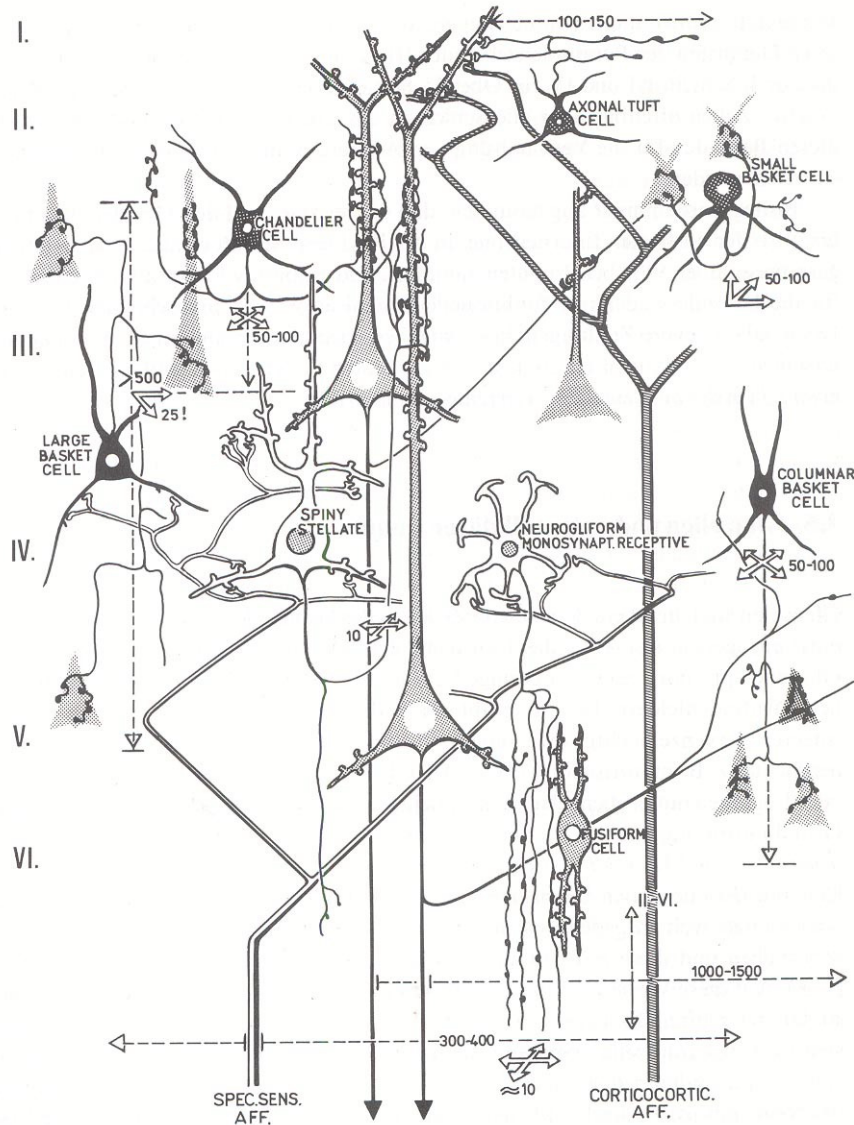
Eng im Zusammenhang mit dem Erstarren der Naturwissenschaften und mit dem Schwinden der haltverleihenden Strukturen von Metaphysik und Religion schwindet der Seelenbegriff. Die Vorstellungen der Seele sind widersprüchlicher denn je, sie reichen von den Begriffen der Lebenskraft hin zur Summe der kognitiven Prozesse und zur Anima immortalis, der nach dem Tode weiterlebenden Seele.



H. Hinterhuber: Die Seele. Springer 2001

**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.



**Struktur** – Neuroanatomie,  
Histologie, (Genetik)

**„Die belebenden Stoffe“ :  
Neurotransmitter, Neuro-  
modulatoren, Hormone**

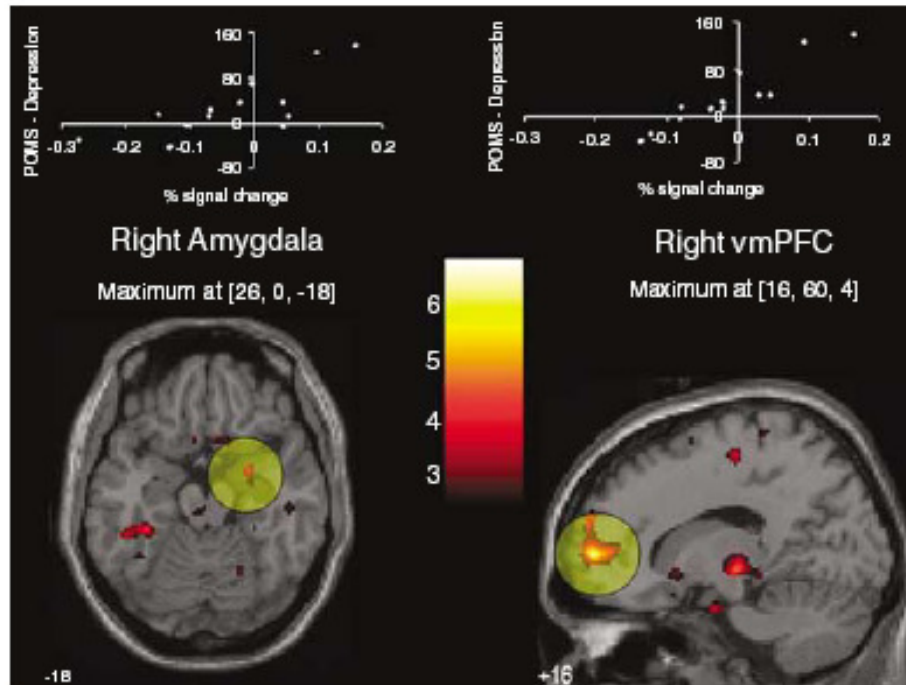
**Funktion** – Elektrophysiologie,  
BOLD

**Verhalten** – Psychologie / Psycho-  
somatik / Neurologie,  
Psychiatrie



Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

# Serotonin: Stimmung und Angst

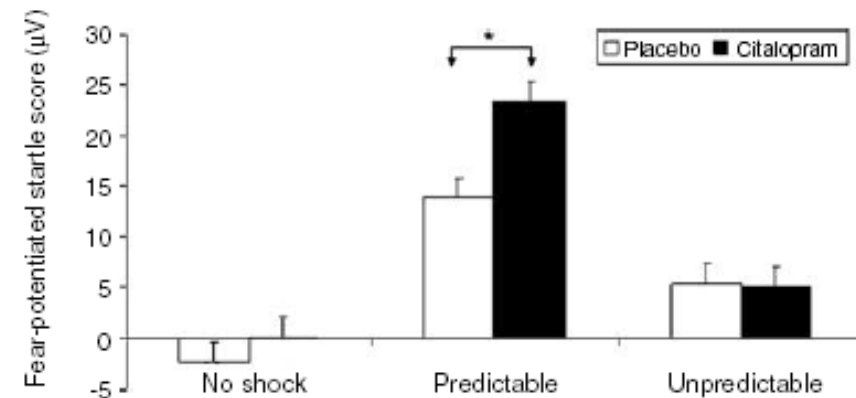


**Figure 2** Activation in the right amygdala and right ventromedial prefrontal cortex reflecting a positive correlation between the effect of ATD on the depression subscale of the POMS and brain activation related to the effect of ATD on the difference between intense fearful and happy facial expressions (see text for details). Percent signal changes in the significant clusters as computed by Marsbar (Brett et al, 2002) and the ATD-induced change in the score on depression subscale of the POMS (T5-T0 in the TRP- session) are plotted against each other in the graphs in the top panel.

Van der Veen et al. 2006

## Effects of citalopram on fear-potentiated startle

C Grillon et al



**Figure 1** Phasic fear-potentiated startle response in each treatment: Difference scores reflecting cue minus ITI startle magnitudes in the no shock, predictable, and unpredictable conditions. \*Significant ( $p < 0.05$ ) difference between placebo and citalopram.

Grillon et al. 2006

**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

# Vernachlässigung (Modell Katharina Braun)

Störung der Eltern-Kind Beziehung

## Elternentzug

**Strauchratte**  
*Octodon degus*



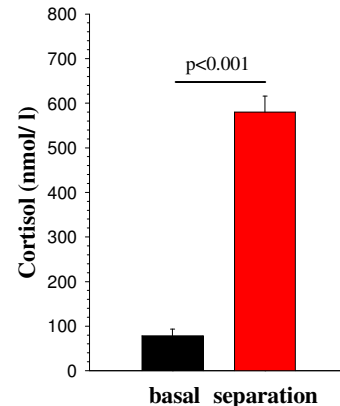
Negative emotionale Erfahrungen



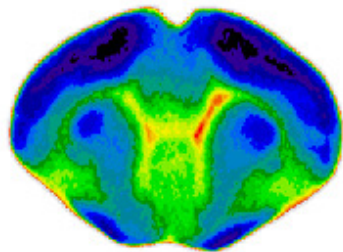
# Influence of parental separation on brain development

## Kurzzeitige (akute) Effekte

Stresshormone  
(Cortisol)

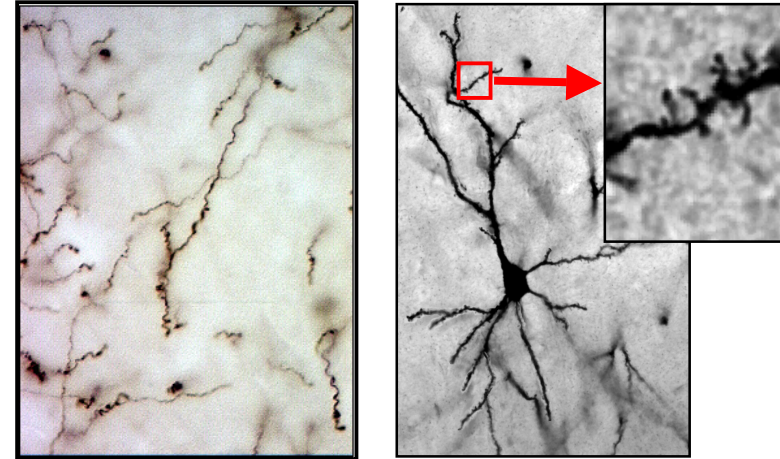


Gehirnaktivität  
(2-FDG)



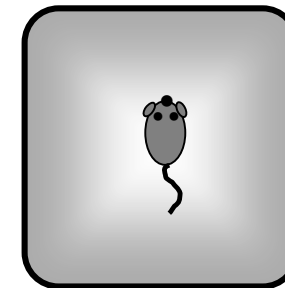
Nemeroff 2004:  
Verhaltensänderungen ähnlich  
der Depression und Angst:  
Streßanfälligkeit,  
Ängstlichkeit, Anhedonie

## Langfristige Veränderungen

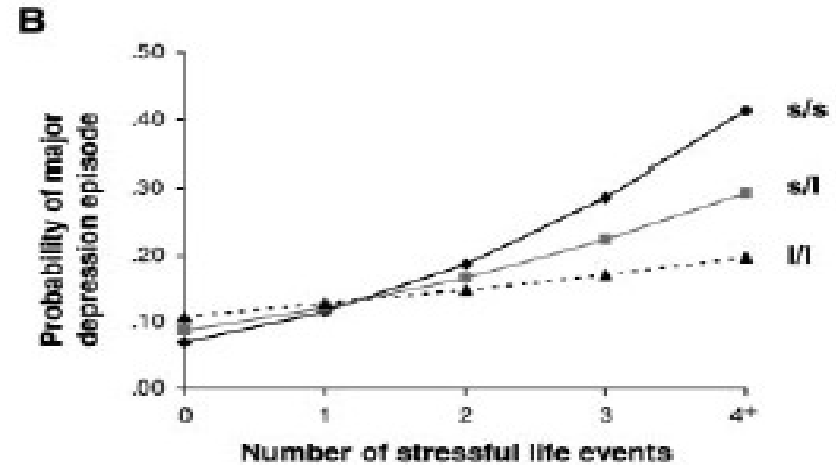
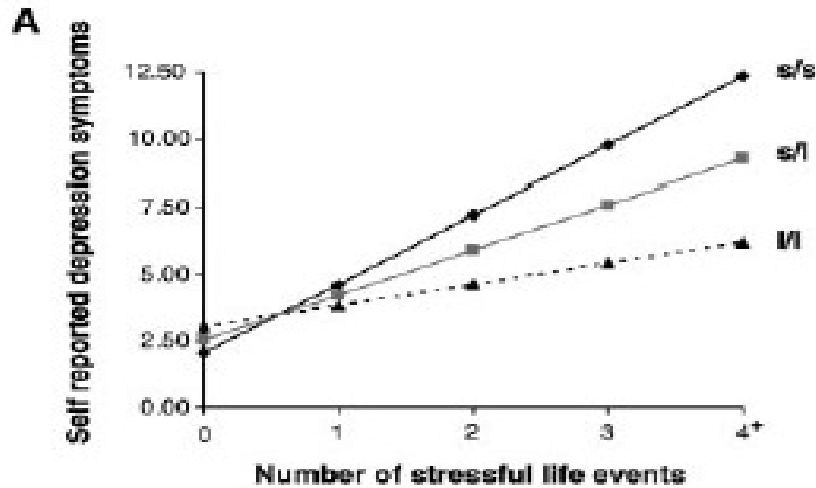


Serotoninsystem:

Morphologische Veränderungen,  
„pathologische“ Synapsen



Verhalten  
(Exploration)



**C** **Bennett et al. 2003, Mol Psychiatry:**

**Monkeys with deleterious early rearing experiences plus s/s genotype exhibited reduced central serotonergic function (low 5-HIAA levels in CSF) and higher responsiveness to stress**

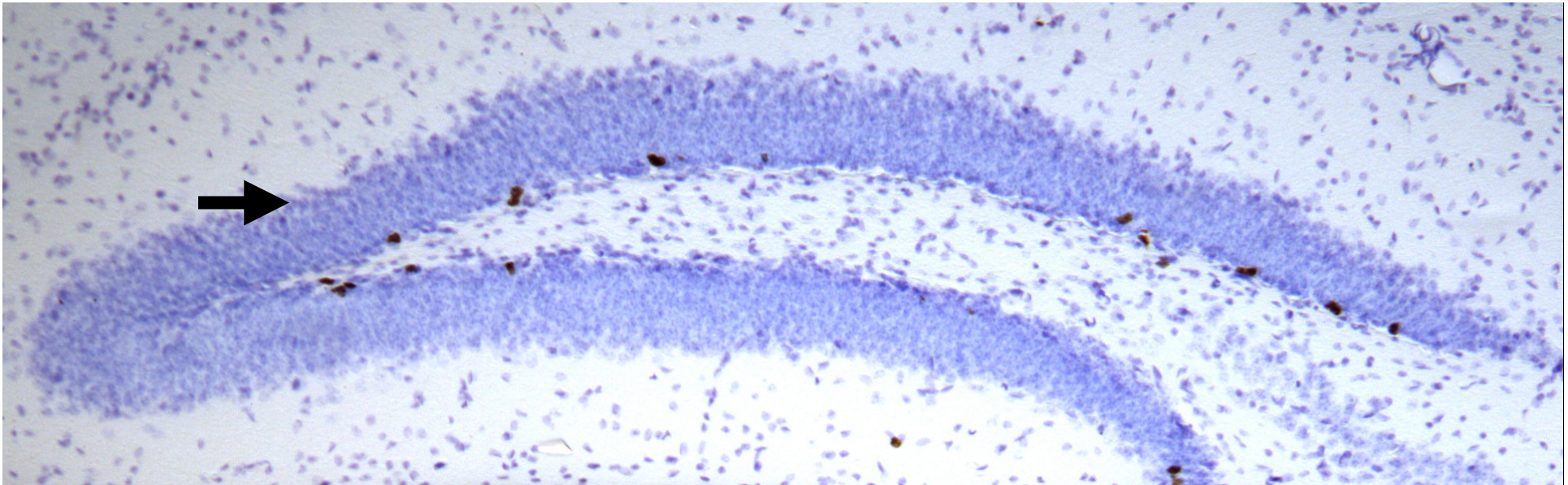
Fig  
str

function of 5-HTT genotype. Among the 146 s/s homozygotes, 43 (29%), 37 (25%), 28 (19%), 15 (10%), and 23 (16%) study members experienced zero, one, two, three, and four or more stressful events, respectively. Among the 435 s/l heterozygotes, 141 (32%), 101 (23%), 76 (17%), 49 (11%), and 68 (16%) experienced zero, one, two, three, and four or more stressful events. Among the 264 l/l homozygotes, 79 (29%), 73 (28%), 57 (21%), 26 (10%), and 29 (11%) experienced zero, one, two, three, and four or more stressful events. (A) Self-reports of depression symptoms. The main

of  
a

Caspi et al. 2003, Science

- Serotonin – neuronale Struktur
- „*neuroprotektiv, neuroplastisch*“
- Neurogenese
- Neurotrophe Faktoren

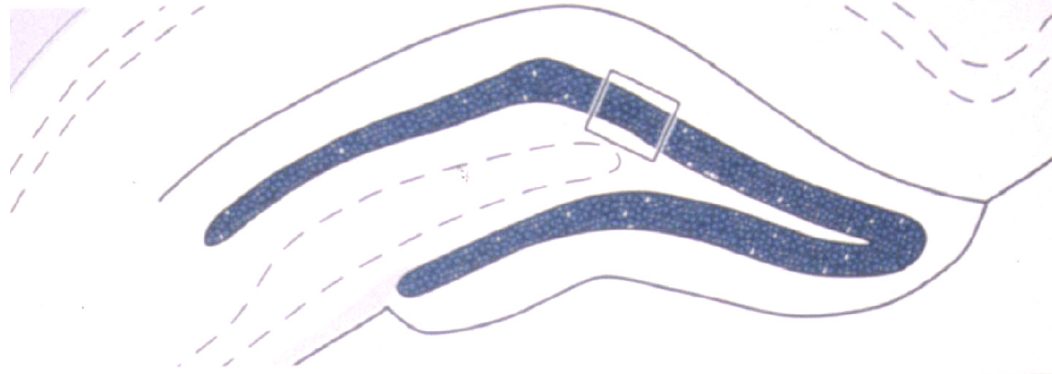


**LWL**

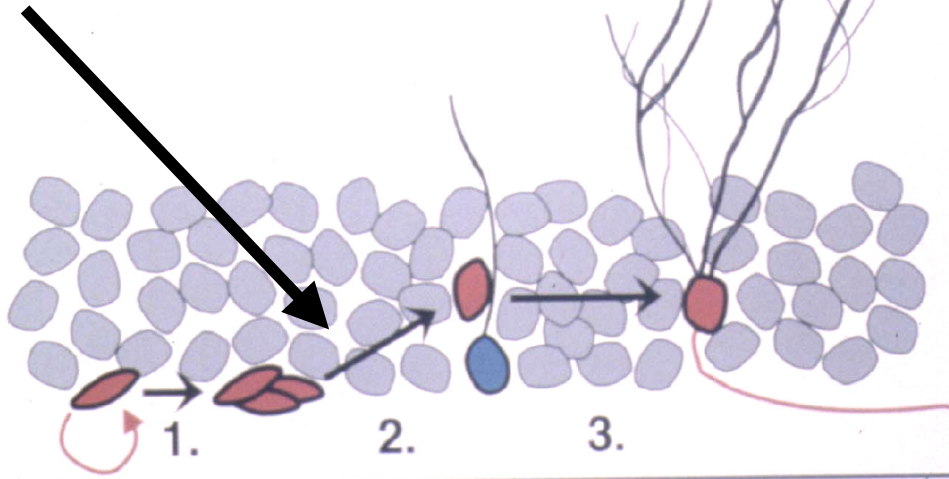
Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.



