

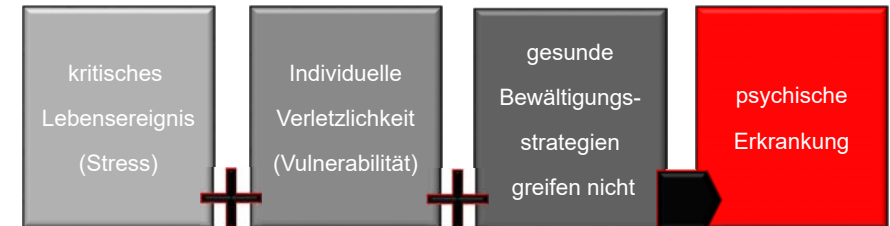
Umgang mit psychisch belasteten Mitarbeitern

Workshop und Diskussionsrunde bei der Fachtagung der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern

03.04.2017, Nürnberg

Präsentation auf der Basis eines Angebotes für
gemeinsame Dienstbesprechungen von
Ärztinnen/Ärzten mit den Integrationsbereichen

Entstehung psychischer Erkrankungen



Was ist ein kritisches Lebensereignis (Stress) ?

Das entscheidet sich **individuell**. Häufig werden so erlebt:

- Schwere körperliche Erkrankung/Unfall
- Tod naher Angehöriger
- Ehescheidung, Sorgerechts- und Unterhaltsstreit
- Arbeitslosigkeit *ohne Aussicht auf deren rasche Beendigung*
- Soziale Ausgrenzung/schwere Kränkung
- Anhaltende Überforderung (z.B. *Doppelbelastung Beruf/Angehörigenpflege; Gewalterfahrungen in der Partnerschaft*)

aber auch "glückliche" Ereignisse:

- Eheschließung
- Geburt des ersten Kindes
- Entlastung nach einer Belastungssituation

Was macht empfänglich (vulnerabel) für psychische Erkrankungen?

- Genetische Faktoren *je nach Erkrankung in unterschiedlichem Ausmaß*
- In der Kindheit: Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch
- Psychiatrische Erkrankung der Eltern
- Früher Verlust einer haltgebenden Bezugsperson (z.B. durch Trennung der Eltern, Tod der Großeltern)
- Ungünstiges soziales Umfeld, "sozialer Brennpunkt"

Verlauf von seelischen Erkrankungen

- Bei einem Teil der Erkrankungen **unspezifische Vorbotensymptome**, z.B. Erschöpfbarkeit, Reizbarkeit, sozialer Rückzug ...
- Oft **phasenweiser Verlauf**
- Zwischen den Phasen teils deutliche Besserung, teils mehr oder weniger stark ausgeprägte Restsymptomatik
- Vor allem bei Schizophrenien nach Abklingen des akuten Bildes nicht selten **bleibendes Residualsyndrom** mit ausgeprägter Antriebshemmung, starken Denk- und Konzentrationsstörungen, mangelnder Selbstfürsorge und Tagesstruktur
- **Eher gute Prognose**: Höheres Lebensalter bei Ersterkrankung; kurze Phasendauer; schneller Behandlungsbeginn; gute soziale Unterstützung; feste Partnerschaft; gute Anpassung im Lern-, Arbeits- und Freizeitbereich
- **Eher schlechtere Prognose**: Spiegelbildlich zu oben; Mehrfachdiagnosen incl. Persönlichkeitsstörungen

Diagnostik von psychischen Erkrankungen

- Zentral: sorgfältig erhobene, ausführliche psychiatrische **Krankheitsvorgeschichte (Anamnese)** einschließlich kindlicher und adoleszenter Entwicklung
- Ggf. Ergänzung durch **Fremdanamnese** bei Angehörigen, Partner
- Ggf. klinische **Diagnostik der seelischen Struktur** u. a. mit typischen Konflikt- und Beziehungsmustern
- Erfassen von **Leitsymptomen** gemäß international verbindlicher, operationalisierter Diagnosesymptomatik (**ICD 10**)
- Strukturiertes Erfassen des **psychischen Befundes**
- Bei Erstdiagnostik: **Körperliche Untersuchung**, Labordiagnostik und nach Bedarf bildgebende Verfahren zum Ausschluss einer organisch verursachten seelischen Störung
- Im klinischen Bereich: klinisch erprobte **Fragebögen**, bei jugendlichen Intelligenztestung

Kennzeichen von seelischen Störungen - I

- Alle folgenden Darstellungen möglichst allgemeinverständlich unter Verzicht auf „Fachsprache“
- **Schädlicher Substanzgebrauch/Abhängigkeit**: Die Beschäftigung mit dem Suchtstoff entgleitet zunehmend der Selbstkontrolle und besetzt immer wichtigere Lebensbereiche, die sie dann nach und nach zerstört.
- **Schizophrenie**: Tiefgreifende Störung von Denken und Selbstwahrnehmung; Wahnphänomene; Stimmenhören. Auch wenn die akuten Symptome abgeklungen sind, überdauern oft: Denkstörungen, Antriebsstörungen, Schwierigkeiten im sozialen Miteinander (Residuum).
- **Affektive Störungen**:
Depression: Quälende Niedergestimmtheit, Freudlosigkeit, Antriebsblockade; oft Selbstvorwürfe, Versagensängste, Todessehnsüchte bis hin zum Suizid.
Manie: Krankhaft gehobene Stimmungslage, kann in Depression umschlagen.