# Neurogenesis in the Adult Hippocampus



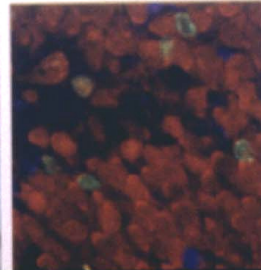
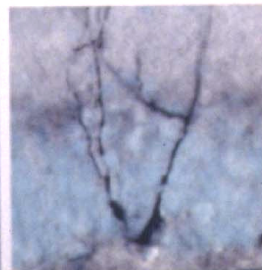
**THIS PROCESS TAKES WEEKS – THERAPEUTIC LAG?**



1. Proliferation

2. Migration

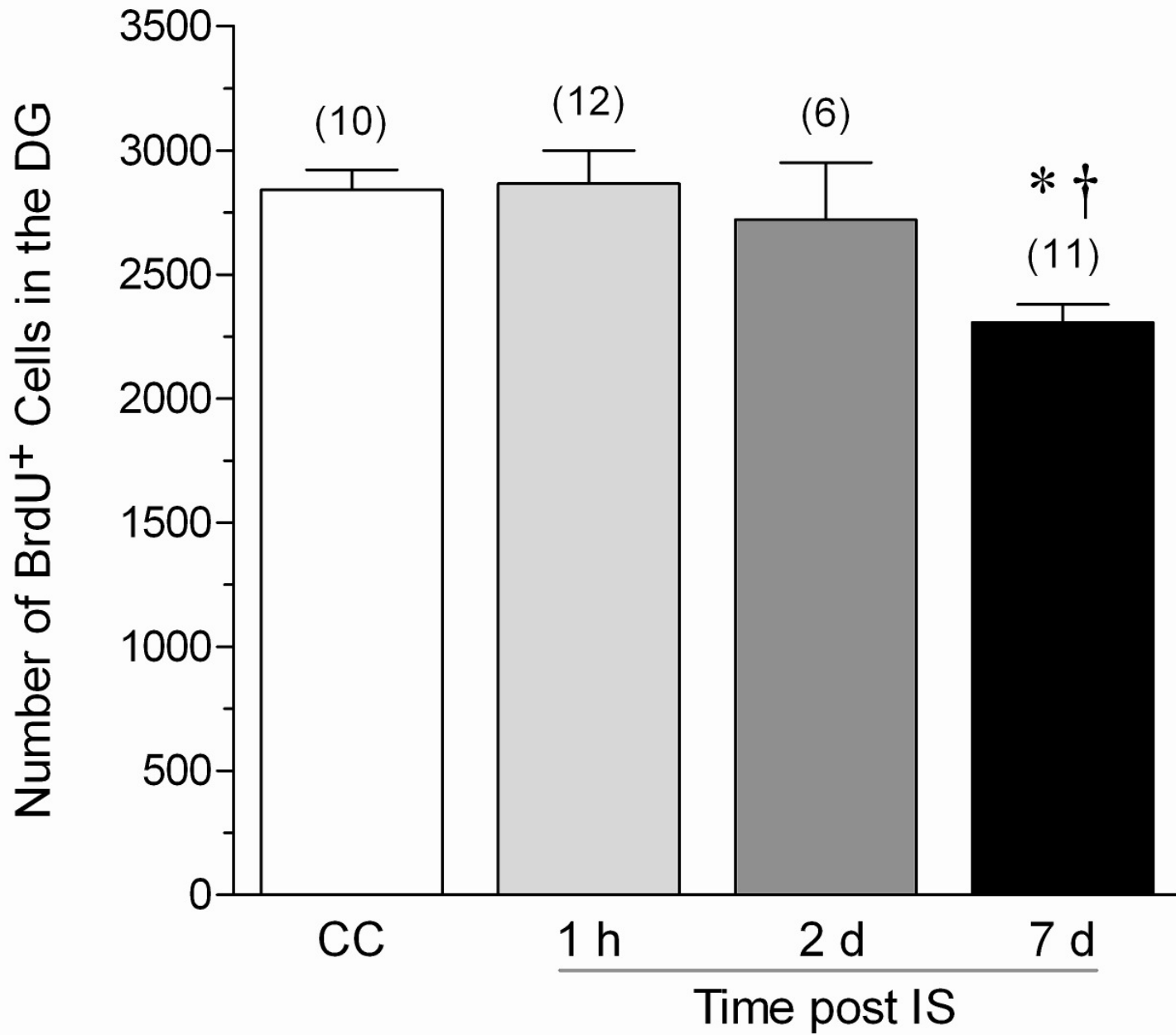
3. Differentiation

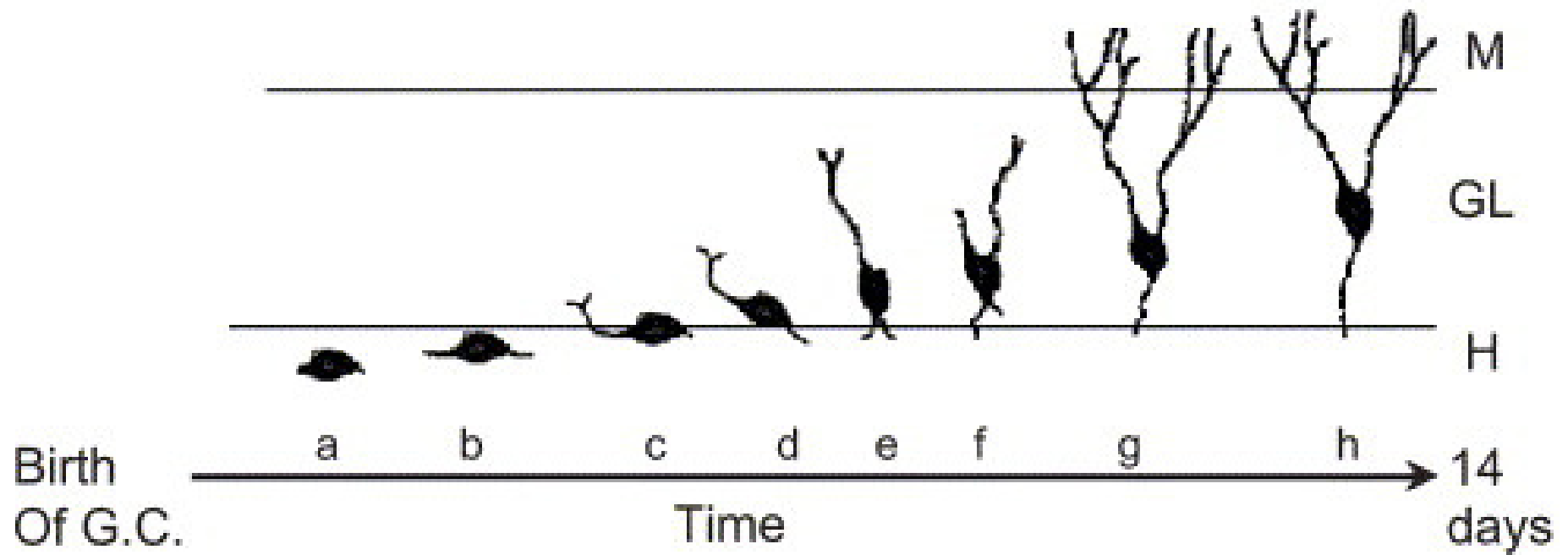


Jacobs 2002  
TINS



die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.





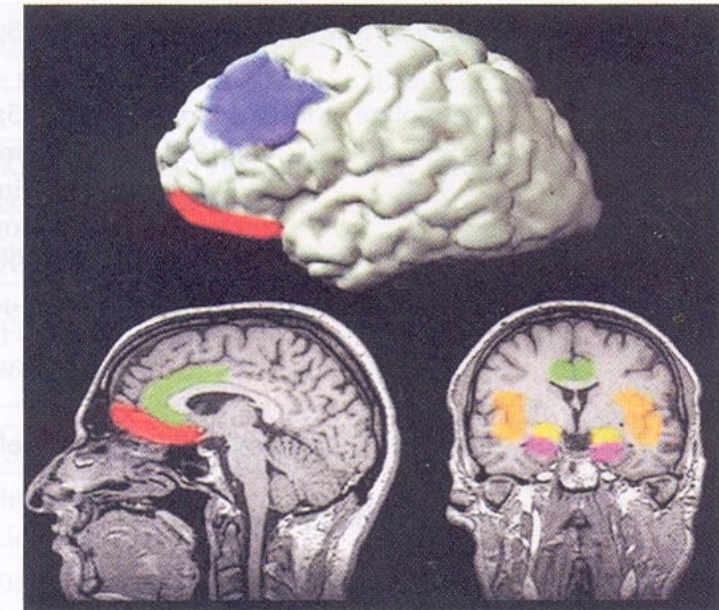
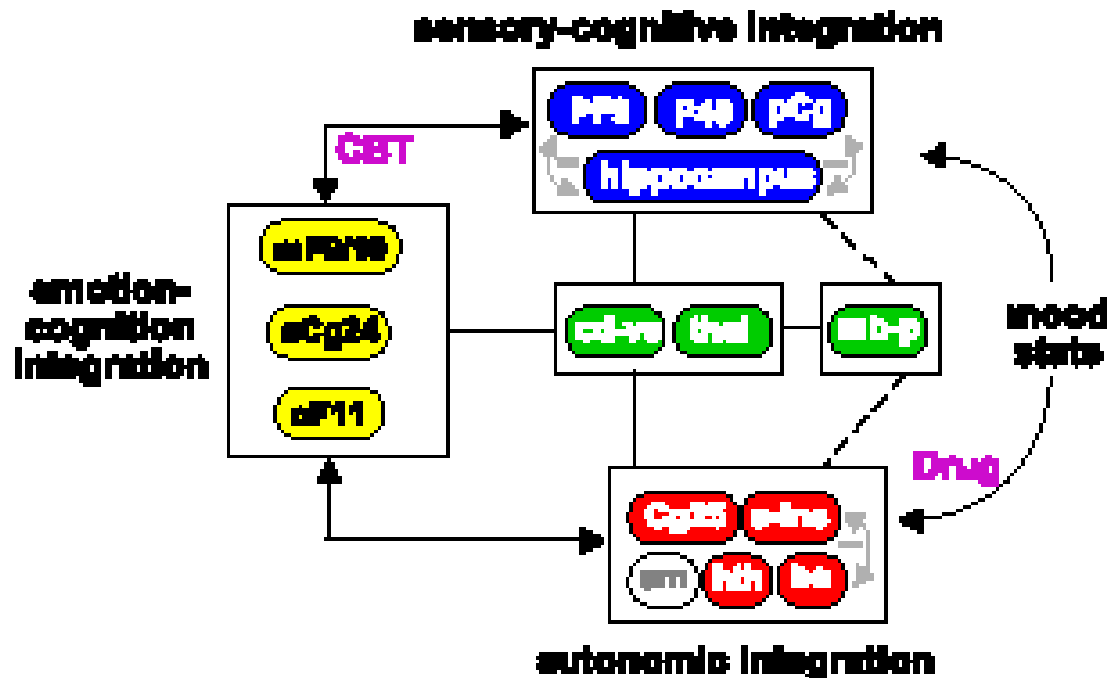
Shapiro & Ribak, 2005



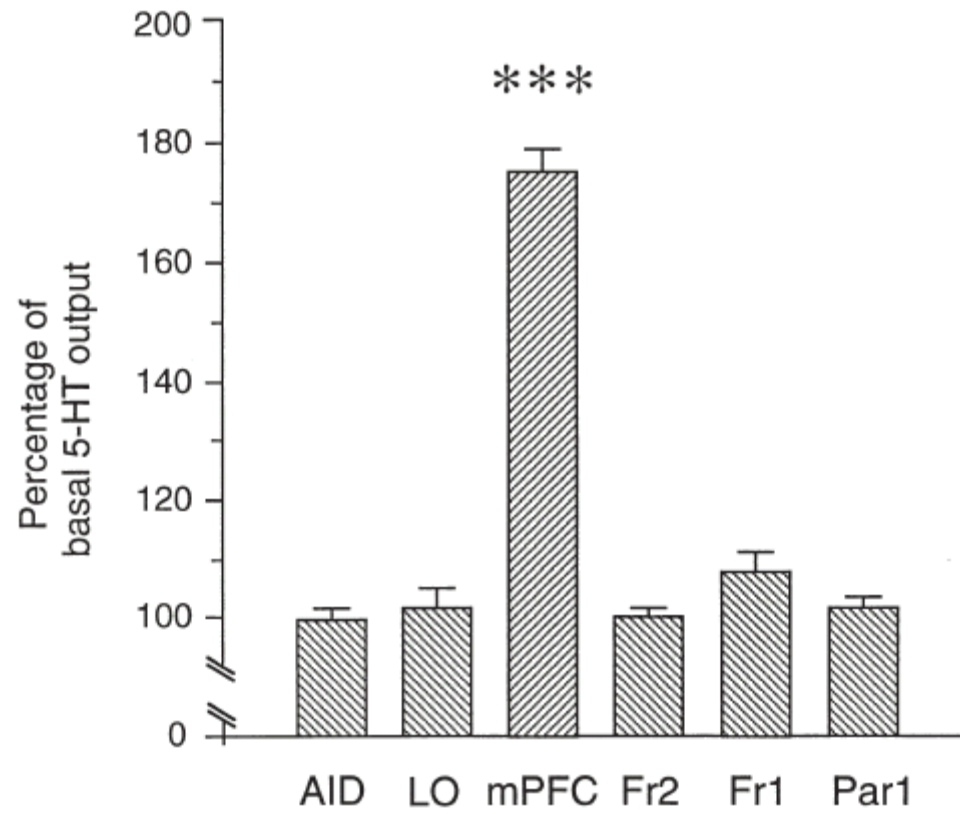
**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

# Neuroanatomisches Depressionsmodell von H. Mayberg: Veränderte Aktivität in definierten Loops



**Abb. 2.3:** Bedeutende Hirnregionen, die bei depressiven Störungen funktionelle Veränderungen aufweisen. **gelb:** Amygdala; **violett:** Hippokampus; **orange:** Insula; **grün:** anteriorer Gyrus cinguli; **rot:** orbitofrontaler präfrontaler Kortex; **blau:** dorsolateraler präfrontaler Kortex (aus: Vollmert et al. 2004, mit freundlicher Genehmigung).



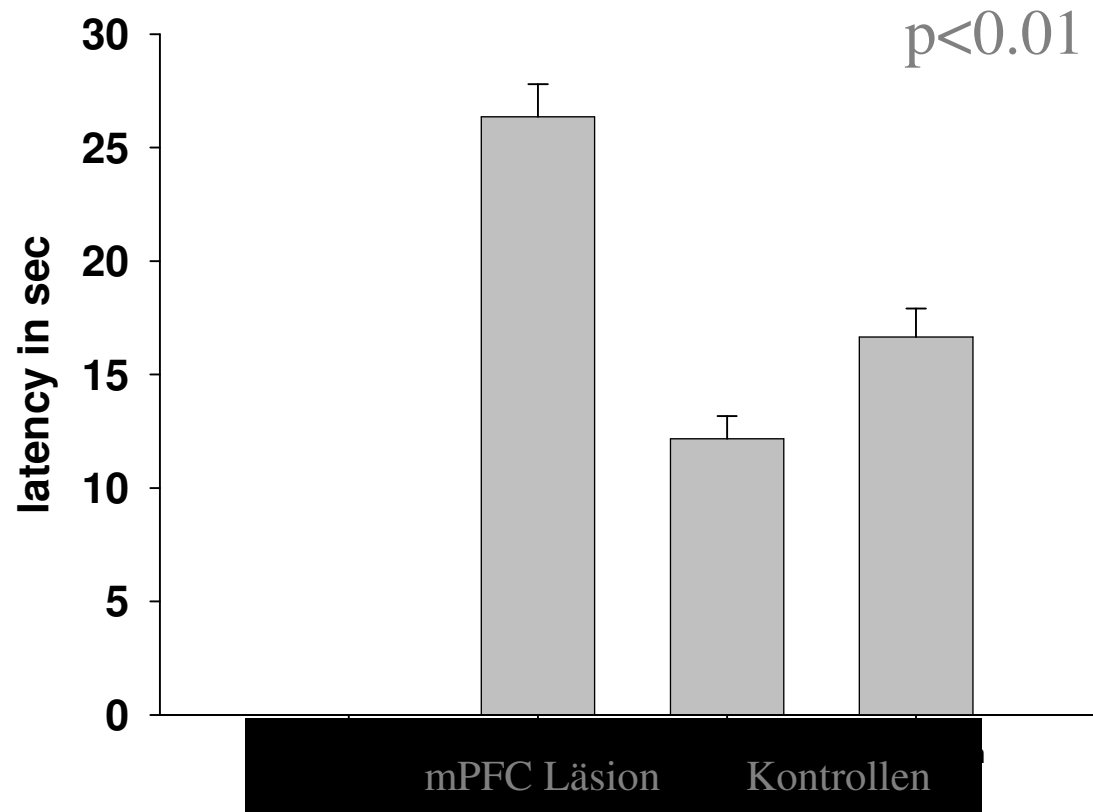
Juckel et al. 1999

**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

# Wirkung von mPFC-Läsionen auf Learned Helplessness - Verhalten

(mittlere Latenz bis zur Beendigung der Schocks durch das Tier)



Nächster Schritt: 5-HT im PFC, Amygdala?

**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.



# Implikationen

- Neue Behandlungsansätze (neuroprotektiv und neuroanatomisch lokal)
- Lebensereignis- und Traumaforschung (Vernachlässigung, sexueller Mißbrauch, Gewalt)
- Zusammenarbeit mit Jugendämtern/hilfe, Beratungsstellen, KJP (insbesondere Psychotherapie), Screening/emotionale Reihenuntersuchungen, Primärprävention
- Alle, auch sich noch entwickelnde Formen von Depression und Suizidalität frühzeitig entdecken
- Und aber auch Chronifizierung vermeiden: Verlaufsprädiktion und Behandlungspfade (gezielt und strukturiert)



**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.



# **Klinischer Wert möglichst exakter Prädiktion z.B. der Response auf Antidepressiva**

Schnellere Remission und Reduktion der Krankheits- und Leidenszeit für Patienten und Angehörige

Reduktion Suizidrisikos und von Suizidalität

Vermeidung unnötiger Nebenwirkungen (hervorgerufen einer evtl. nicht-effektiven antidepressiven Medikation)

Reduktion der stationären Liegezeiten

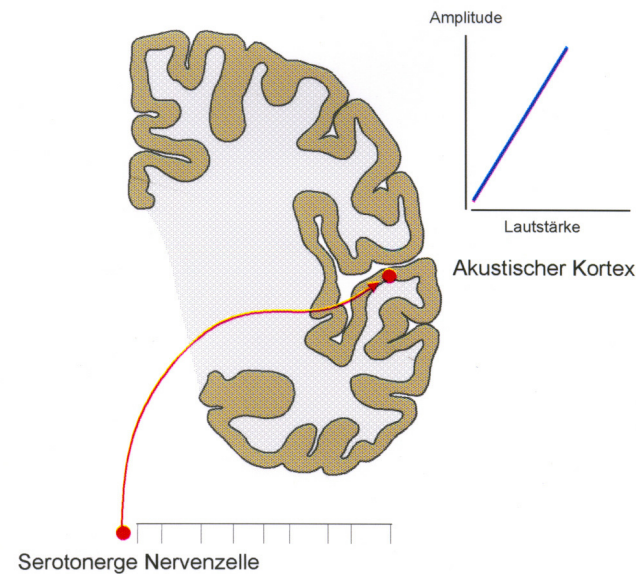
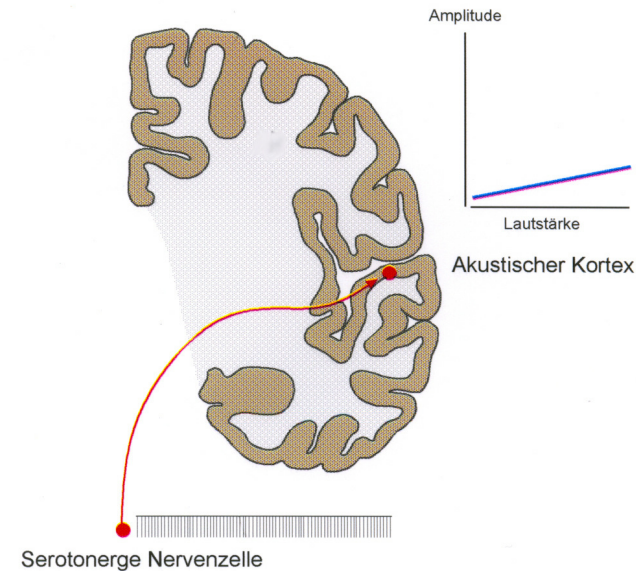


Reduktion von Kosten

**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

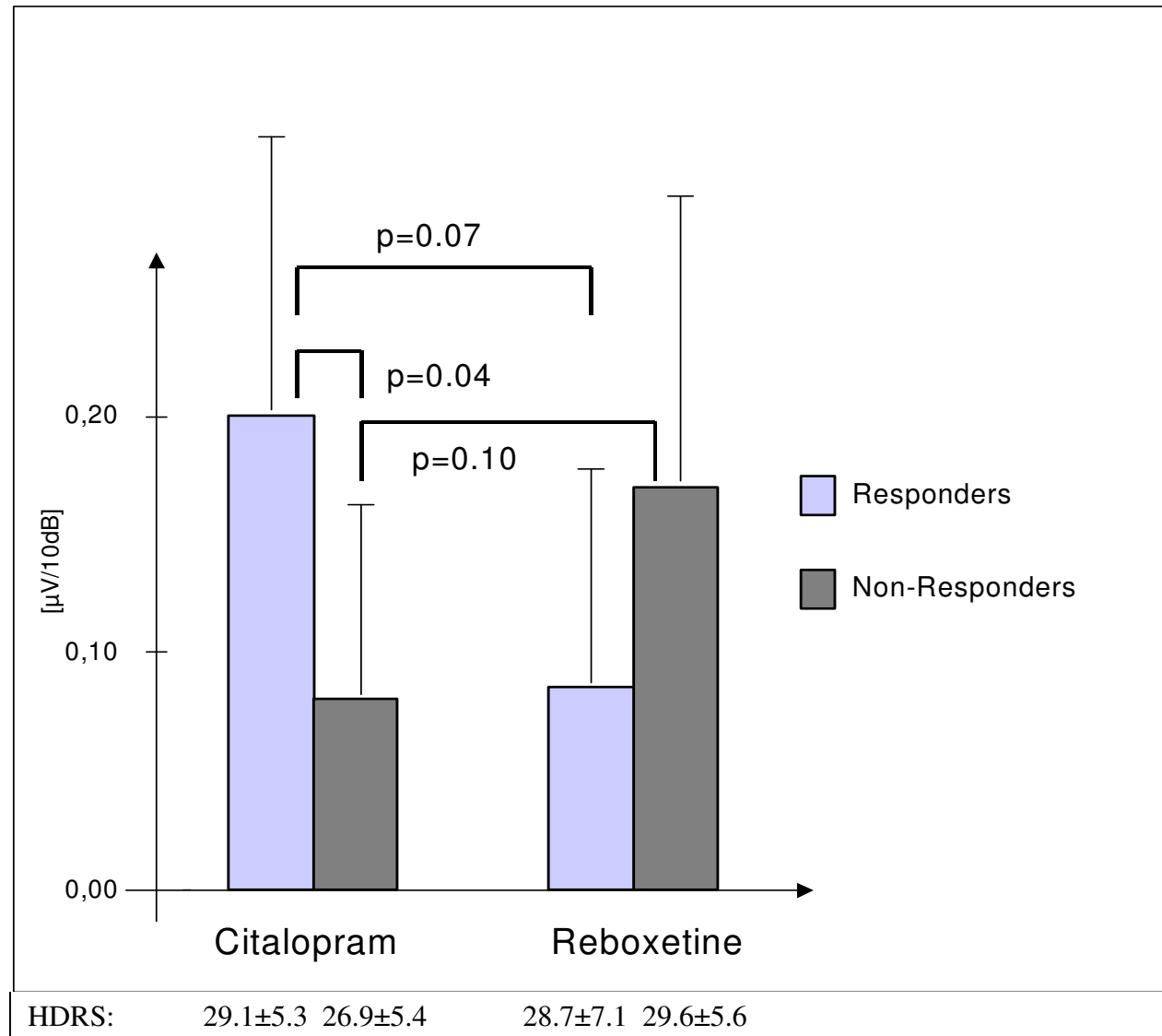
Lautstärkeabhängigkeit  
akustisch evozierter Potentiale  
(LAAEP) moduliert vom  
synaptisch freigesetzten  
terminalen Serotonin  
(primärer akustischer Kortex)



Juckel et al. 1996, 1997, 1999,  
Hegerl und Juckel 1993  
Biol Psychiatry, Neuropsychopharmacology



# Differentielle Prädiktion der Response auf serotonerge versus noradrenerge Antidepressiva

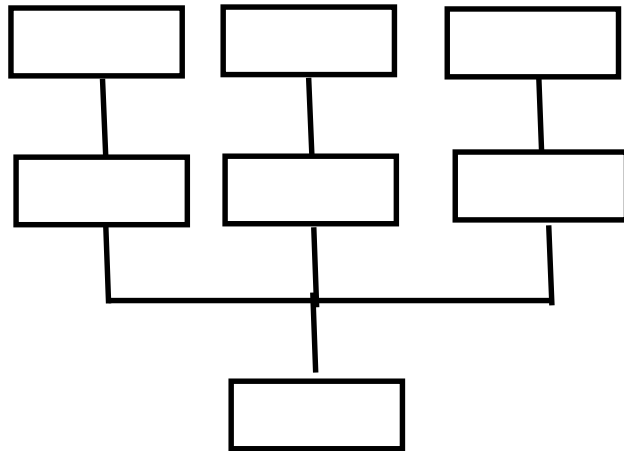


Juckel et al. 2007

pn.  
für westfalen-Lippe.