Kennzeichen von seelischen Störungen - II

- **Phobie**: Anhaltende Furcht vor und Vermeidung von bestimmten Alltagssituationen, z. B. *Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel; Verlassen des Hauses ohne Begleitperson; Betroffene sehen sich im Zentrum der sozialen Aufmerksamkeit.*
- **Sonstige Angststörungen**:
Panikstörung: Ohne äußeren Anlass abrupt und dramatisch einsetzende Panikattacken mit quälenden körperlichen Symptomen und Todesangst -> mündet öfter in Phobie ein.
Generalisierte Angststörung: Ständiges Angstgefühl mit anhaltender Besorgtheit und körperlichen Symptomen.
- **Zwangsstörung**: Sich dauernd wiederholende, unangenehme Zwangsgedanken/Zwangshandlungen mit (erheblicher) Behinderung des Tagesablaufs und des sozialen Miteinanders.

Kennzeichen von seelischen Störungen - III

- **Posttraumatische Belastungsstörung:** Auslöser ist ein katastrophales Geschehen, kurz oder lang anhaltend, z. B. *schwerer Unfall, Erleben von realer Todesbedrohung, Erleiden von körperlicher oder sexualisierter Gewalt*. Folgen sind: Ein Nebeneinander von vegetativer Übererregbarkeit und emotionaler Betäubung; überfallartige Nachhallerinnerungen und Alpträume; Angst und Depression.
- **Anpassungsstörung:** Auslöser ist ein belastendes Lebensereignis (aber nicht katastrophalen Ausmaßes), z.B. *Trennung, Arbeitsplatzverlust*. * Folgen sind depressive Verstimmung, Angst, Sorge. Dauer: nicht länger als 6 Monate.
- **Somatoforme Störung:** Schmerzen oder komplexe körperliche Symptome, die vorwiegend seelisch bedingt sind (was vom Betroffenen oft nur schwer akzeptiert werden kann).

* Selbstverständlich tritt die Anpassungsstörung nicht zwangsläufig nach solchen Ereignissen auf, sondern in Abhängigkeit von der individuellen Verletzlichkeit (s.o.)

Grundsätzliches zur Therapie - I

- **Medikamentöse fachärztliche Behandlung:** vor allem bei *Schizophrenie und schwerer affektiver Störung* unverzichtbar, auch nach Abklingen der akuten Symptomatik, aber nie allein, sondern zusammen mit weiteren Therapiebausteinen.
- **Psychoedukation:** bei *allen Erkrankungen* sehr hilfreich. Information über Art, Entstehung, Vorboten-symptome, verschlimmernde und verbessernde Faktoren ... Auch für Angehörige!
- **„Stützende Gespräche“:** bei *allen Erkrankungen* – begrenzt hilfreich, besonders bei Langzeitverläufen: Erfassen der aktuellen Symptomatik, Empathie, Ermutigung, dosierter ärztlicher Rat. **Alle 4 - 6 - 12 Wochen 20 min.**
- **Verhaltenstherapie:** Erste Wahl bei *Angst- und Panikstörung sowie Phobien*. Ziel: Durchbrechung des Vermeidungsverhaltens durch dosierte Exposition. **Wöchentlich 50 min. über 25 - 40 Termine.** Voraussetzung: Disziplin bei der Erledigung der Übungen und Hausaufgaben, Leidensdruck -> Motivation

Grundsätzliches zur Therapie - II

- **(Tiefenpsychologisch fundierte) Psychotherapie:** bei *Depression, Ess-Störungen, somatoformen Störungen, Persönlichkeitsstörungen*. Ziel: Verstehen und dadurch Auflösen der aktuellen Symptome; fokussierte Reflektion der aktuellen Probleme im Licht der eigenen Vorgeschichte; Hinterfragung von pathologischen Beziehungsmustern; Training der eigenen Gefühlswahrnehmung; Erarbeitung flexiblerer Problemlösungsmuster. **Dauer: wöchentlich 50 min., 25 - 50 - 80 Termine.** Voraussetzung: Mindestmaß an seelischer Stabilität, sprachlichem Ausdrucksvermögen, Veränderungsmotivation
- **Dialektische behaviorale Therapie („Traumatherapie“):** bei *posttraumatischen Belastungsstörungen und schweren Persönlichkeitsstörungen*. Wie oben, aber klarere Strukturvorgaben durch Therapeuten; Einsatz von imaginativen Techniken („sicherer Ort“); Erlernen von Fertigkeiten zur Spannungsregulierung („Skills“), Einüben von Selbstfürsorge.