# Größerer Therapieerfolg?

Behandlungspfad



Freies Vorgehen

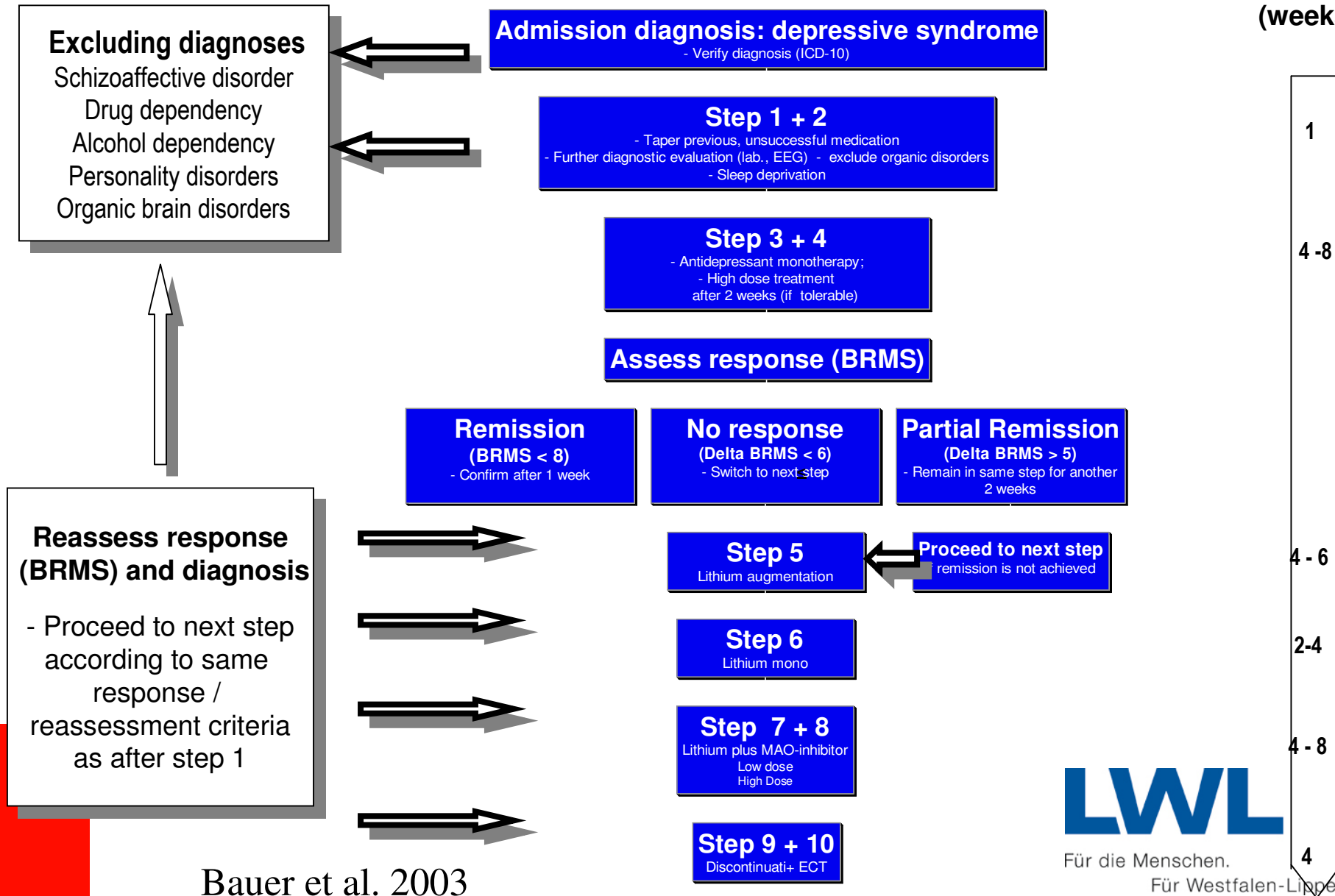


**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

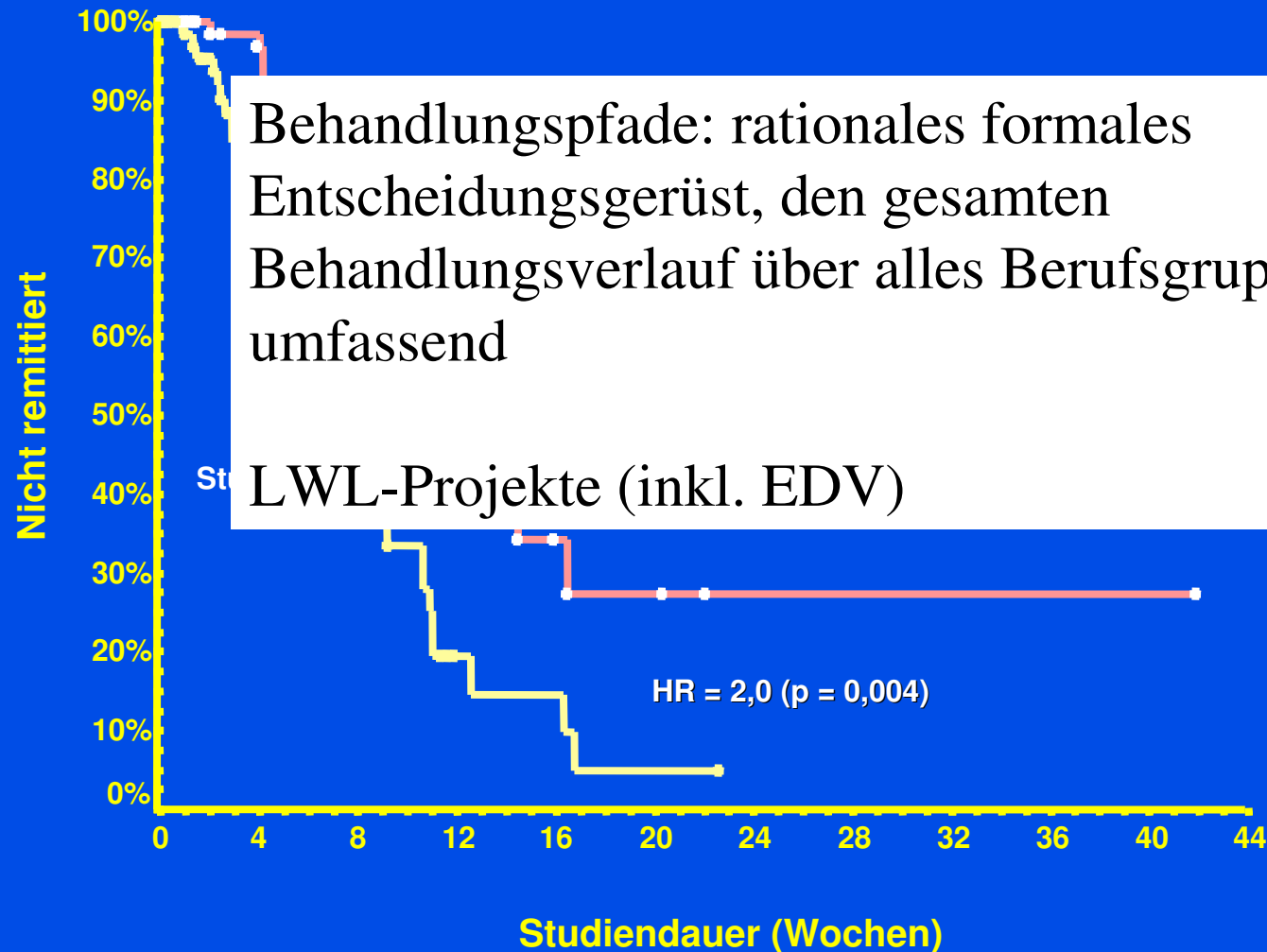
# Kontrolliert-randomisierte Studie zur Wirksamkeit eines antidepressiven Therapiealgorithmus: Flow Chart Berlin Algorithm Project

Duration (weeks)



Bauer et al. 2003

# Kontrolliert-randomisierte Studie zur Wirksamkeit eines antidepressiven Therapiealgorithmus



**Effektivität !  
Verweildauer !**



# Ansätze von Früherkennung und Prävention

Somatische Erkrankungen: Vernetzung mit Haus- und Fachärzten

Vernetzung in der Kommune

Aufbau von Früherkennungszentren, Bündelung der Kompetenz für Prävention und Erhalt psychischer Gesundheit



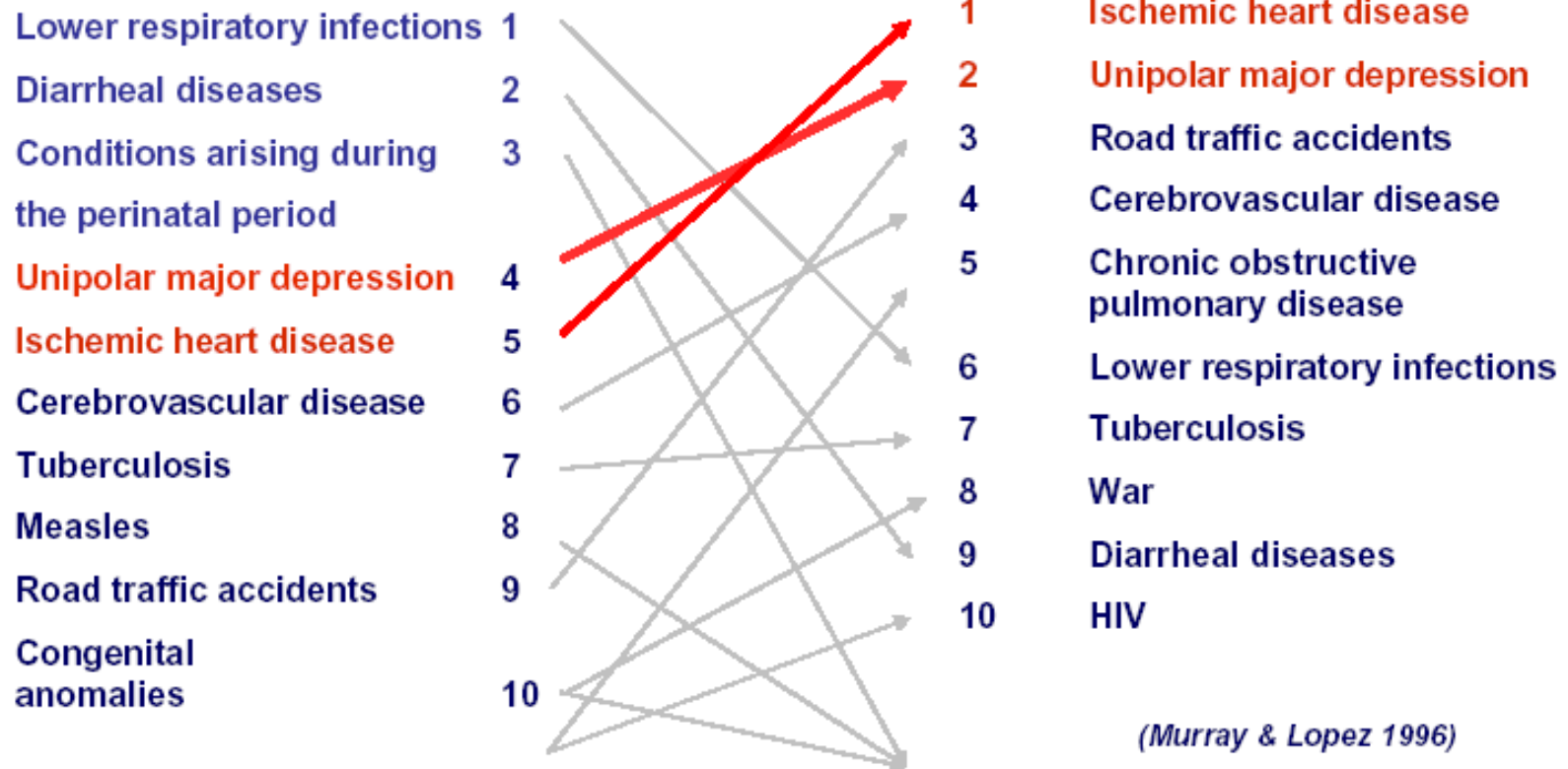
**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

# Epidemiologie

1990

2020

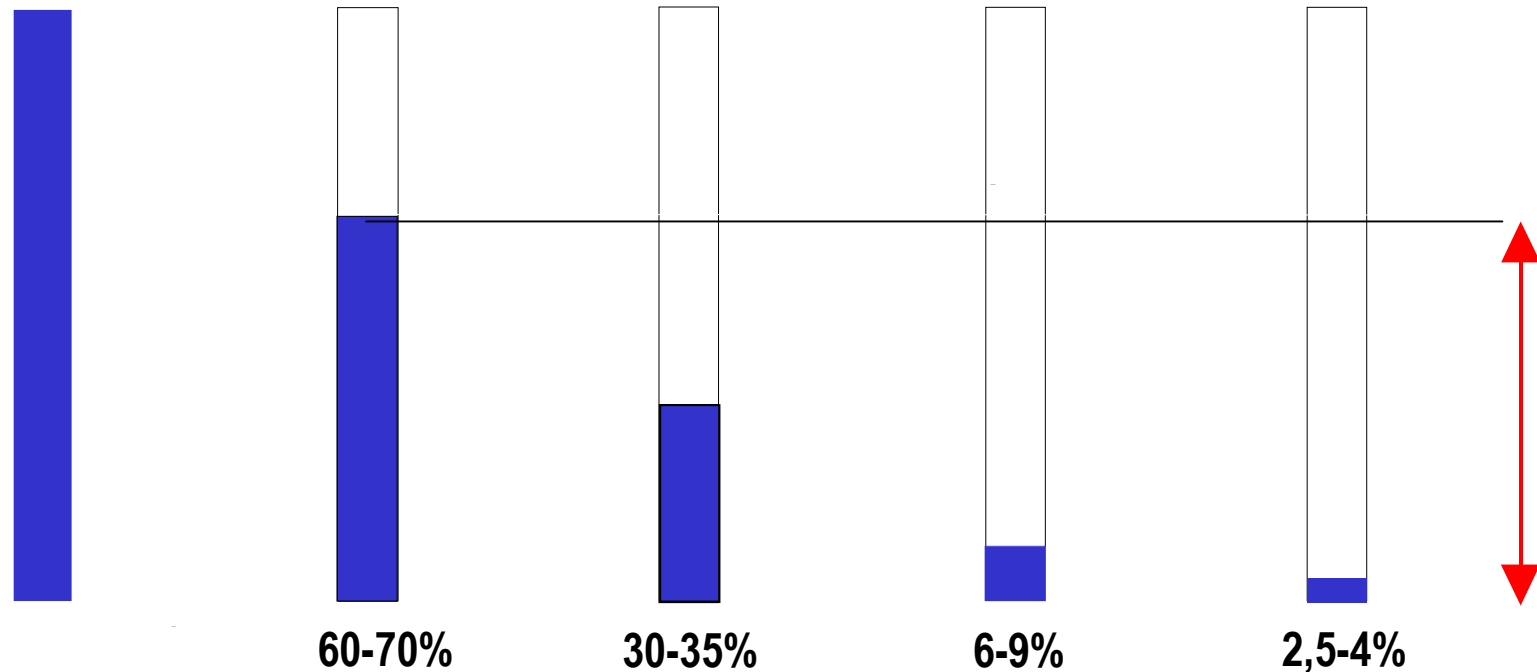


(Murray & Lopez 1996)

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

# Diagnostisches und therapeutisches Defizit

behandlungs- bedürftige Depressionen	in haus- ärztlicher Behandlung	als Depression diagnostiziert	suffizient behandelt	nach 3 Mo. compliant
ca. 4 Mio.	2,4 - 2,8 Mio	1,2 - 1,4 Mio.	240 - 360 Tausend	100- 160 Tausend

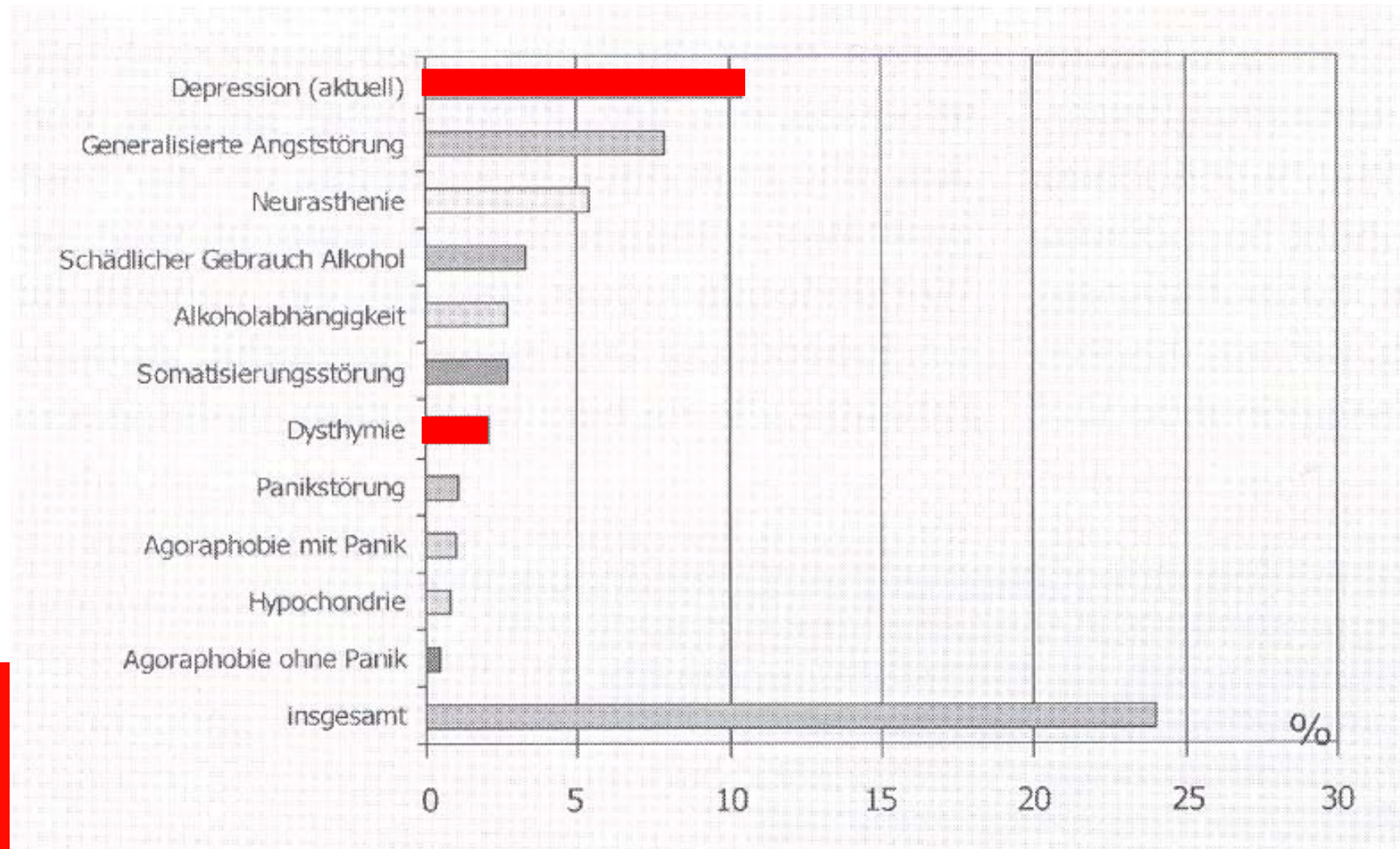


Optimierungsspielraum durch Fortbildung und Kooperation mit Hausärzten

**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

# Häufigkeit in der hausärztlichen Praxis



# Epidemiologie

## Schwere Depression und körperliche Krankheit

- ➔ **I** Verbesserung der Aus- und Weiterbildung der Haus- und Fachärzte; Etablierung von
- ➔ **N** Screeningprocedures (insbesondere für minore
- ➔ **F** Formen), Integrierte Versorgung etc.



Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.



# Design

Evaluation (Suizide, Suizidversuche) **Nürnberg**

Interventionsprogramm  
in Nürnberg

Evaluation (Suizide, Suizidversuche) **Kontrollregion**

2000

2001

2002

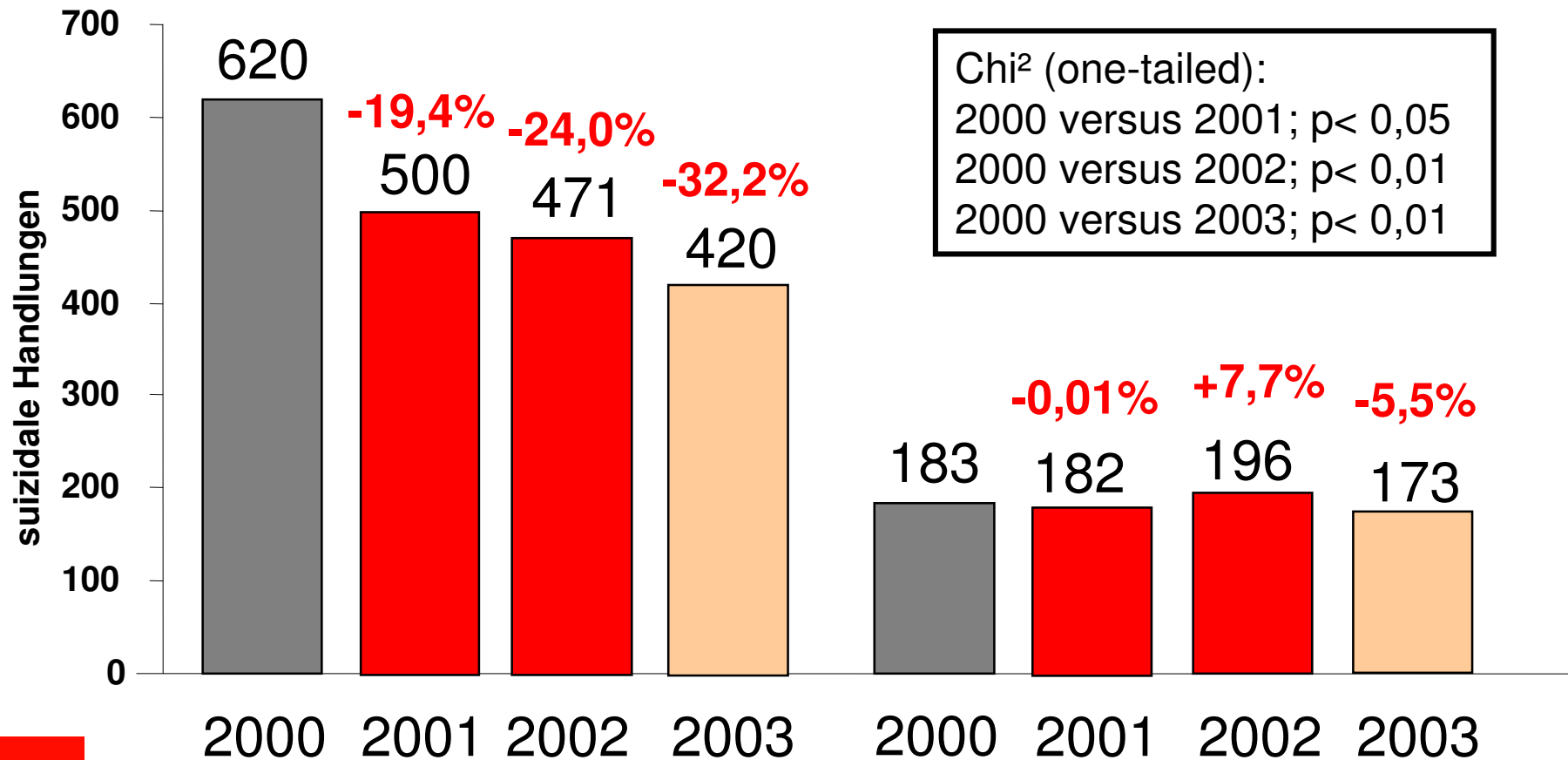
2003

Sponsored by



Bundesministerium  
für Bildung  
und Forschung

# Suizidale Handlungen in Nürnberg und Würzburg: Baseline, Intervention und Follow Up



Nürnberg

Würzburg

**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.



## **BMBF-Antrag (Prävention):**

### **Prävention psychischer Erkrankungen bei Kindern psychisch kranker Eltern**

Brüne, Juckel, Echterhoff, Schölmerich (LWL und RUB)

#### **Kooperationspartner:**

Jugendamt der Stadt Bochum; St. Vinzenz Bochum, Kinder – Jugend – Familie.

#### **LWL-Projekt**



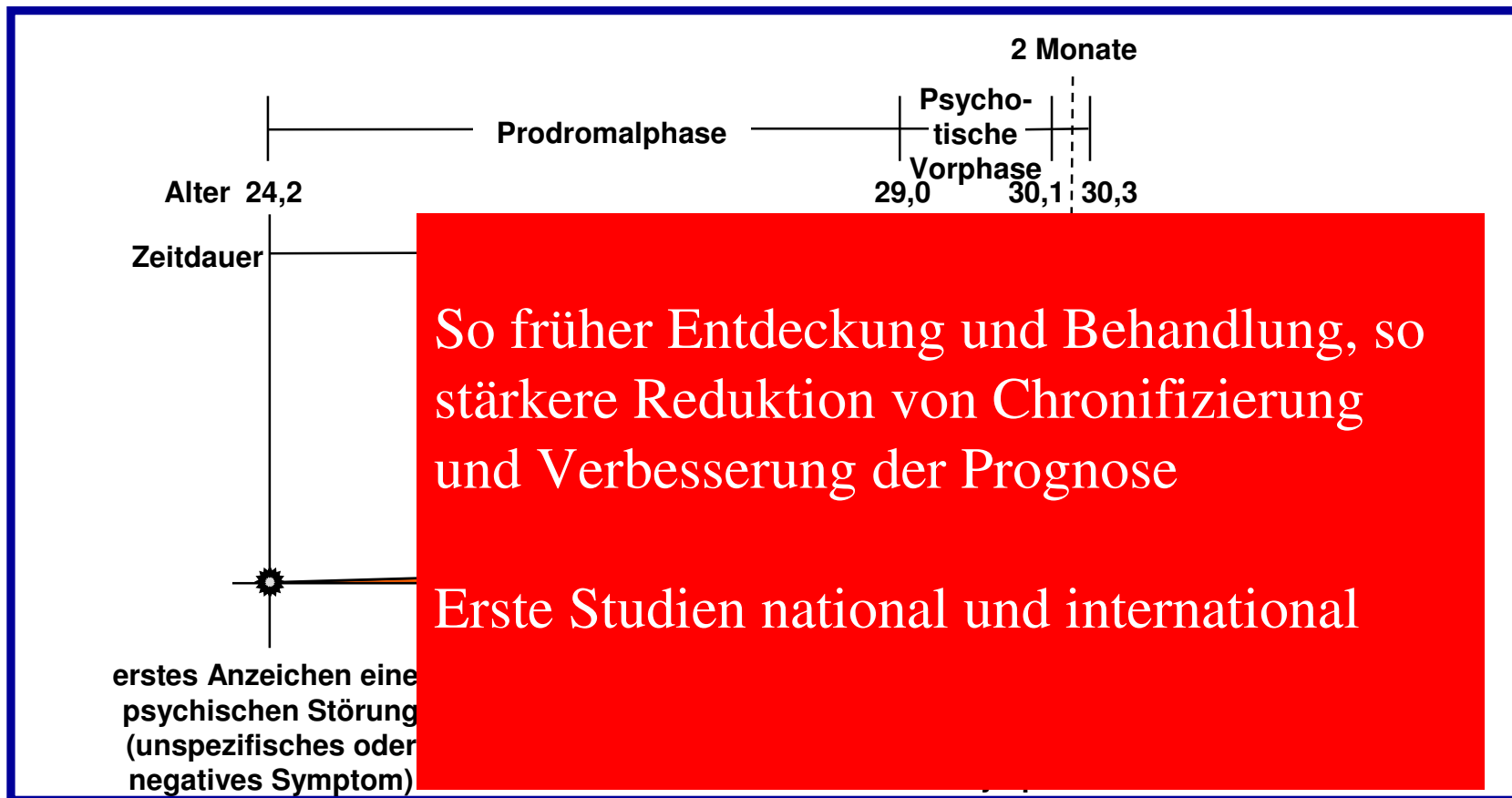
Paderborn, Herten, Marl, Münster mit Prof. Lenz



**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

# Früher Verlauf einer schizophrenen Psychose nach der ABC-Studie



Prävention / Früherkennung

## Gründung von Früherkennungszentren

### 1. Früherkennung

- Bereitstellung eines niederschweligen Angebotes
- Flexible Kontaktaufnahme (z.B. Anrufbeantworter)
- Flexible Terminvereinbarung nach Dringlichkeit, d.h. möglichst geringe Wartezeiten
- Anonymität möglich

### 2. Frühintervention

### 3. (Fach-)Öffentlichkeitsarbeit / Information/Netzwerke, z.B.

- Ärzte
- Psychotherapeuten
- Lehrer
- Jugendfreizeitstätten
- Beratungsstellen (z.B. Uni)
- Institutionen (z.B. Bundeswehr)
- .....

Das FETZ bietet ambulant eine sorgfältige und ausführliche Diagnostik, ob ein erhöhtes Psychoserisikos vorliegt. Diese umfasst:

- Psychiatrische Früherkennungsdiagnostik mittels Früherkennungsinventars ERlraos

1. Checkliste (als Interview bzw. Fragebogen) und ICC

2. Symptomliste zur Früherkennung (z.B. ERlraos, SIPS, BSABS,etc.)

3. Module zur Erfassung weiterer Risikofaktoren (z.B. genetische Belastung, Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, Auffälligkeiten in der kindlichen Entwicklung)

- Charakterisierung der Psychopathologie

- Neuropsychologische und testpsychologische Untersuchungen

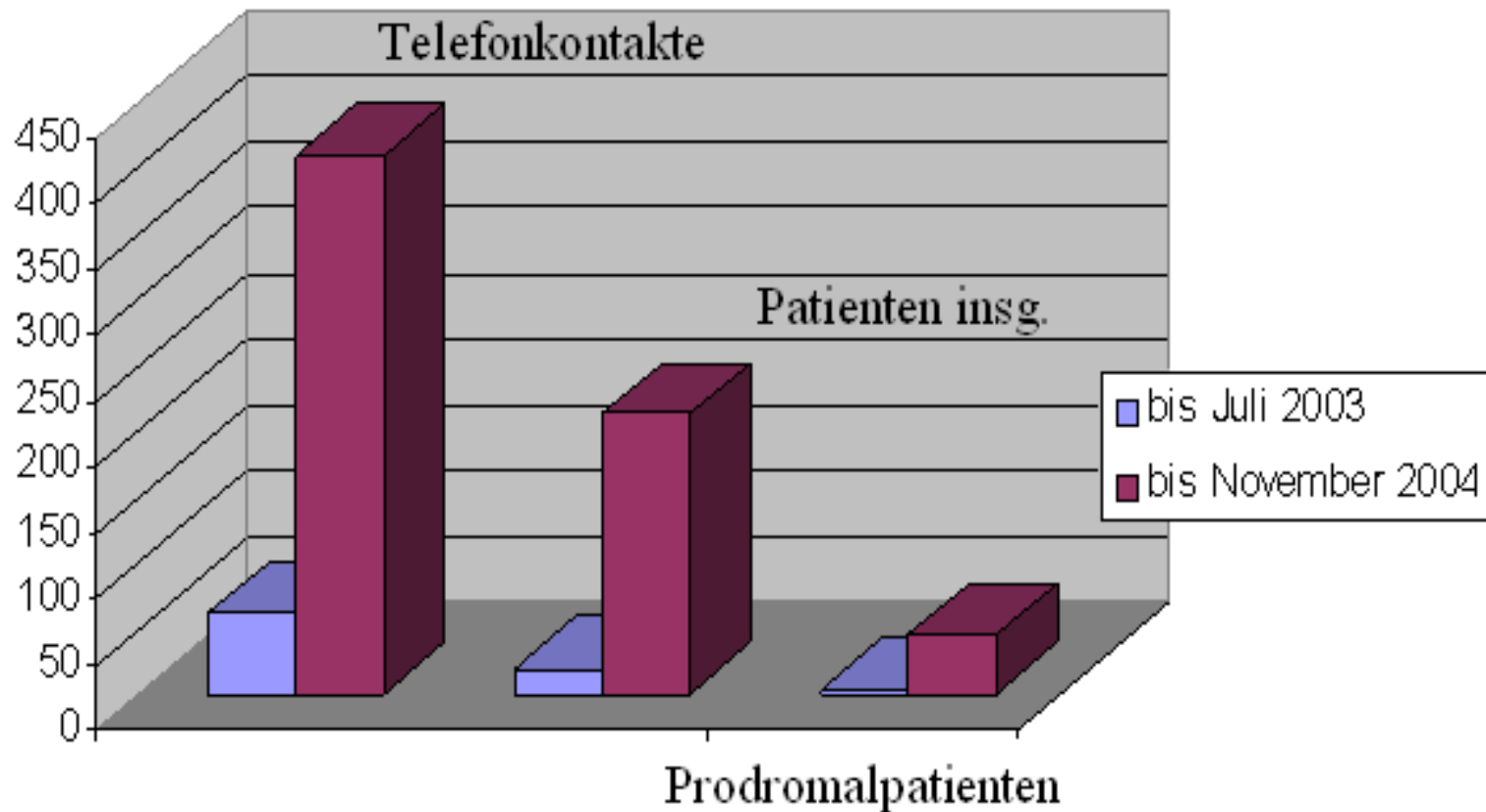
- Abklärung somatischer Ursachen

- Neuropsychologische Untersuchungen

- Neurophysiologische Untersuchungen

- Neuromorphologische Untersuchungen

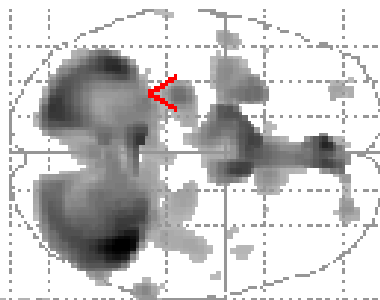
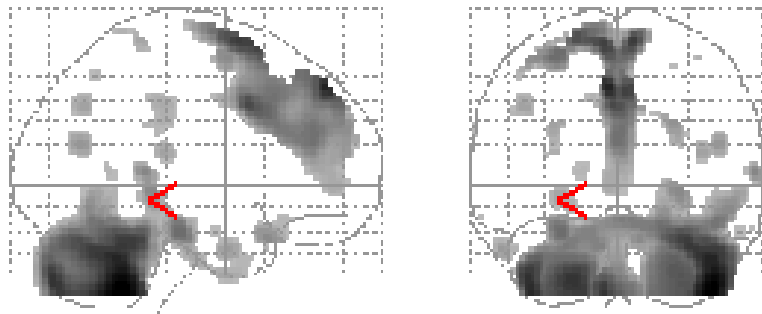
# Wirkung eines Lokalen Netzwerks „Früherkennung“



# Graue Substanz:

## Gesunde > Prodromalpatienten

p<0.05 uncorr.



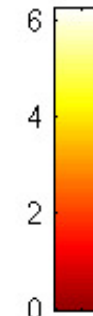
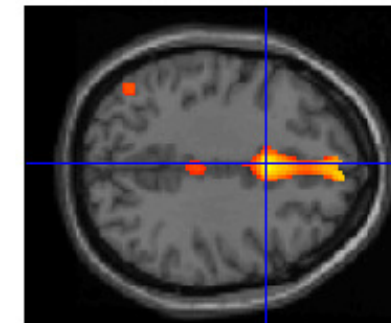
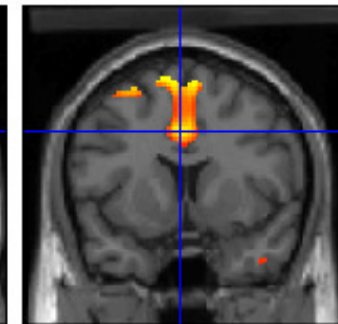
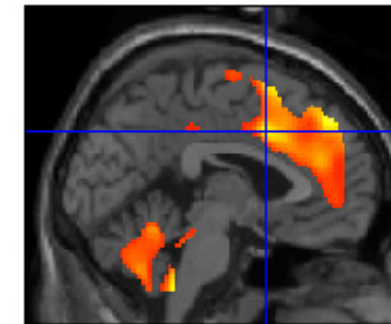
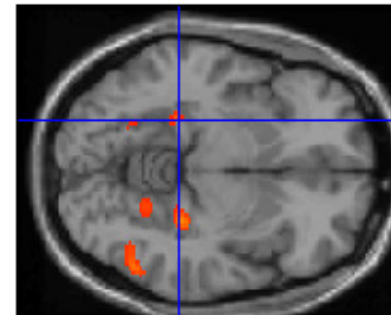
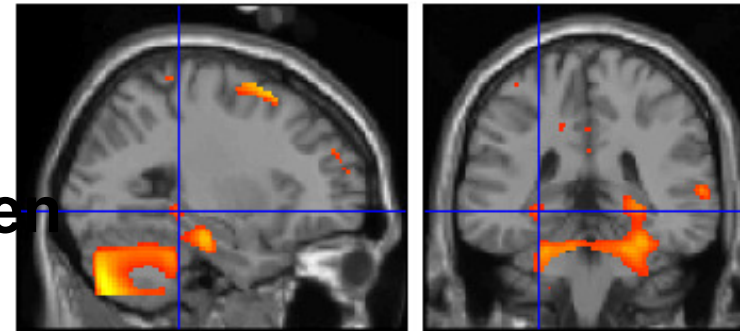
SPM{T<sub>34</sub>}

SPMresults: .\Statistik\Gesund\_Prodromal

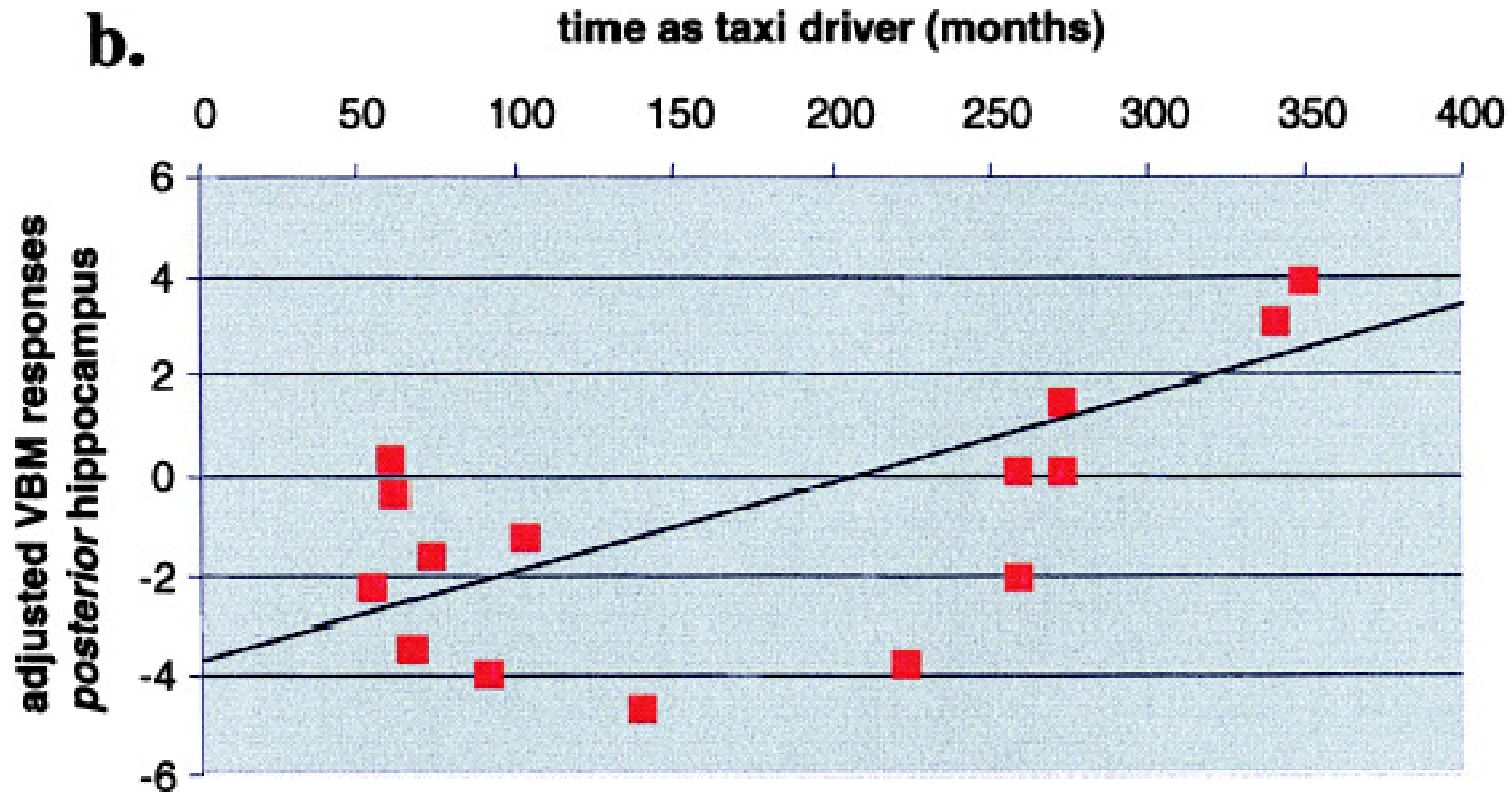
Height threshold T = 1.69

Extent threshold k = 0 voxels

Witthaus et al. 2008



# Neuroplastizität

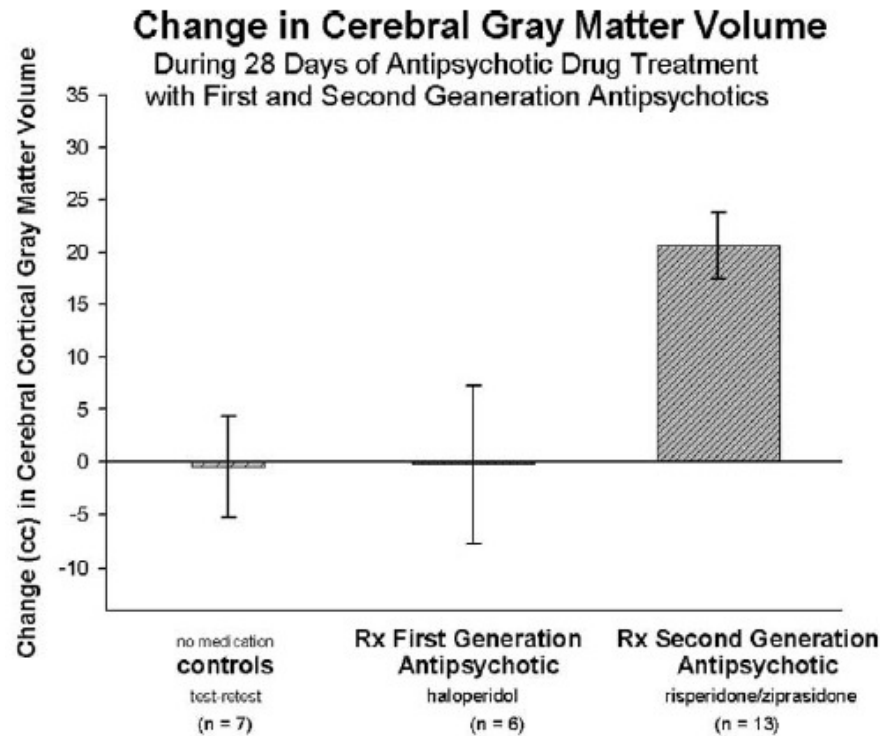


Für die Menschen.

Für Westfalen-Lippe.