Grundsätzliches zur Therapie - IV

- **Psychosomatische Rehabilitation:** **4 - 6-wöchiges**, bei Entwöhnungsbehandlungen **10 - 12 (-16)-wöchiges** multimodales Therapieprogramm, eher wohnortfern; verhaltenstherapeutisch oder tiefenpsychologisch ausgerichtet; Schwerpunkt Gruppentherapie. *Vor allem bei: Depression, Angststörung, somatoformer Störung, Ess-Störung, Persönlichkeitsstörung, Abhängigkeit*. **Voraussetzung:** kein hochakutes Krankheitsbild, Reisefähigkeit, Gruppenfähigkeit, Sprachfähigkeit*, (gewisse) Frustrationstoleranz. Zugang: Antrag beim Rentenversicherungsträger, sinnvollerweise nach Ausschöpfen bzw. in Ergänzung der Behandlungsmöglichkeiten vor Ort **
- **Selbsthilfegruppe (geleitet oder nach 12-Stufen-Programm):** Oft sinnvoll zur längerfristigen Begleitung nach Abschluss der klinischen Phase. Wichtiger Baustein bei Abhängigkeit und Ess-Störungen, aber auch bei Anpassungsstörung (Trauergruppe).

*Für Patienten mit Migrationshintergrund gibt es in einigen Kliniken muttersprachliche Angebote

**Ein detaillierter Bericht vom Facharzt oder Psychotherapeuten erhöht die Erfolgchancen des Antrags.

Grundsätzliches zur Therapie - V

- Eine seelische Erkrankung ist für alle Beteiligten eine harte Geduldsprobe: es muss oft lange gewartet werden.
- **Wartezeit bis zur Ansprechen der Medikation:** 2 - 3 Wochen, nicht selten ist ein Medikamentenwechsel erforderlich mit dann erneuter Wartezeit.
- **Wartezeit auf Tagesklinikplatz:** 4 - 8 Wochen, evtl. länger.
- **Wartezeit auf psychosomatische Rehabilitation:** 4 - 8 - 10 Wochen, nur bei Entwöhnungsbehandlung schneller.
- **Wartezeit auf Psychotherapieplatz:** 4 - 8 - 12 Monate! Oft sind überdies Psychotherapeuten nur zu engbegrenzten Telefonzeiten erreichbar, da es keine Anmeldekraft gibt.
- **Wartezeit auf Ansprechen von Psychotherapie:** kurzfristige Besserung nach 6 - 8 Wochen, längerfristige Effekte nach 3 - 6 - 12 Monaten, bei schweren Persönlichkeitsstörungen **mehrere Jahre**.

Welche Angebote können Therapie und Integration unterstützen?

- Arbeitstherapie-Einrichtungen
- Angebote des psychosozialen Dienstes (Begegnungsstätte, Krisencafé)
- Begleitende Therapieangebote im Berufstrainingszentrum/ Berufsförderungswerk
- Rehabilitation psychisch Kranker (RPK)
- Ambulantes betreutes Wohnen (BeWo)
- Wohngruppe
- Angebote der Gesundheitsförderung von Langzeitarbeitslosen
- Lokale Projekte für Zielgruppe psychisch Erkrankte

Umgang mit psychisch erkrankten Personen



Was hindert Menschen, sich therapeutische Hilfe zu suchen?



Umgang mit psychisch erkrankten Personen



Umgang mit psychisch erkrankten Personen

- Selbstbestimmte Entscheidung
- - situationsadäquat
- - kontextbezogen
- - risikobewusst
- - gut informiert
- - mit Fachexpertise
- - anregen/vorbereiten!!!
- Bsp.: Führungskraft/MAG/Beurteilungseröffnung
- Bsp.: Angst vor Rezidiv
- Bsp.: „Hilfe-Angebot“
- Bsp.: Perspektive der MA

Umgang mit psychisch erkrankten Personen

- Passender Beginn für RTW?
- Rollen von MA und Personalberatung („Aushandlung“?)
- Kommunikation
- Vertrauen (Selbst-V., Prozess-V., ...)/„Schuldfragen“
- Individuen anerkennen
- Wechselhaftigkeit im Verlauf einbeziehen (Wollen/Können)
- Akzeptanz eigener Grenzen
- Stigmatisierung ansprechen (Scham, Angst, Bezug)
- Koorientierung – Koordinierung – Kooperation – Koorientierung (ASU 2016; 51: 660-668; BAuA)
- Stufenweise Wiedereingliederung nach § 74 SGB V/§ 28 SGB IX

Schlussbemerkungen

Für Ihre Aufmerksamkeit danke ich Ihnen.

Dr. med. Andreas Bahemann
Leiter des Ärztlichen Dienstes
der Zentrale der Bundesagentur für Arbeit