Maguire et al. 2000

# Neuroprotektion? Keine Zunahme der Atrophie unter Atypika

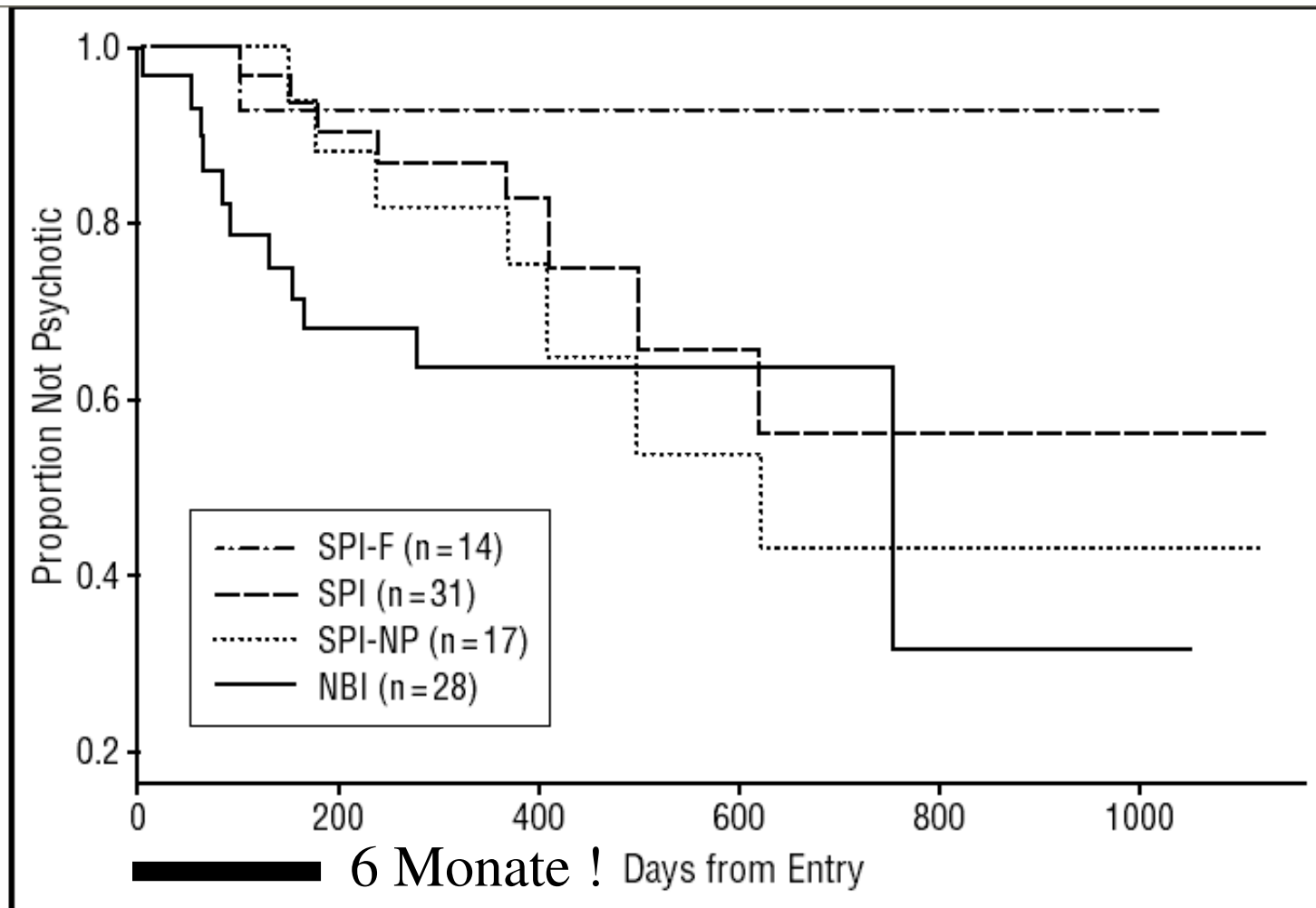


**Figure 1.** Change (mean  $\pm$  SE) in cerebral gray matter in control subjects during test-retest assessments ( $n = 7$ ) and in patients with schizophrenia during the first 28 days of treatment with a first-generation antipsychotic (haloperidol,  $n = 6$ ) or second-generation antipsychotics (risperidone,  $n = 7$ ; ziprasidone,  $n = 6$ ). Differences in change of gray matter volumes between SGA-treated patients and control subjects ( $p = .043$ ) and between SGA-treated patients and FGA-treated patients ( $p = .020$ ).

Garver et al; Biol Psychiatry 2005

**LWL**

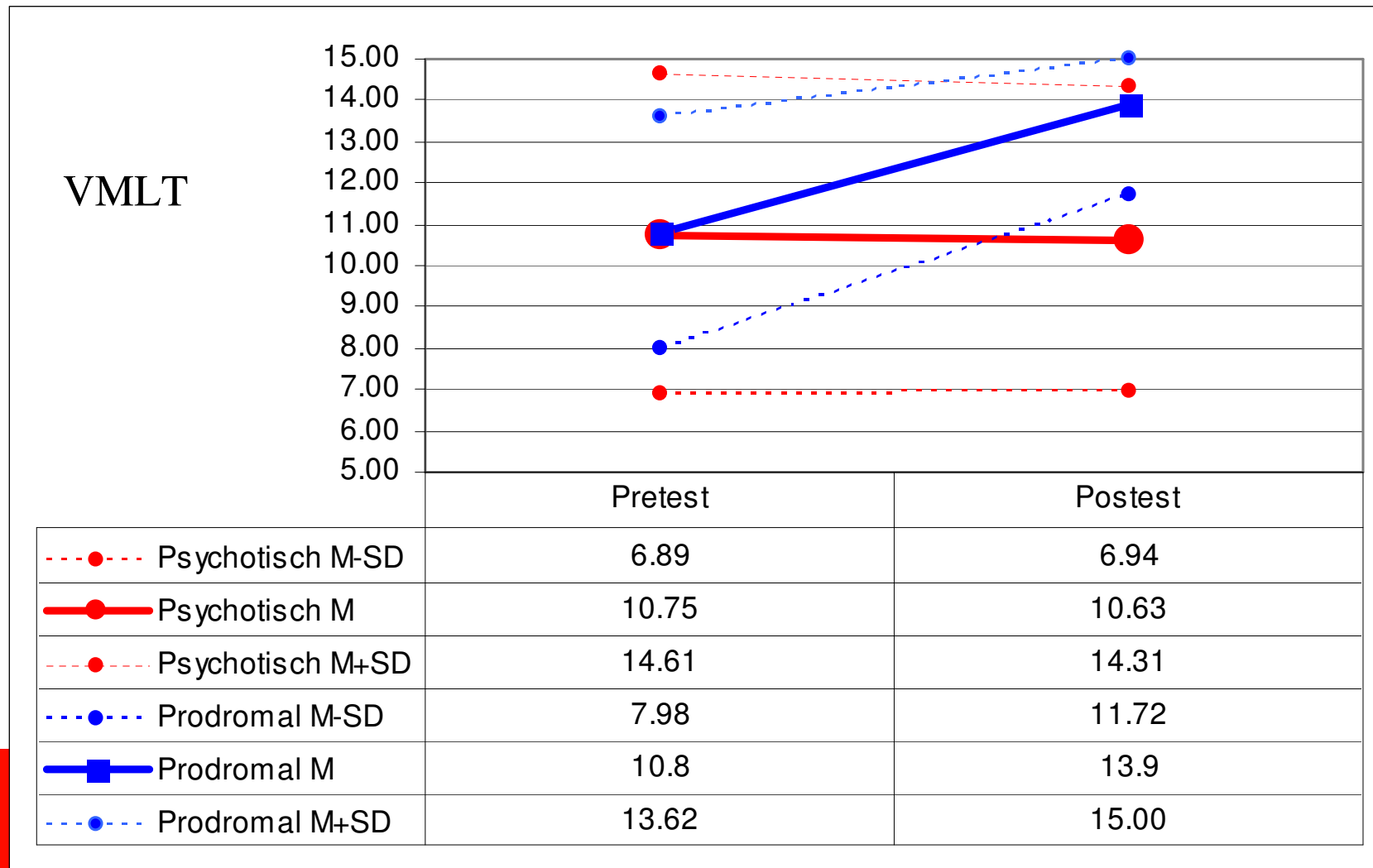
Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.



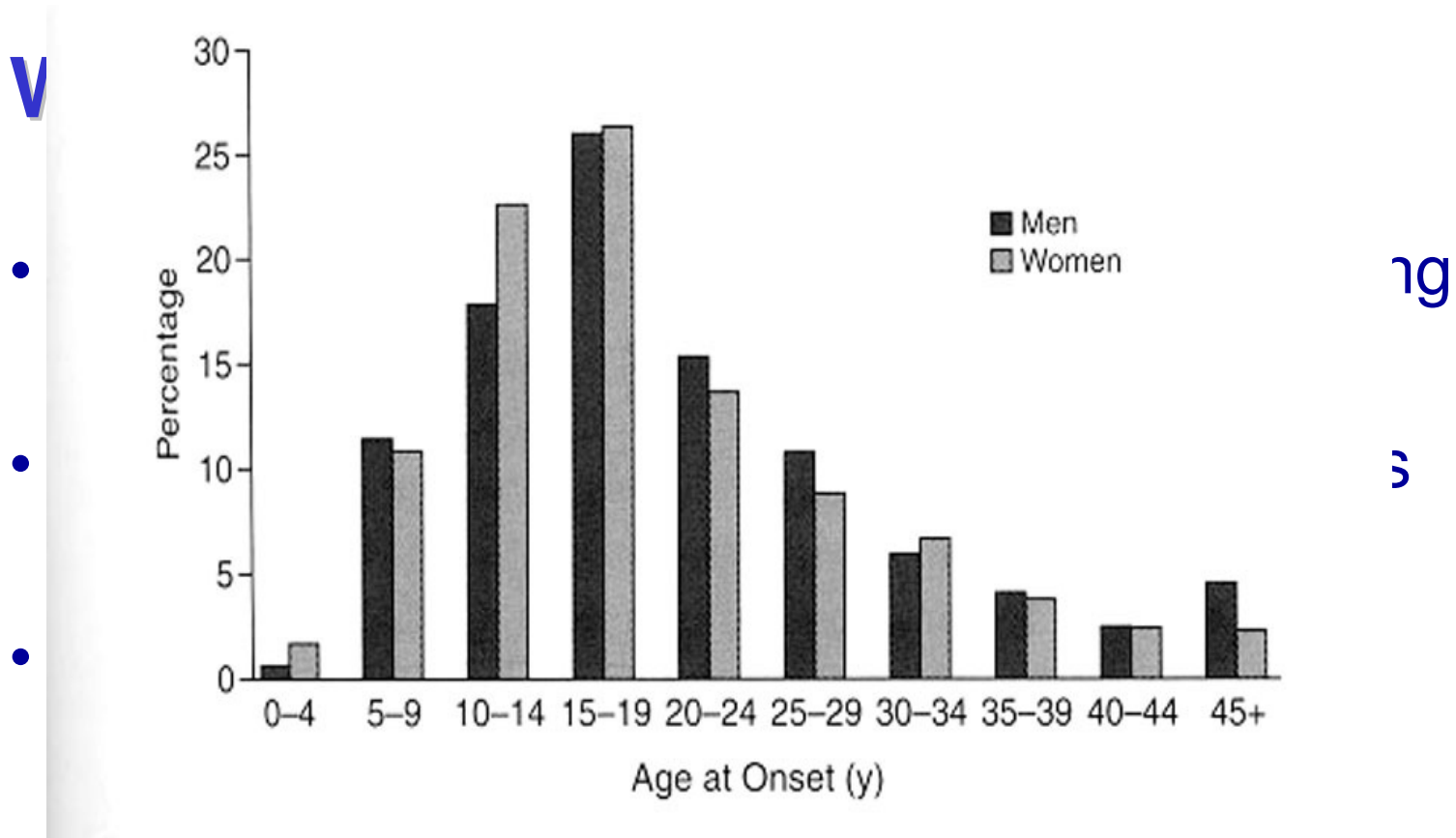
**Figure 2.** Survival analysis (intention to treat) showing the proportion of nonpsychotic patients throughout the study. SPI indicates specific preventive intervention; SPI-NP, SPI with no or partial drug adherence; SPI-F, SPI with full drug adherence; and NBI, needs-based intervention.  $P=.09$ , SPI vs NBI;  $P=.03$ , SPI-F vs NBI, both by log-rank test.

# So früher, um so größeres „rehabilitatives“ Potential

## 10 Sitzungen Cogpack-Training (externe und interne Aufgaben)



# Burdens of Disease Bipolare Störungen



Psychosoziale und neurobiologische Folgen !

**LWL**

US Dept. of Health, Education and Welfare 1979.

Für Westfalen-Lippe.




	potentielles bipolares Prodrom	Zyklothymie	erweiterte Definition einer Bipolar-II-Störung
Symptomatik	<ul style="list-style-type: none"><li>• depressive und ängstliche Stimmung</li><li>• häufige »Hochs und Tiefs«</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Perioden leichter Depression</li><li>• Perioden leichter gehobener Stimmung</li><li>• häufiger Wechsel dieser Phasen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• dysthyme oder kurze rezidivierende depressive Episoden</li><li>• Hypomanie im Sinne eines Symptoms ohne Mindestdauer oder soziale Konsequenzen</li></ul>
Beginn	im Jugendalter	in später Adolezenz oder frühem Erwachsenenalter	in jedem Alter möglich
Dauer	mehrere Monate oder Jahre	mindestens über 2 Jahre	



Hauser et al. 2007, Özgürdal et al. 2008

**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

- 
- Moderne Seelenforschung – Prädiktion und Prävention
  - **Spiegelneurone und die soziale Perspektive**
  - Wie weiter ? Netzwerke, Tracks und DMP



**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

# Entwicklung der Schizophrenie- Behandlung: 2 Outcome-Bereiche



## Wunschziele:

Lebensqualität; Kognition;  
Soziales Funktionsniveau;

„Krankheit“ ganzheitlich im sozialen Kontext;  
von den Symptomen hin zu Fertigkeiten und  
Teilhabe (ICD-ICF)

tion  
ry

herapie

psychotika

Positivsymptome  
minimieren

Die Klinik als stationäre Psychiatrie als eine  
Service-/“Auftank“-Station im Netzwerk vieler  
weiterer Unterstützungspunkte

z.B. Verbesserung der Kognition als Therapieziel

Vor 1950  
(Keine  
Antipsychotika)

**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

# Berufsfähigkeit



## Fähigkeit zum unabhängigen Leben:

Signifikant weniger wahrscheinlich bei

- Negativsymptomen
- Jüngerem Alter

## Chancen für Berufstätigkeit:

Signifikant niedriger wenn

- Weiblich
- Parkinsonismus
- Hohe Werte im PANNS-Kognitions-Cluster

## Beste Prädiktoren für die berufliche Funktionsfähigkeit:

- Visuelles Gedächtnis
- Arbeitsgedächtnis
- Optische Aufmerksamkeit (Reaktionszeit)
- Geringe psychomotorische Verarmung



# Kognitive Störungen bei Schizophrenien: Vorzeitiges Irresein?

---

- **Kraepelin (1893) prägte den Begriff „dementia praecox“ bezogen auf die beobachteten kognitiven Störungen bei Schizophrenen**
- **vs. Bleuler (1911) – kognitive Störungen sind Schwankungen unterworfen**
- **Heutiger Kenntnisstand: Ca. 1/3 der Verläufe führt zu einer dauerhaften Verschlechterung des Zustands, der in Aspekten der sozialen Situation wie Ehestand, Arbeitsverhältnis, Lebensstandard und soziale Integration mit Behinderungen einher geht (Frank, 2000)**

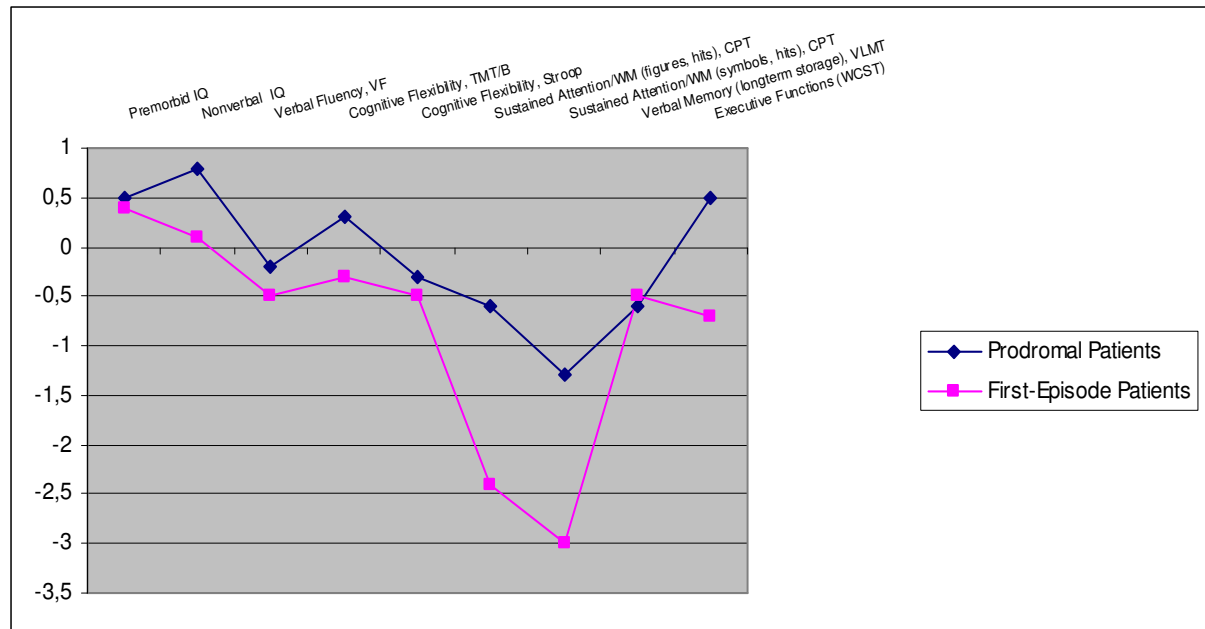


**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

# Kognitive Störungen bei Schizophrenien :

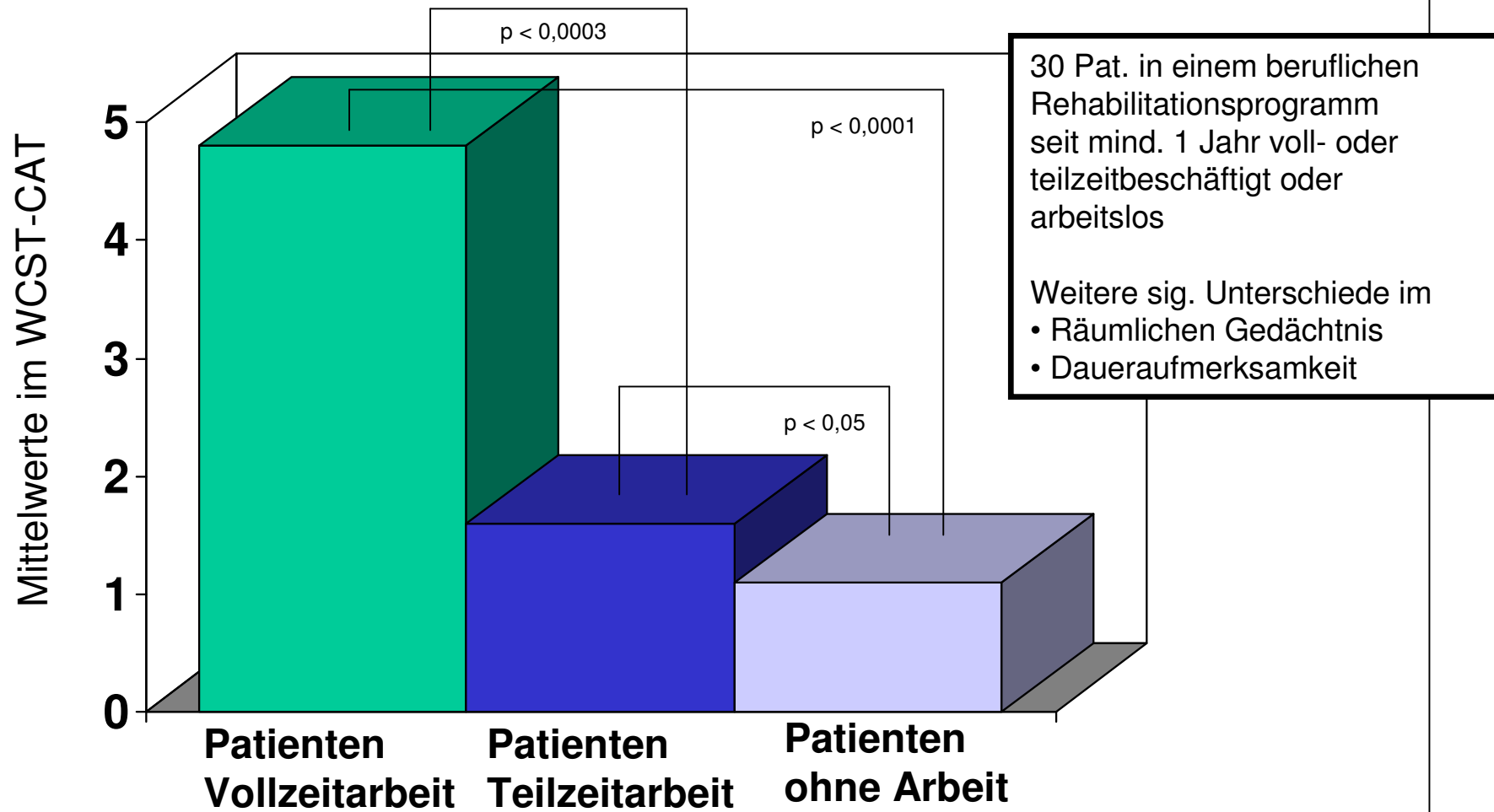
- **Allgemein: Defizite in der Informationsaufnahme und –verarbeitung sowie der Verarbeitungsgeschwindigkeit:**
- **Störungen der selektiven Aufmerksamkeit**
- **Störungen der Daueraufmerksamkeit**
- **Gedächtnisstörungen**



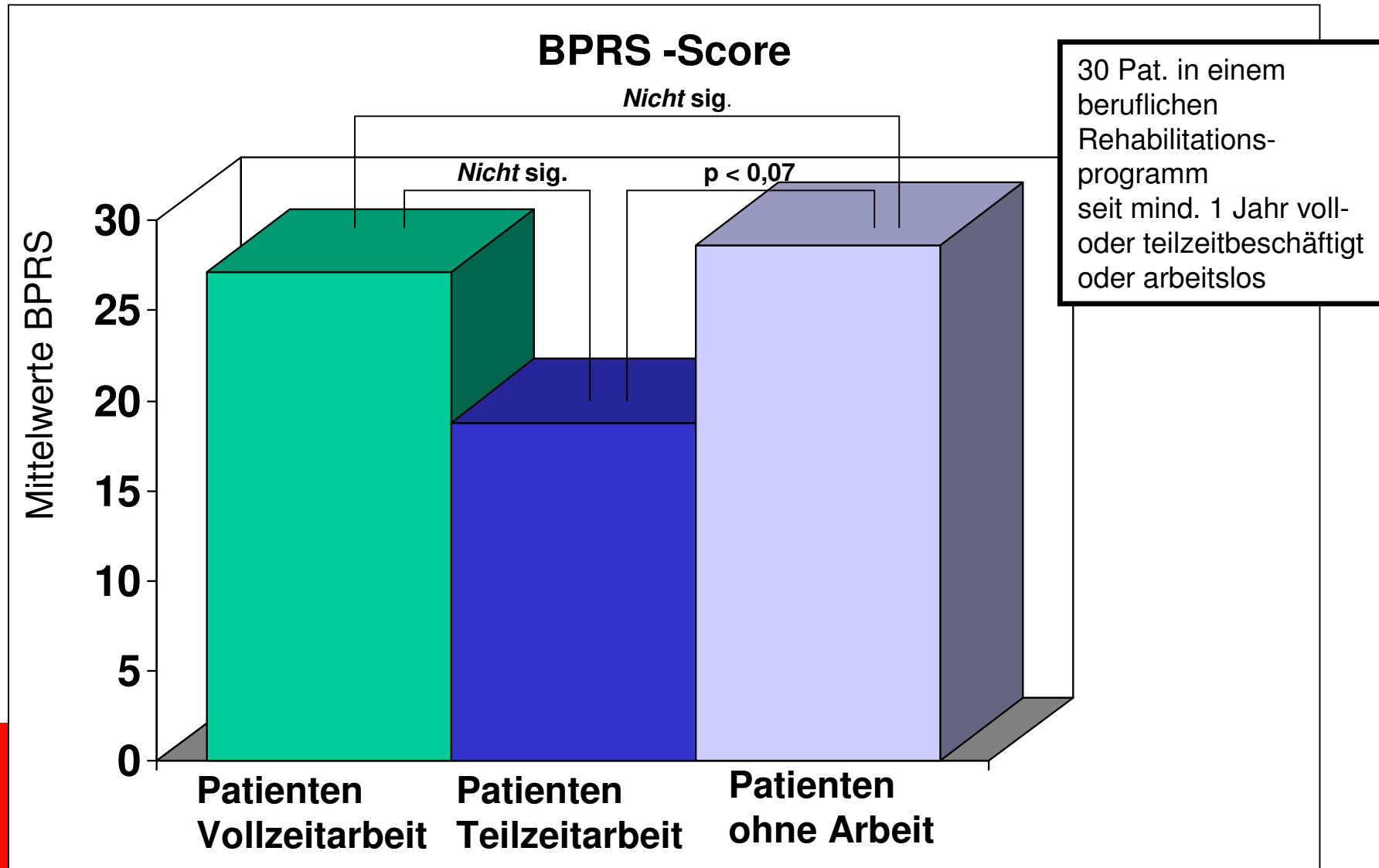
Özgürdal et al. 2008

# Exekutivfunktionen und Arbeitsfähigkeit

## WCST-CAT (Wisconsin Card Sorting Test: Categories Correct)



# Psychopathologie und Arbeitsfähigkeit



Für Westfalen-Lippe.



# Harris\*-Patientenbefragung

Online-Erhebung (10-11/2004):

„Optimizing Treatment in Schizophrenia Survey“

139 schizophren erkrankte Teilnehmer (Mitglieder eines online-Forums; ~ 40% < 40 J. Selektion: Fähigkeit, online zu antworten)

**Derzeitige Medikation ist „nicht sehr“ oder „gar nicht“ effektiv;  
Probleme, die zu verbessern sind:**

- Soziale Beziehungen: 34%;
- **Depression: 31%;**
- **Klarheit im Denken, Konzentration oder Gedächtnis: 30%;**
- Täglichen Aktivitäten: 23%

46% fühlen sich „dauernd“ oder „nahezu dauernd“ depressiv; 46% fühlen sich „gelegentlich“ depressiv

Ginsberg DL et al; Optimizing Treatment of Schizophrenia;  
CNS Spectr 2005; 10 (2): 1-13

**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

# Recovery



## Liberman et al 2002

- **BPRS-Score  $\leq 4$  in der Positiv- und Negativsymptomatik**
- **Mindestens 50%-ige Teilzeitarbeit oder entsprechende Schul/Ausbildungszeit**
- **Unabhängige Kontrolle über Finanzen und Medikation**
- **Mindestens einmal wöchentlich Treffen mit Freunden/Bekanntem**
- **Über 2 Jahre!!**

- **In verschiedenen Studien am besten validiert wurde das Konzept von Liberman**

**Bleibt ein hochgestecktes Ziel:**

- **Beispiel:**  
**Verlaufsstudie mit 118 Patienten mit schizophrener Erstmanifestation**
  - **Nach 3 Jahren erfüllten 9,7% die Kriterien für Recovery nach Liberman**
  - **Nach vier Jahren 12,3%**
  - **Nach 5 Jahren 13,7%**

**LWL**

Für die Menschen.

Liberman RP; Kopelowicz A; Recovery from Schizophrenia: A Concept in Search of Research; Psychiatric Services 2005; 56: 735-742

Für Westfalen-Lippe.

# Persönliche und Soziale Leistungs(fähigkeits)-Skala (PSP)

	Nicht vorhand en	leicht	sichtbar	ausgepr ägt	schwer	Sehr schwer
a) sozial nützliche Aktivitäten, Arbeit und Studium eingeschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) private und soziale Beziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Selbstpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) störendes und aggressives Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Reliabilität und Validität der PSP (deutsch)

## Evaluation of the Personal and Social Performance Scale (PSP) in a larger sample of acutely ill patients with schizophrenia



Georg Juckel, Daniela Tageler & Martin Brüne

LWL-Clinic and Department of Psychiatry - Psychotherapy - Psychosomatic Medicine - Preventive Medicine, Ruhr-University Bochum, Germany

### Introduction

Outcome in treatments of patients with schizophrenia is tried to be defined broader than only response in terms of improvement of positive and negative symptomatology. Terms as "remission" and then "recovery" describe absence or reduction of psychopathological symptoms, but also successful psychosocial reintegration to live at home, to be in partnership or family, to be able for self care, to have work, etc. as major goals of efficient long-term treatment of patients with schizophrenia. Exact assessment of psychosocial functioning are needed to determine remission and recovery by a given treatment in the course of illness. The Global Assessment of Functioning (GAF) scale is widely used, but is limited by e.g. an overlap of psychopathological symptoms and psychosocial facts. Since this scale and the SOFAS (Social and occupational functioning assessment scale) are only less operationalized, the PSP was developed (Morosini et al. 2000) containing the 4 main areas of socially useful activities, personal and social relationships, self care, and dating and aggressive behaviors. In first studies, the scale shows high reliability and validity, but was not evaluated in larger cohorts of patients with schizophrenia or acutely ill patients in a naturalistic design yet.

### Materials and Methods

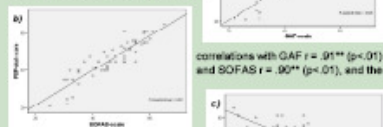
82 in-patients (32 males, 50 females) diagnosed with schizophrenia (N = 41) or schizoaffective disorder (N = 21) according to ICD-10 criteria were included. All participants were recruited in the Centre for Psychiatry, Psychotherapy, Psychosomatic Medicine and Preventive Medicine in Bochum. Patients' mean age was 39.58 years, ranging from 20 to 65 years, PANSS sum score was 2.74 ± 0.82. Measurement was conducted at the beginning and at the end of in-patient treatment. The scale to be validated is an own German version of the Personal and Social Performance Scale (PSP) measuring the patients' social functioning value. On the one hand, the treating doctor rated the patients on the PSP, on the Social and Occupational Functioning Scale (SOFAS), the Global Assessment of Functioning Scale (GAF), and also on the Clinical Global Impression Scale (CGI) as well as the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). On the other hand, the project psychologist evaluated the participants on basis of a self-made interview on PSP, SOFAS, GAF and the Mini-ICF-Rating for Mental Disorders (Mini-ICF-P) assessing occupational functioning.

### Results

1. Reliability of PSP: At the first wave of measurement - at the beginning of the patients' clinical treatment - the reliability of PSP can be seen as satisfactory with  $\alpha = .84 - .80$ . According to test-retest reliability, Cronbach's Alpha revealed even higher scores for the PSP rating at the end of the inpatient treatment with  $\alpha = .73 - .84$ .

2. Interrater reliability of PSP: Analysis with Cohen's Kappa showed that interrater agreement for the PSP subscales and total score varied from non-agreement ( $\kappa = .15$ , n.s.) to significant interrater consistency ( $\kappa = .35$ ,  $p < .001$ ). Beyond, Pearson correlations for comparison of the different PSP ratings revealed significant ( $p < .05$ ) to highly significant ( $p < .01$ ) positive correlations of  $r = .34 - .76$ .

3. Correlations: Further correlational analysis brought evidence that for both times of measurement PSP and the other versions GAF and SOFAS were highly correlated in the way that the PSP total score showed significant positive



PSP subscales were significantly negatively correlated with GAF and SOFAS. Moreover, the total score of the Mini-ICF-P was also significantly correlated with PSP ( $r = -.71^{**}$  ( $p < .01$ ), GAF and SOFAS).

4. Between-group differences: Regarding the classification of participants in more critically versus more lightly ill patients according to their scores on PANSS, it could be stated that in all cases of the positive and general factor of the PANSS, no significant differences between patients with high versus low scores were found. Concerning the negative factor of the PANSS, instead, more critically ill patients had a significantly lower PSP total score ( $t = 3.20$ ,  $p < .01$ ) and accordingly significantly higher scores on the PSP subscales than more lightly ill patients. This effect between psychopathology and PSP



### Conclusion

Using a naturalistic approach, we were able to demonstrate that the PSP scale is a reliable and valid instrument to assess psychosocial functioning in patients with schizophrenia. Thus, the PSP seems to be well suitable for the everyday clinical practice to monitor changes of psychosocial functioning by e.g. treatment interventions.

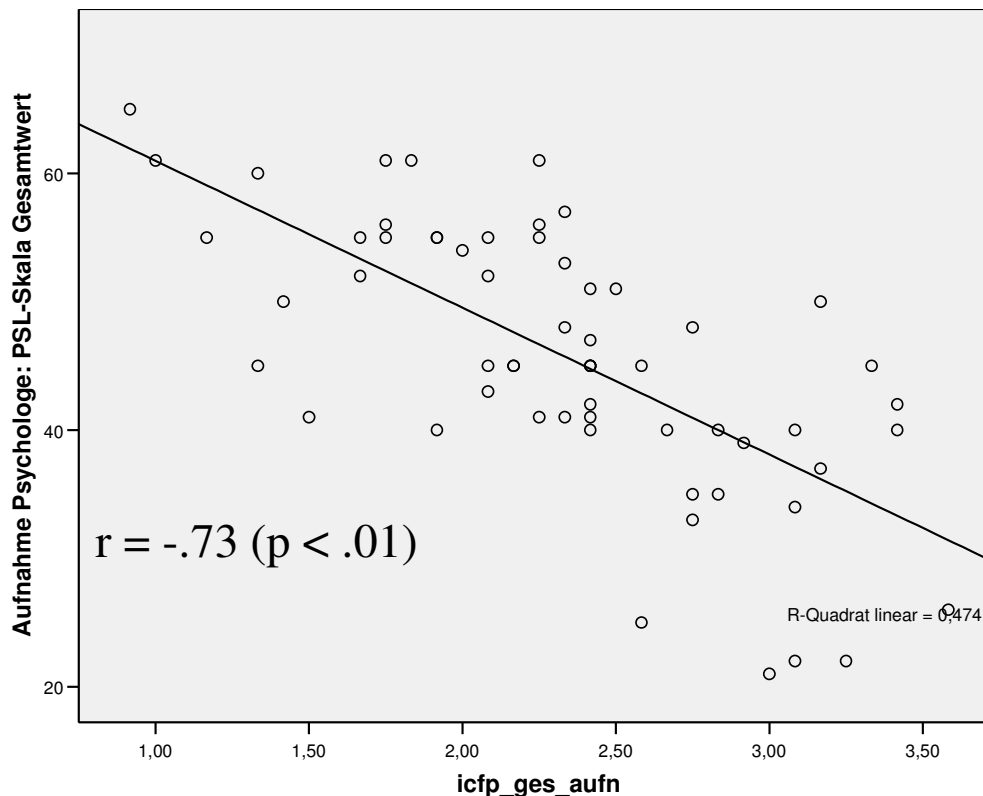
Correspondence address:  
Prof. Dr. Georg Juckel  
LWL-Clinic and Department of Psychiatry, Psychotherapy,  
Psychosomatic Medicine and Preventive Medicine  
Clinic of the Ruhr-University Bochum  
Albrechtstr. 11  
44791 Bochum  
Tel.: 0204-234-8371-231  
e-mail: georg.juckel@lwl-rlp.net



supported by Janssen-Cilag, Germany

## Zusammenhang von PSP und Mini-ICF-P bei chronisch schizophrenen Patienten

Juckel et al. 2008





# Die “social brain” Hypothese

## THE SOCIAL BRAIN: A PROJECT FOR INTEGRATING PRIMATE BEHAVIOR AND NEUROPHYSIOLOGY IN A NEW DOMAIN


LESLIE BROTHERS

*UCLA Neuropsychiatric Institute,  
760 Westwood Plaza  
Los Angeles, CA 90024, USA*

Received October 1, 1989

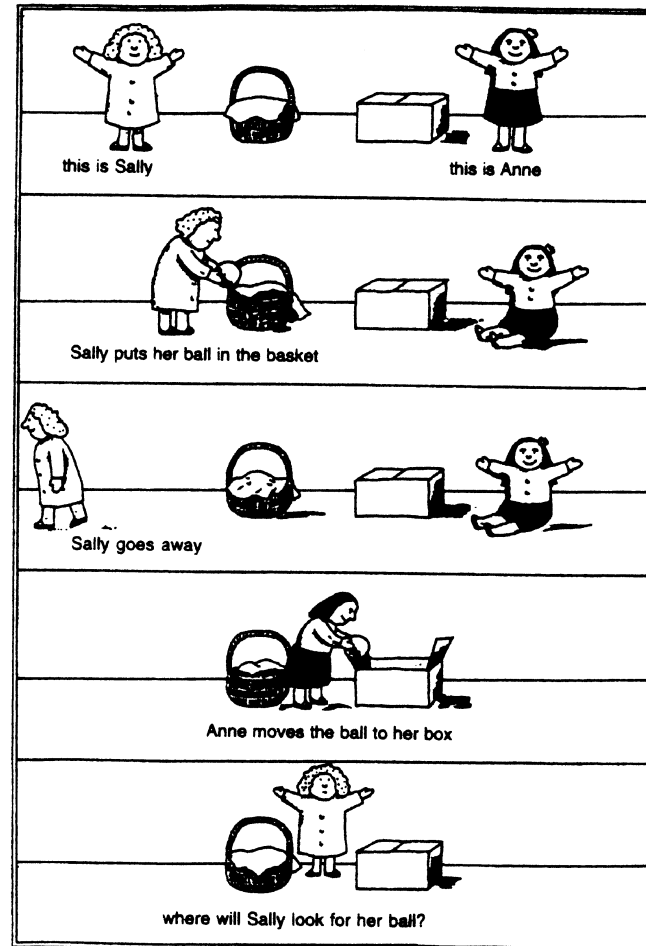
### ABSTRACT

Primate social cognition is the processing of information which culminates in the accurate perception of the dispositions and intentions of other individuals. In humans, this cognitive activity, together with various subprocesses such as face recognition, is found to meet a number of criteria for the status of a separate module of cognition. It is proposed that the core process which distinguishes social cognition is an intimate



**“Social cognition is the processing of any information which culminates in the accurate perception of the dispositions and intentions of other individuals.”**

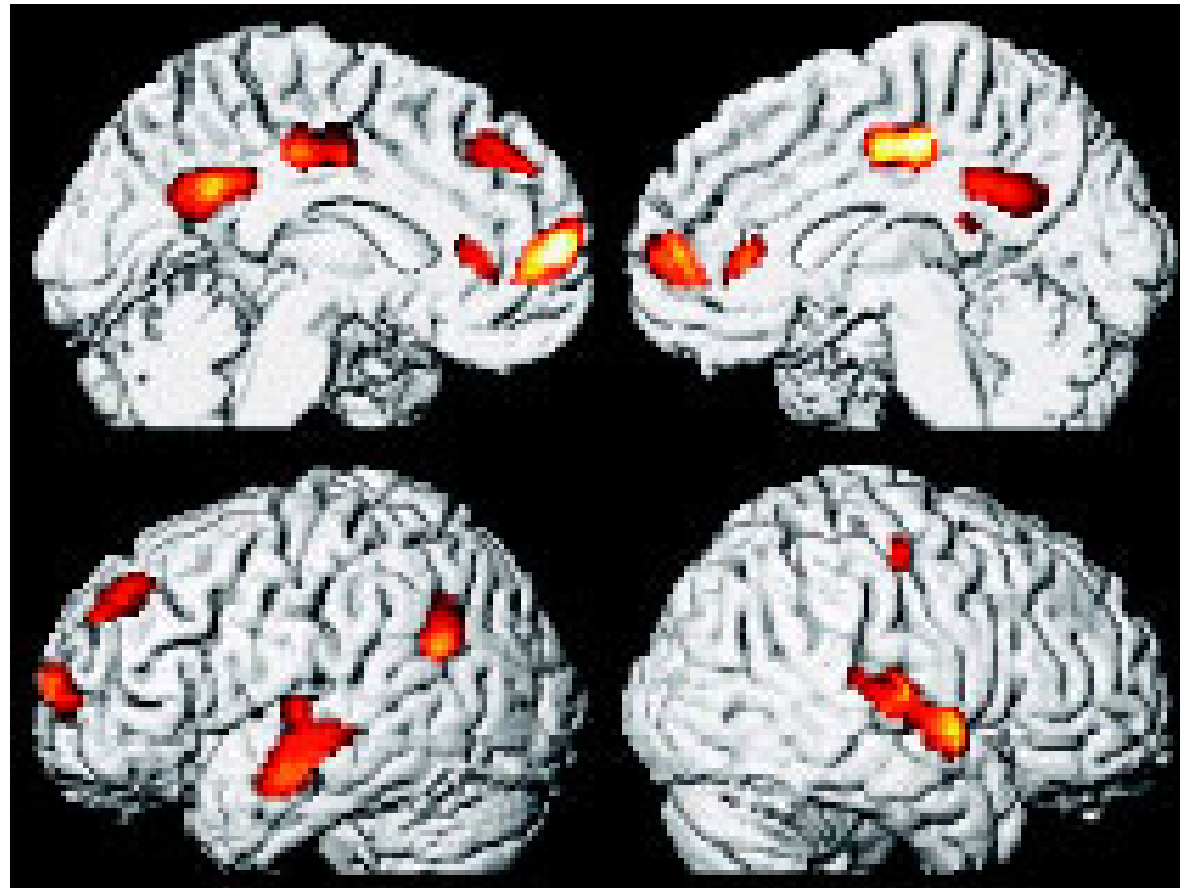
# Theory of mind Test Klassiker



# Theory of mind: 1. vs. 3. Person Perspektive

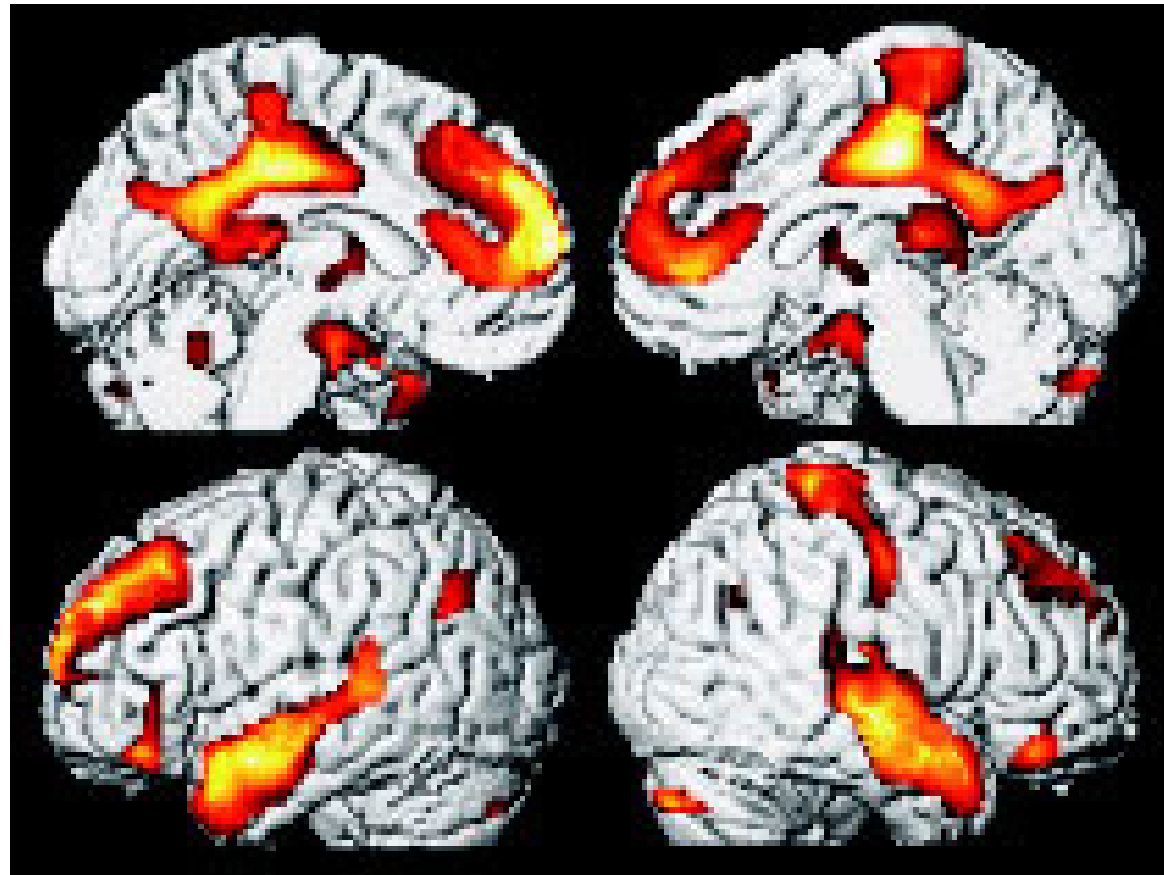
		VIEW	
		Ground View (GV)	Aerial View (AV)
PERSPECTIVE	Third-Person Perspective (3PP)		
	First-Person Perspective (1PP)		

# Aktivierungsmuster der 1. Person Perspektive



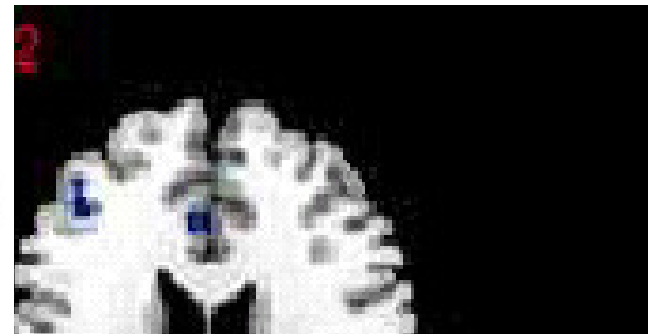
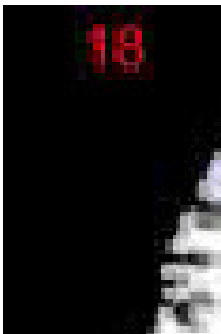
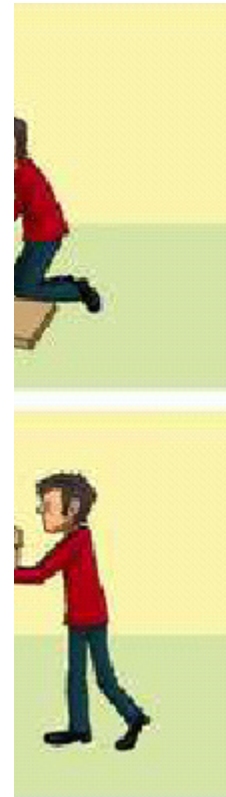
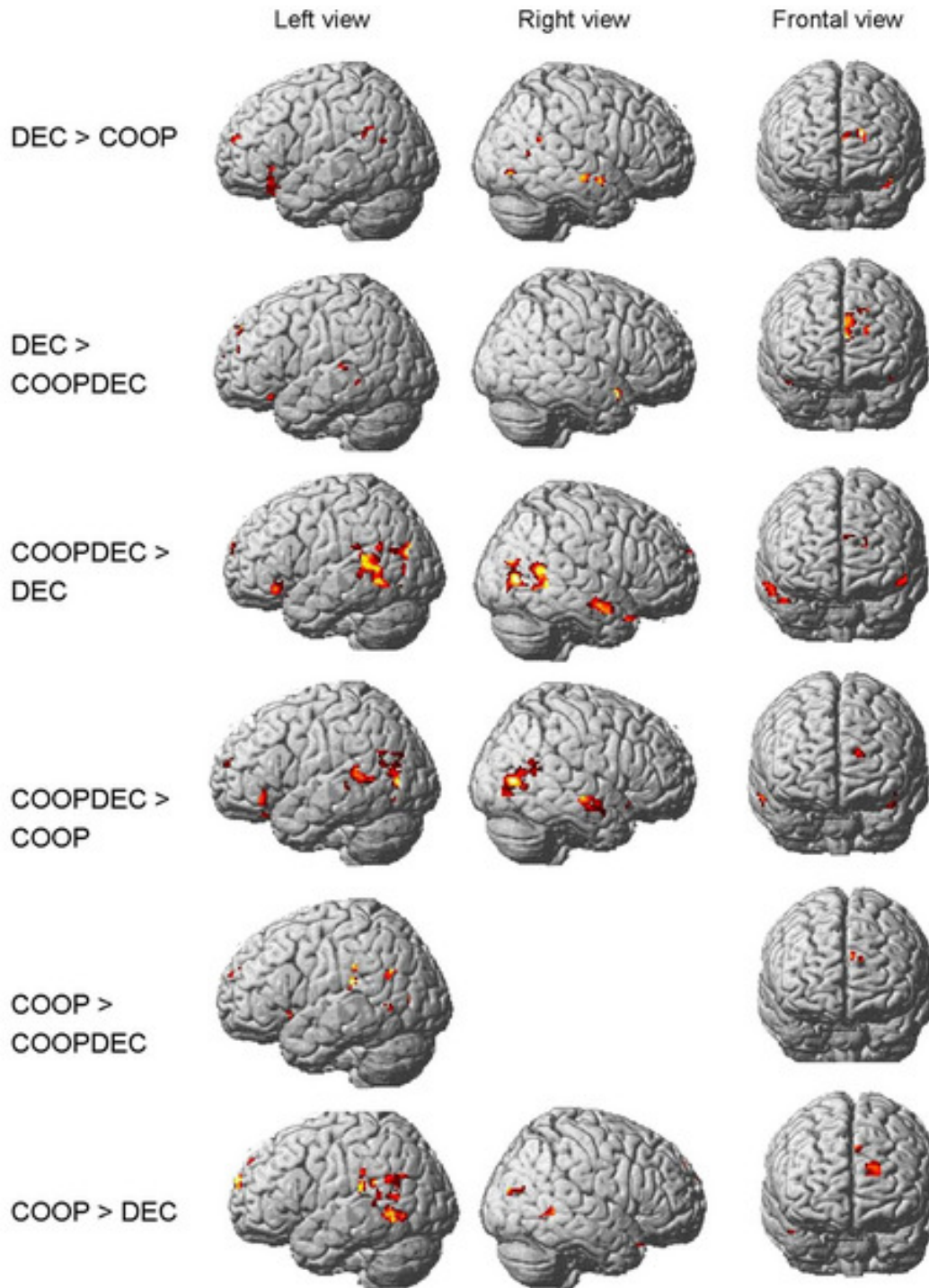
Für die Menschen.  
Vogeleys et al. 2004

# Aktivierungsmuster der 3. Person Perspektive



ML

Für die Menschen.  
Für die Vielfalt.  
Vogeleys et al. 2004

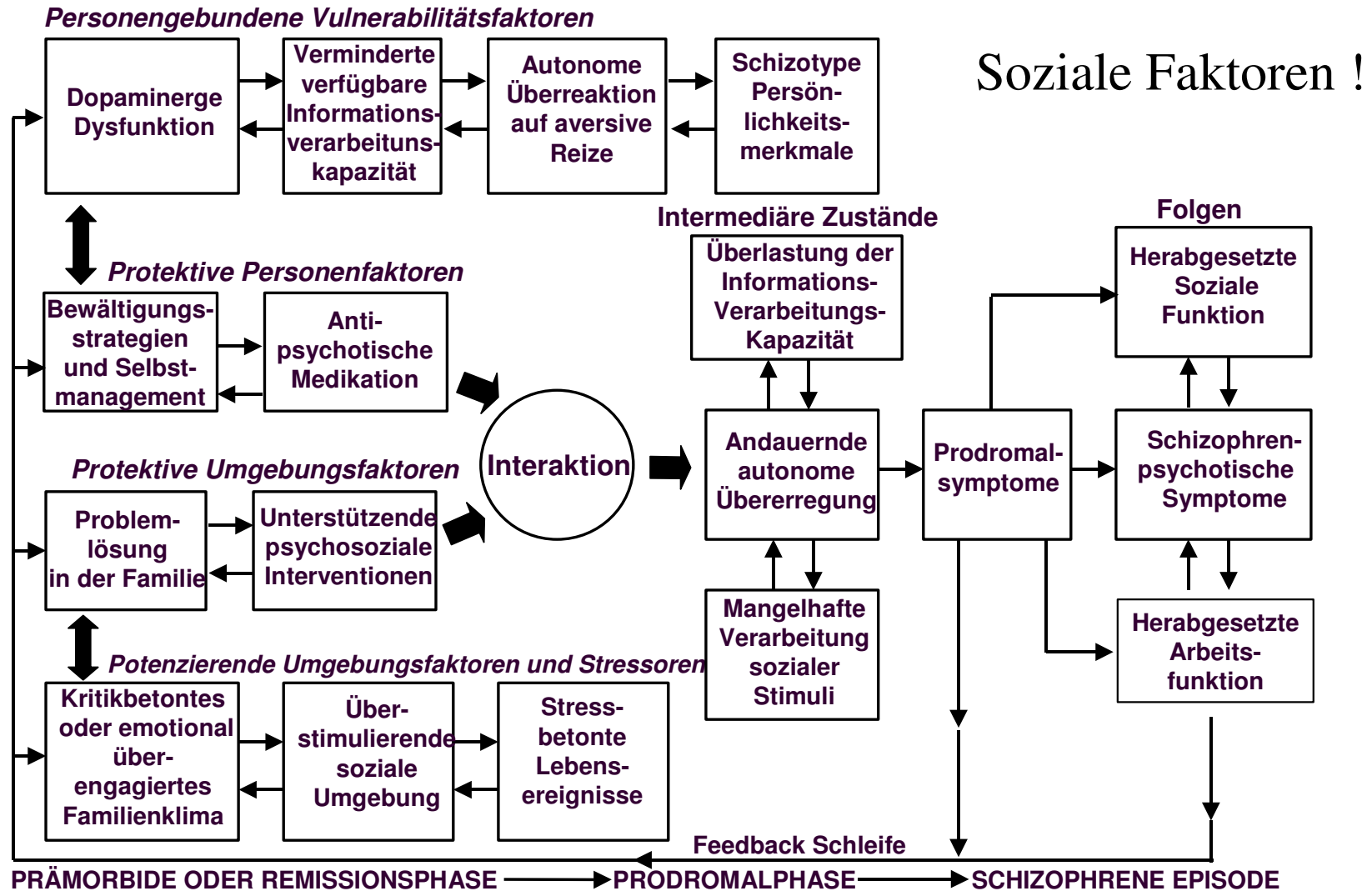


**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

Lissek et al. 2008

# Das Vulnerabilität-Stress-Coping-Modell (VSC)



Soziale Faktoren !



Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.



# Soziale Risikofaktoren für psychische Erkrankungen

(Genetik),  
Schwangerschaft/Geburt,  
Traumata,  
schwerwiegende Lebensereignisse,  
Großstadt,  
Cannabis/Drogen,  
Migration,  
Familie,  
Partnerschaft,  
Obdachlosigkeit,  
Arbeitslosigkeit,  
Arbeitsplatzbezogene Störungen (Burn-out, Mobbing)



und und und.....

**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.




# Personalisierte moderne Sozialpsychiatrie

Stärke der Sozialpsychiatrie: bedürfnisorientierte Versorgung nahe am Menschen

Stärke der neurobiologischen Psychiatrie: moderne, individualisierte, an pathophysiologischen Erkenntnissen orientierte Behandlungsmethoden

eine Integration würde ermöglichen, dass die Erkenntnisse personalisierter Therapie und Versorgung eine weite Verbreitung finden

- 
- Moderne Seelenforschung – Prädiktion und Prävention
  - Spiegelneurone und die soziale Perspektive
  - **Wie weiter ? Netzwerke, Tracks und DMP**



**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.



# Gemeindepsychiatrie



Gemeinde = soziales System, Dreh- und Angelpunkt + Ort für Leben und Behandlung, nicht Krankenhaus

## Kontinuität

- Koordination aller Versorgungsinstitutionen
- Case Manager
- Clinical Case Manager

## Sektorisierung

- Vorhalten aller Institutionen im Sektor
- Übernahme der Versorgungsverpflichtung



## Stärkung der Selbsthilfe

**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

# Probleme heute



Einrichtungen und Aktivitäten der Sozial- und Gemeindepsychiatrie werden zunehmend weniger

## Soziale Exklusion und Stigma

(Gemeindepsychiatrie braucht eine Psychiatrie-bereite Gemeinde)

Versorgung „minorer“ Formen psychischer Störungen und Krisen

**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

# Probleme heute II

## Soziale Exklusion und Stigma

Stärkere Exklusion bzgl. Arbeitsmarkt, Einkommen, Partnerschaft als körperlich Kranke  
(Richter et al. 2006)

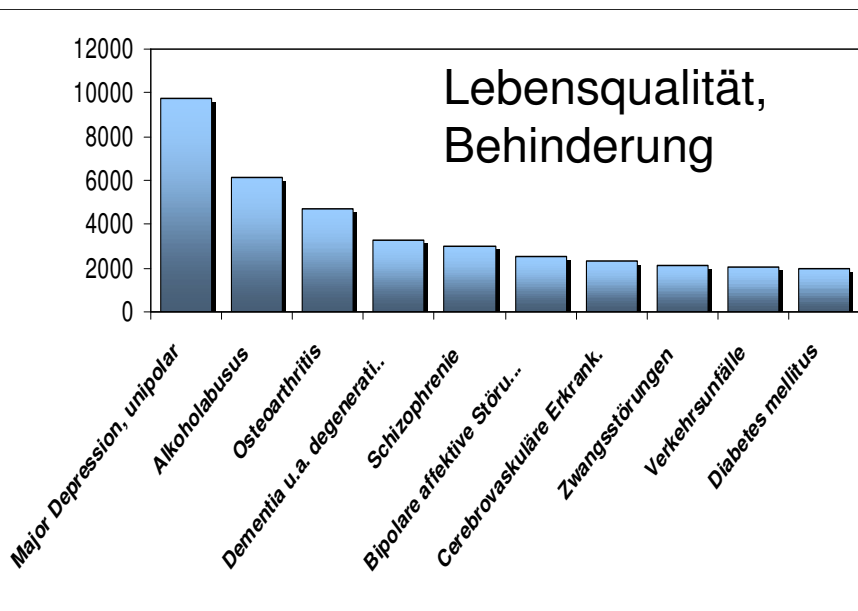
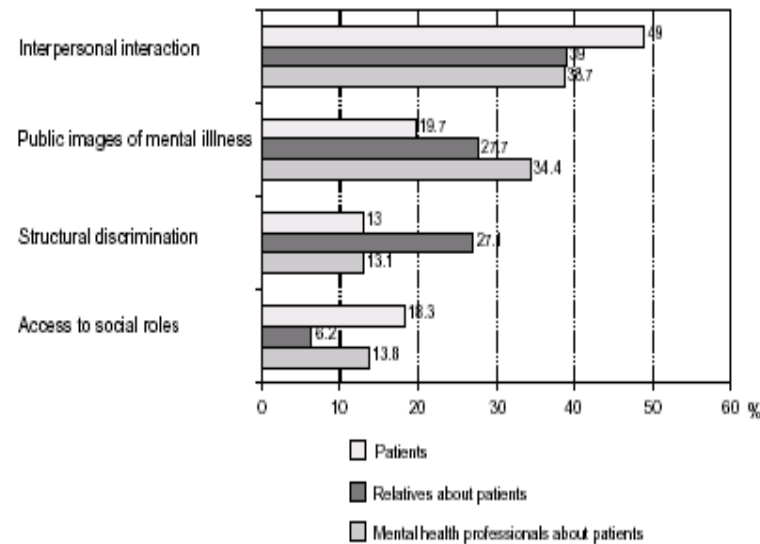


Table 1 Causal attributions (logit analysis)

	Schizophrenia %	Depression %	Oddsratio
Brain disease	69.3	41.4	0.313 (0.279-0.352)**
Heredity	59.1	44.0	0.542 (0.484-0.606)**
Life event	72.5	80.7	2.584 (1.388-1.808)**
Stress at work	59.1	77.7	2.431 (2.149-2.750)**
Broken home	39.6	43.9	1.190 (1.064-1.333)*
Lack of parental affection	30.5	34.5	1.064 (1.064-1.349)*
Unconscious conflict	61.1	68.2	1.365 (1.219-1.534)**
Lack of will power	36.7	43.6	1.323 (1.182-1.482)**
Alcohol abuse	52.6	46.9	0.796 (0.712-0.889)**
Immoral life style	20.8	18.7	0.880 (0.745-1.010)

\* p < 0.01; \*\* p < 0.001

Schulze und Angermeyer 2003  
Angermeyer und Matschinger 2003

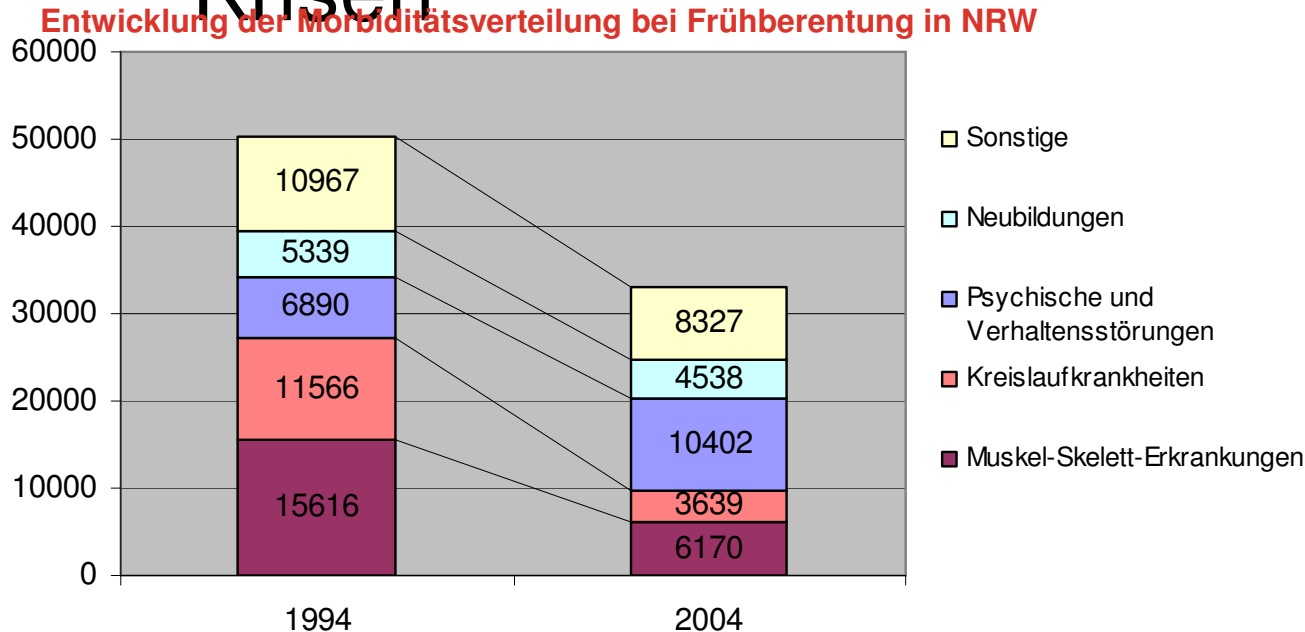


of stigma from the perspective of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals.

# Probleme heute III



## Versorgung „minorer“ Formen (Depression, Burnout, Angst, usw.) psychischer Störungen und Krisen



Zugänglichkeit psychiatrisch-psychotherapeutischer Beratungs- und Therapiemöglichkeiten

Psychische-mentale Prophylaxe/Fitness/Wellness  
(viele Anbieter – wo sind die Fachleute ?)

# Wandel der psychiatrischen Krankenhäuser und Kliniken



- Wegfall ambulanter komplementärer Angebote, Zunahme von stationären Fällen (bei weiterer Reduktion der VWD)
- Übernahme vieler ambulanter, komplementärer, betreuender und rehabilitativer Aufgaben

NICHT gänzliche „Auflösung“ der Kliniken in komplementäre Angebote und Selbsthilfe sondern im Gegenteil die Kliniken als tragfähige Moderatoren, Koordinatoren und Anbieter vieler, verschiedener, modular aufgebaute Leistungen

ch

die

Beraterische Rehabilitation, ambulante Therapie, Homecare, Psychiatrischer Pflegedienst

- Anti-Stigma-Arbeit: Öffnung der Kliniken, Aufklärung, Gemeindeförderung, „Atelier“, kulturelle Aktivitäten, Vortragsreihen
- Beratungs- und Krisenzentren (24h geöffnet)
- etc.

**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

Die Klinik „neuen Typus“ als Koordinator und Anbieter von sektorenübergreifende und integrierende Versorgungsleistungen

Komplementär

Tageskliniken

Komplementär

Teilstationär

**Der Patient und sein Angehöriger als aktiver Nutzer der vielfältigen Angebote der „Klinik“; Niedergelassene Kollegen und komplementäre Einrichtungen (SpD, Beratungsstellen, etc) in enger Interaktion und gegenseitiger Kooperation („überlappende Außenflächen“)**

Komplementär

- Wiedereingliederung: Wohnverbände
- Pflegezentren

➔ **Sektoren- und fachübergreifende Versorgungsstrukturen, die eine gemeindenahе und fächendeckende Versorgung ermöglichen. Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Versorgung in den Regionen**

**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

## Entwicklung eines psychiatrischen Krankenhauses „neuen Typus“: Voraussetzung EXTROVERSION („Schleifen der Mauern“)

Nicht mehr „monolithischer“ Block, sondern flexible dynamische nach-außen orientierte Untereinheiten (TRACKS) = moderner Anbieter von psychosozialen Gesundheitsdienstleistungen

Modulares flexibles System (Auflösung Dichotomie stationär/ambulant) mit hohem zentralen und dezentralen Vernetzungsgrad sowie breitem und differenziertem Angebot (**Behandlungskontinuität: „Alles aus einer Hand für alle Aspekte/Stadien psychischer Erkrankungen“**)

„Ambulantisierung“ mit weitgefächertem Angebot von  
Spezialsprechstunden

Getragen kooperativ vom ganzen Team mit ganzheitlichem Ansatz aus einer Philosophie („**Psychische Erkrankungen sind Teil des Lebens, abgestufte Angebot für jeden in seelischer Not**“) (ambulant und stationär, Krise oder Schwersterkrankung)

Verstärkte Öffnung und Vernetzung mit den Fachstrukturen, aber auch in die Stadt und Umgebung hinein

Erweiterung des „Kerngeschäfts“ um psychische Störungen

aller Ausprägungs- und Intensitätsstufen



Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

# Track-Konzept Bochum: [www.psychiatrie-bochum.de](http://www.psychiatrie-bochum.de)

LWL-Klinik Bochum | Klinik der Ruhr-Univ



„**Tracks**“: nosologisch orientierte, modular aufgebaute, flexibel arbeitende ambulante, teilstationäre und stationäre Einheiten für Beratung, Diagnostik, Behandlung in Kontinuität unter Integration von Lehre und Forschung

**LWL**

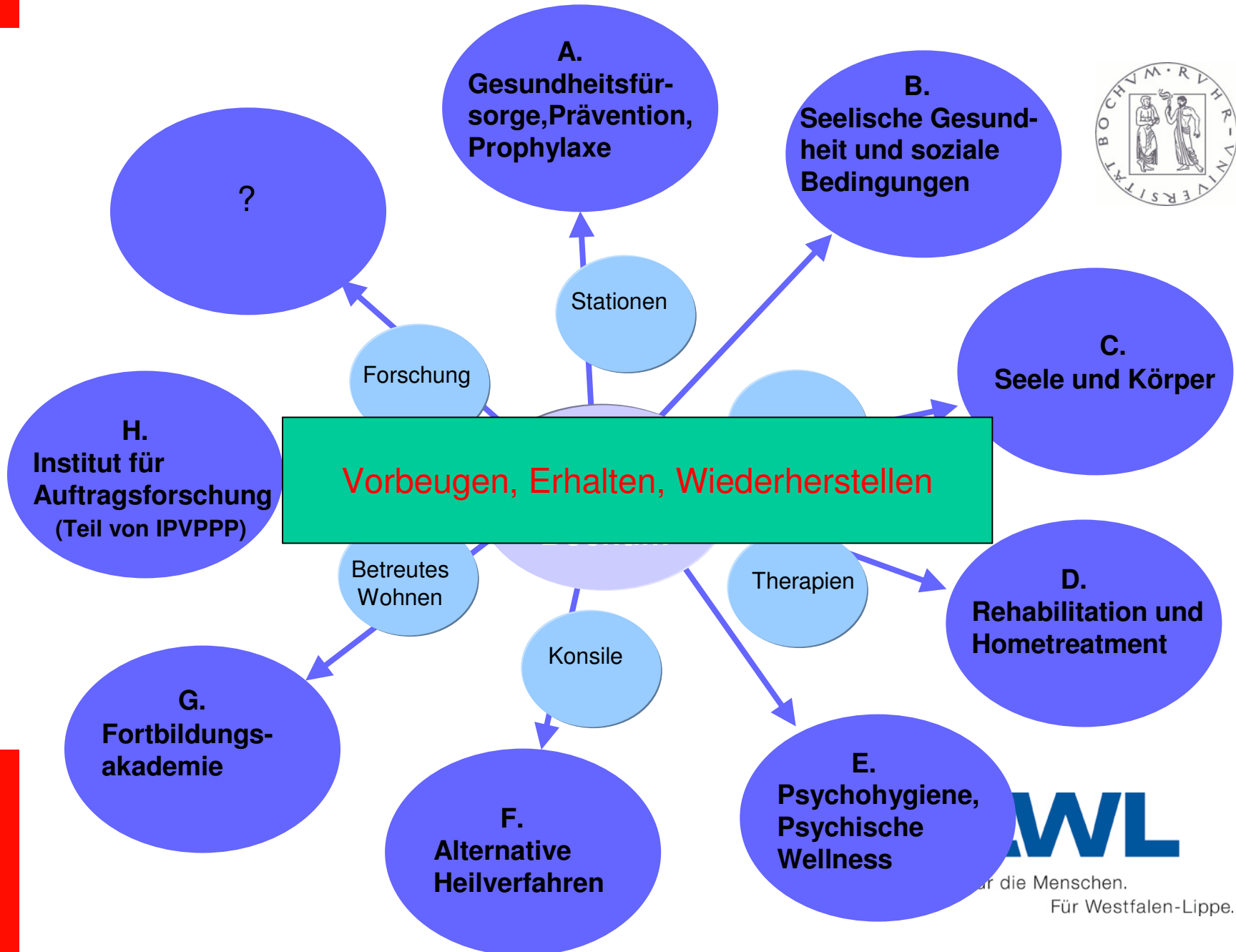
Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

# Implikationen aus der Track-Idee



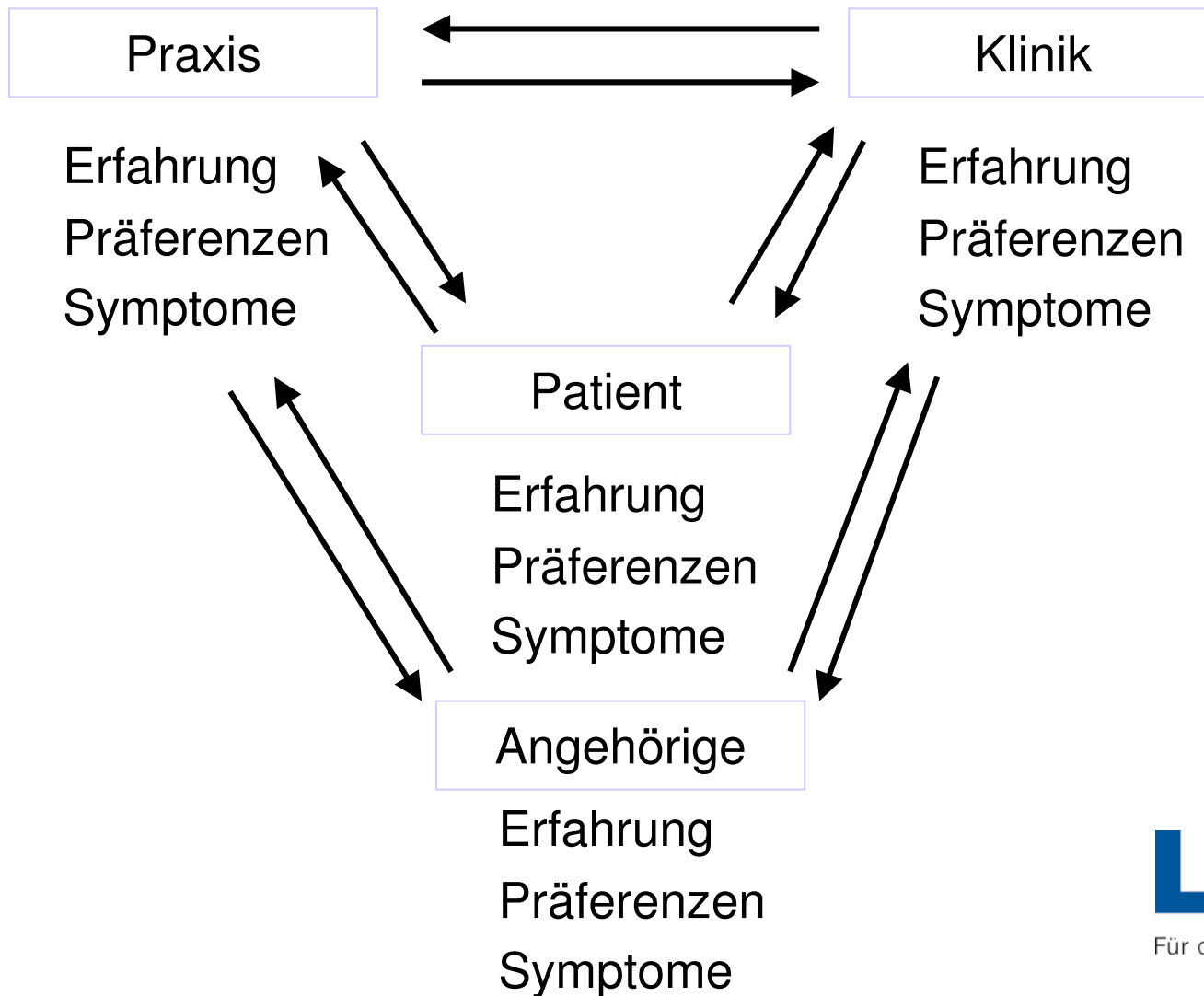
- Keine Aufnahmestation, Aufnahme von akuten Patienten überall
- Auflösung der Ambulanz/Kernambulanz und Verteilung
- Integrierte Tagesklinik (2-4 Plätze)
- Jeder Track Räume für Ambulanz, Tagesklinik und stationäre Einheiten (Multifunktional, Belegungspläne)
- Angebot von integrierten Spezialsprechstunden (z.B. Antabus-Sprechstunde im Suchtbereich, Borderlinesprechstunde auf Station, Krisenzentrum mit Interventionsstation, Gedächtnissprechstunde auf Gerontostation etc.)
- Integration von Forschung (Kontinuität von Mitarbeitern und Inhalten) und Lehre („Lehrlings-Studenten) im Track
- Teammitarbeiter für alle Patienten da (amb- (teil)stat) , Bezugstherapeuten (Ärzte/Psychologen) und Bezugspflegesystem

# LWL Zentrum für seelische Gesundheit Bochum



# Shared Decision Making

**Empowerment, Psychoedukation, Selbsthilfe u.ä.**



**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

# Integrierte Versorgung psychisch kranker Menschen

## Netzwerk zur Versorgung psychisch kranker Menschen TK – LWL-Universitätsklinik Bochum

- **Hauptziel** ist eine weitere Verbesserung der Versorgung von TK-Versicherten, die unter Depressionen oder Schizophrenie leiden
  - **Unterziele** sind der
    - Abbau bestehender Defizite in der Versorgung und
    - die Stärkung der Kooperation zwischen den beteiligten Leistungserbringern.
  - Als **Maßnahmen** wurden
    - umfangreiche ambulante voll- bzw. teilstationäre Versorgungsmodule entwickelt und
    - verbindliche Ablaufstrukturen sowohl in der Versorgung als auch in der Führung der Patienten installiert.





## Basisleistungen

**Modul: Aufnahme in das Versorgungsnetz**

**Modul: Quartalsuntersuchung**

**Modul Psychoedukation**

## Ergänzende Leistungen

**Modul: Therapieumstellung, -intensivierung, -check**

**Modul: Notfallkomplex**

**Modul: Zweitmeinung**

**Modul: Stabilisierung nach stationärer Behandlung**

**Modul: Nachsorgegruppen**

**Modul: Soziotherapie und häusliche psychiatrische  
Krankenpflege**

**Modul: Psychotherapeutische Krisenintervention**

**Modul: Hochfrequente ambulante Behandlung im  
Krankenhaus**

**Modul: Rehasport**




## Netz- und Fallmanagement (Klinik)



The logo of LWL, consisting of the letters 'LWL' in a bold, blue, sans-serif font.

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.



**Disease-Management-Programme (DMP)** sind systematische Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen, die auf die Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin gestützt sind. Das Konzept des Disease Managements ist die zentrale organisierte Steuerung von chronisch kranken Patienten („Lotsenfunktion“)



**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.



## Ziele von DMPs

Etwa zwanzig Prozent der Bundesbürger leiden an chronischen Erkrankungen (brauchen eine kontinuierliche ärztliche Behandlung, die Überwachung und medikamentöse Therapie umfasst).

Die Organisationsstruktur des deutschen Gesundheitswesens ist aber primär auf die Therapie von akuten Krankheitsbildern ausgerichtet, so dass ein chronisch kranker Patient mehrere Anlaufstellen für verschiedene Aspekte seiner Krankheit haben kann.: Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus

Dort wird dann zwar der Akutfall therapiert, es findet aber keine präventive Langzeitbetreuung statt. Auch können die Patienten den Hausarzt oder die Fachärzte beliebig oft wechseln und verschiedene Krankenhäuser aufsuchen. Mitunter stockt der Informationsfluss zwischen den Behandlern, so dass es an der Koordination der Behandlung mangelt.

. Diese Entwicklung soll durch Disease-Management-Programme korrigiert werden, indem eine langfristige, präventive Begleitung des Chronikers erfolgt.



**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.



## Mit Hilfe von Disease-Management-Programmen sollen

- Patienten, die unter chronischen Krankheiten leiden durch eine gut abgestimmte, kontinuierliche Betreuung und Behandlung vor Folgeerkrankungen bewahrt werden
- Haus- und Fachärzte sowie Krankenhäuser, Apotheken, Reha-Einrichtungen koordiniert zusammenarbeiten
- die Therapieschritte nach wissenschaftlich gesichertem medizinischen Wissensstand aufeinander abgestimmt sein.
- mittel- bis langfristig die Leistungsausgaben der Krankenkassen gesenkt werden.

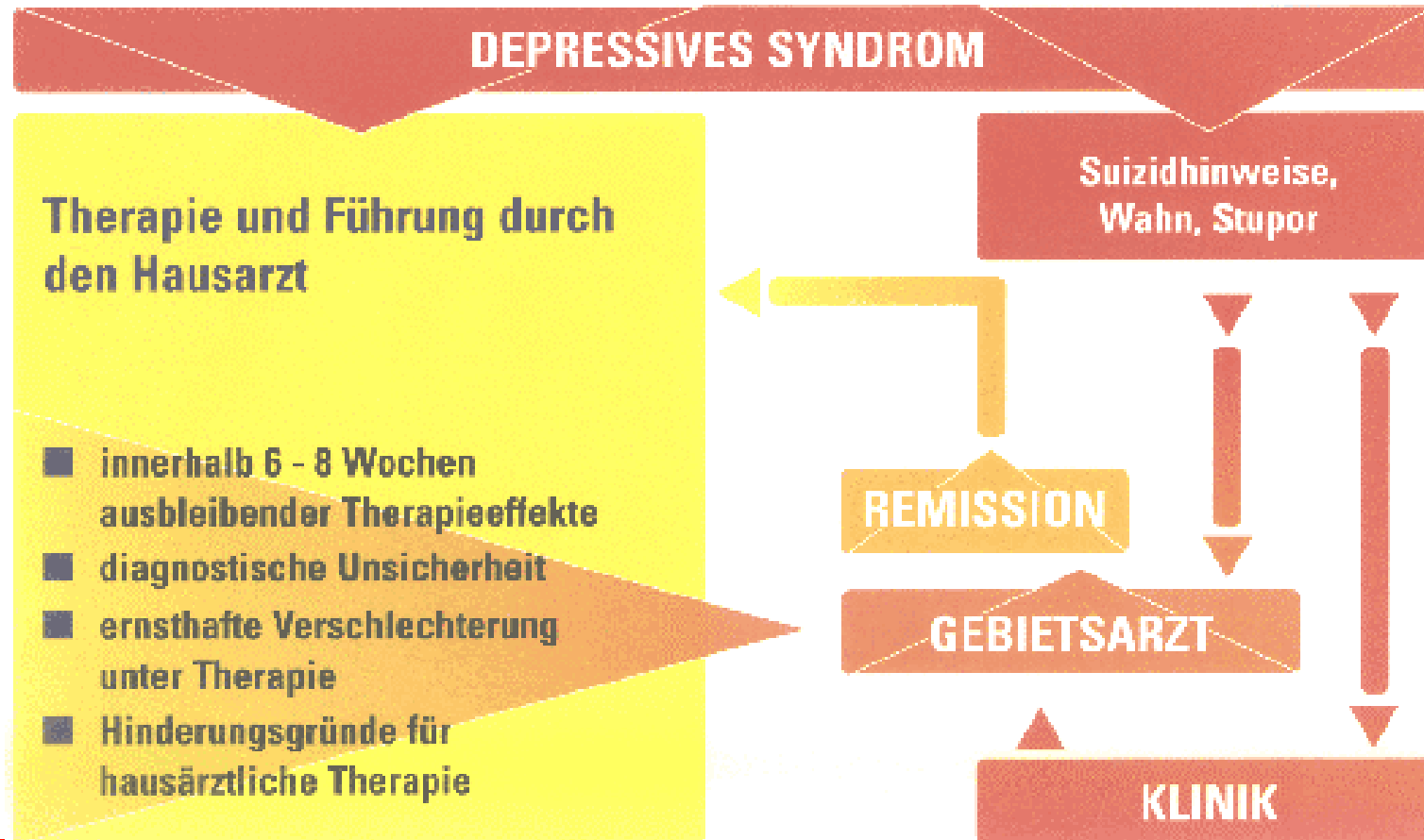
Gegenstand der Disease-Management-Programme sind zur Zeit insbesondere Indikationen, die zu den so genannten Zivilisationskrankheiten gerechnet werden – wie Koronare Herzkrankheit, Asthma, COPD oder Diabetes mellitus Typ II, (Demenz und Depression seien in Vorbereitung)



Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

# Disease-Management Depressionen

Wolfgang Axel Dryden, Bernd Ahrens



**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

# Effectiveness of Disease Management Programs in Depression: A Systematic Review

Enkhe Badamgarav, M.D., M.P.H.

Scott R. Weingarten, M.D., M.P.H.

James M. Henning, M.S.

Kevin Knight, M.D., M.P.H.

Vic Hasselblad, Ph.D.

Anacleto Gano, Jr., M.P.H.

Joshua J. Ofman, M.D., M.S.H.S.

**Objective:** The authors systematically evaluated the published evidence to assess the effectiveness of disease management programs in depression.

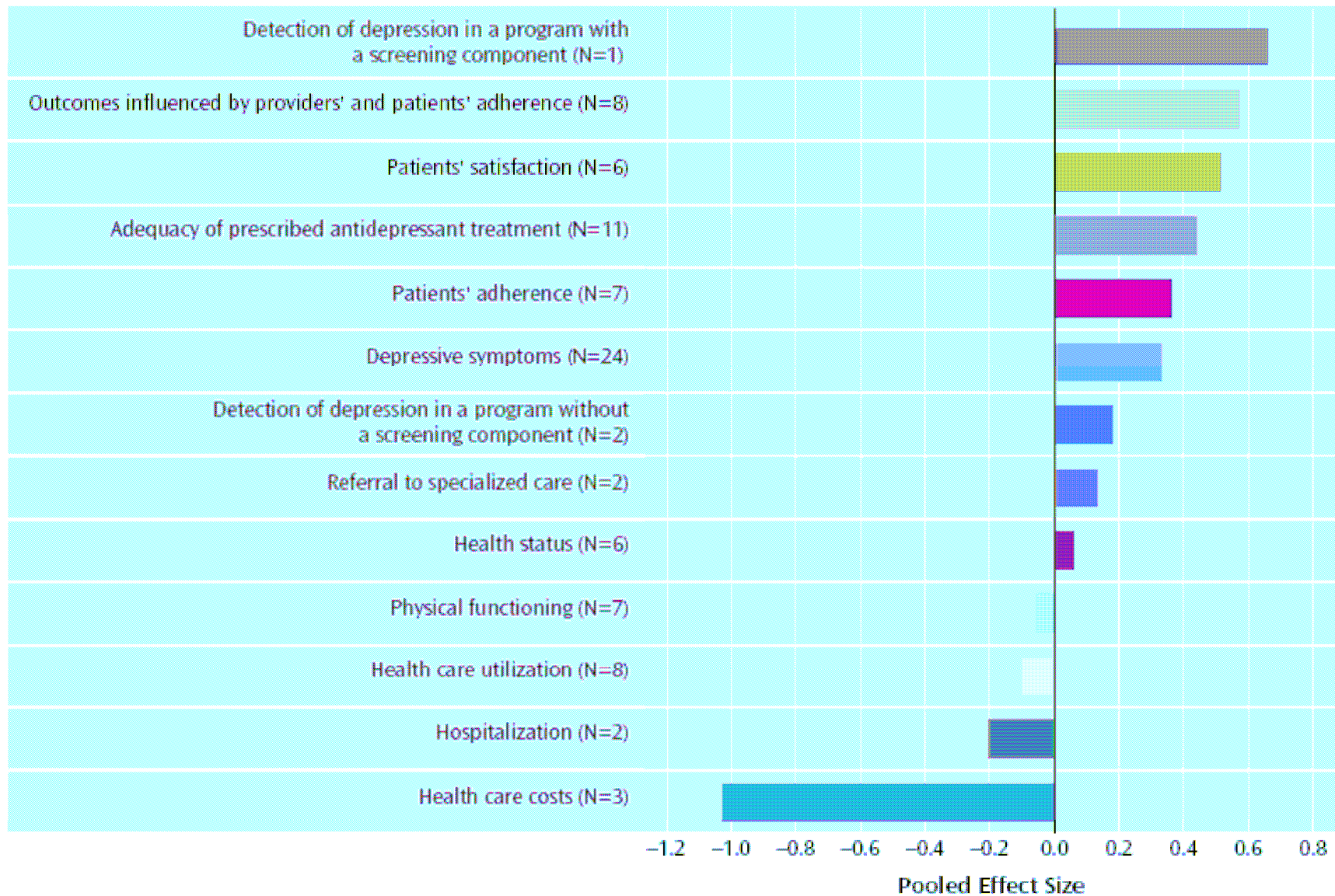
**Method:** English-language articles on depression were identified through a MEDLINE search for the period from January 1987 to June 2001. Two reviewers evaluated 16,952 published titles, identified 24 depression disease management programs that met explicit inclusion criteria, and extracted data on study characteristics, interventions used, and outcome measures. Pooled effect sizes were calculated by using a random-effects model.

**Results:** Pooled results for disease management program effects on symptoms of depression showed statistically significant improvements (effect size=0.33, N=24). Programs also had statistically significant effects on patients' satisfaction with treatment (effect size=0.51, N=6), patients' compliance with the recommended treat-

ment regimen (effect size=0.36, N=7), and adequacy of prescribed treatment (effect size=0.44, N=11). One program with an explicit screening component showed significant improvement in the rate of detection of depression by primary care physicians (effect size=0.66); two other programs lacking a screening component showed small nonsignificant improvements in the detection rate (effect size=0.18). Disease management programs increased health care utilization (effect size=-0.10, N=8), treatment costs (effect size=-1.03, N=3), and hospitalization (effect size=-0.20, N=2).

**Conclusions:** Disease management appears to improve the detection and care of patients with depression. Further research is needed to assess the cost-effectiveness of disease management in depression, and consideration should be given to more widespread implementation of these programs.

FIGURE 1. Rank Order of Pooled Size of Effects of Disease Management Programs on Measures of Outcomes and Processes of Care in the Treatment of Depression





# DMP und ihre Bedeutung für die Psychiatrie

Prinzipiell sinnvoll

Voraussetzung sicherlich gute Psychoedukation  
vorher/währendessen

Guter weiterer Versuch der Lösung des Schnittstellenproblems  
und Verbesserung der Versorgung

„An die Hand nehmen“ – protektiv - Verantwortlichkeiten

Trennung GKV und Reha-Bereich problematisch

Warum nicht Indikationsgebiet „Schizophrenie“: Integrative Care  
Psychiater und Allgemeinärzte



Behandlungsprogramme sollten mit Behandlungspfaden  
kombiniert werden

# Fazit



- Die moderne biologische Psychiatrie setzt viele entscheidende Impulse für gegenwärtige und künftige Formen psychiatrischer Behandlung und Versorgung:
- Neuroprotektive Behandlungsansätze, Kinder- und Jugendmedizin, minore Formen und Verhindern von Chronifizierung (Verlaufsprädiktion und Behandlungspfade)
- Psychiatrische Prävention und ihre institutionelle Etablierung wird das Zukunftsfeld sein
- Funktionaler und sozialer Outcome (Teilhabe) sehr entscheidende Parameter aller unserer Behandlung und Versorgung (V-C-Modell und soziale Faktoren)
- Klinik „neuen“ Typus (Track-System): Übernahme vieler ambulanter, rehabilitativer, teil- und vollstationärer Aufgaben
- Integrierten Versorgungsmodelle und DMPs **LWL** bestens geeignet für psychische Störungen