

Affektive Störungen Krankheitsbilder und Behandlung



Rückfallschutz und Resilienz

Dr. Vera Onken, Oktober 2022

Affektive Störungen



- I. Krankheitsbilder – Überblick
- II. Schwerpunkt Depression
 - 1. Symptomatik und Diagnostik
 - 2. Ursachen
 - 3. Behandlung und Umgang mit Betroffenen
- III. Bipolare Erkrankung und Manie
- IV. Burnout – (k)eine psychische Erkrankung?
- V. Resilienz

Affektive Störungen



- **Depression (unipolar); Erwachsene:** Lebenszeitprävalenz: 15-18%, Punktprävalenz : 8,2%
 - Depressive Episode (einmalig: ca. 15%)
 - Rezidivierende depressive Störung (ca. 85%), mit Anzahl der Episoden steigt Rückfallrisiko
- **Bipolare Störung** (bipolar – historisch: Zykllothymie)
 - Depressive Phase
 - Manische Phase
 - Gemischte Phase
- **Manie:** ausschließlich manische Phasen
- **Anhaltende affektive Störungen:**
 - Dysthymie: anhaltende depressive Grundstimmung, unterhalb Schweregrad der Depression
 - Double Depression: Dysthymie zu der eine akute depressive Phase hinzu kommt
 - Zykllothymia: anhaltend schwankende Stimmung unterhalb Schweregrad der bipolaren Störung

Depression – 2. Symptomatik - Hauptsymptome

- Gedrückte, depressive Stimmung

Affekt

- Interessenverlust, Freudlosigkeit

Anhedonie

- Antriebsmangel

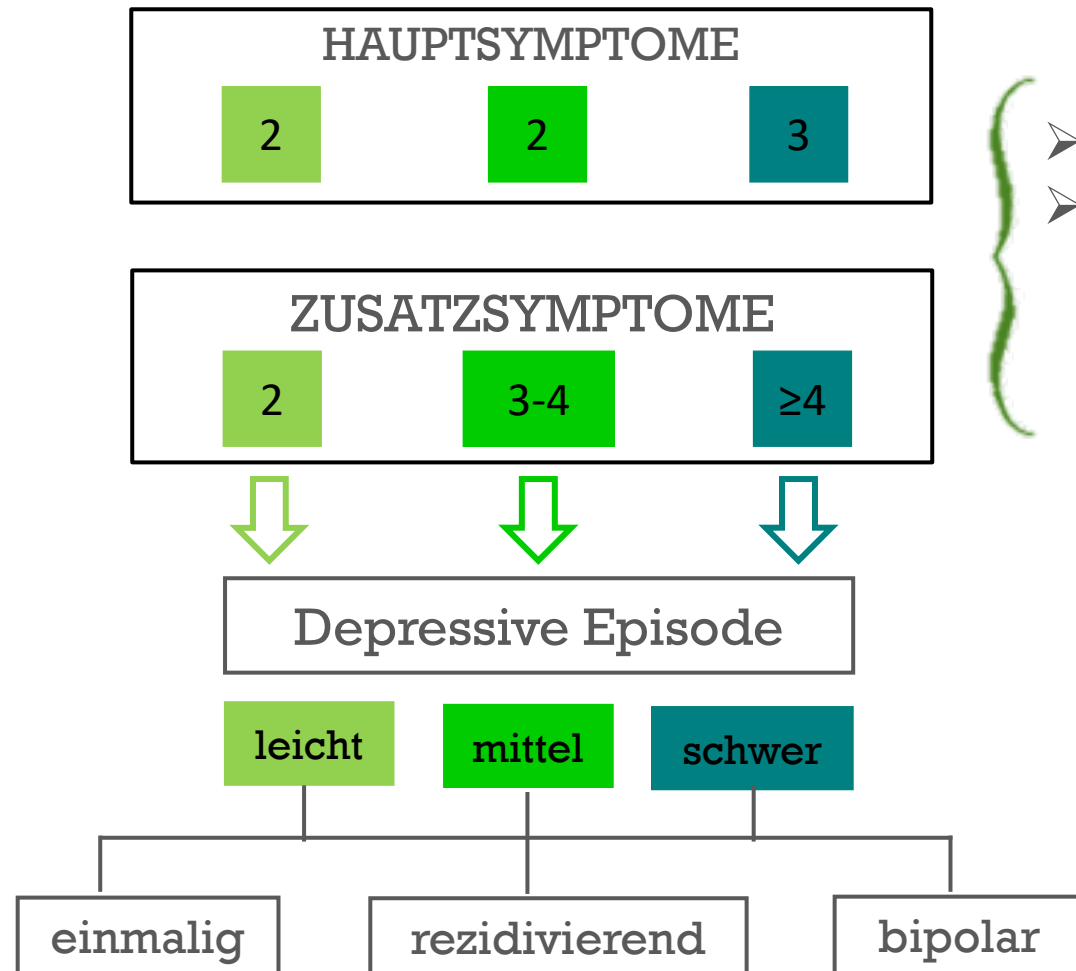
Antrieb

- Meist schleichender Beginn der Symptome!
- Von den Betroffenen z.T. lange verkannt / verdrängt

Depression – 2. Symptomatik - Zusatzsymptome

- **Kognitive Symptome „Pseudodemenz“**
 - Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen
 - Grübeln und Gedankenkreisen
- **Selbstwahrnehmung und Emotionen**
 - Vermindertes Selbstwertgefühl
 - Gefühl von Schuld und Wertlosigkeit
 - Zukunftssorgen, Ängste, Hoffnungslosigkeit
- **Vegetative (körperliche) Symptome**
 - Schlafstörungen, Erschöpfungsgefühl
 - Appetitminderung, reduziertes sexuelles Interesse, Tagesschwankungen
- **Psychotische Symptome, besonders Wahn (Schuld, Verarmung)**
- **Suizidalität**

Depression – Diagnostik




- mindestens 2 Wochen anhaltend
- keine körperliche Ursache der Symptome (Schilddrüsenerkrankung, Medikamente, Mangelernährung)

Betroffene können bis auf ein gemeinsames Hauptsymptom ganz unterschiedliche Beschwerden haben und dennoch beide die Diagnose Depression erhalten!

Bessere Diagnosesicherheit und -genauigkeit durch Anwendung von Fragebögen zur standardisierten Symptomerfassung und Schweregradeinschätzung

Depression - Fallbeispiel

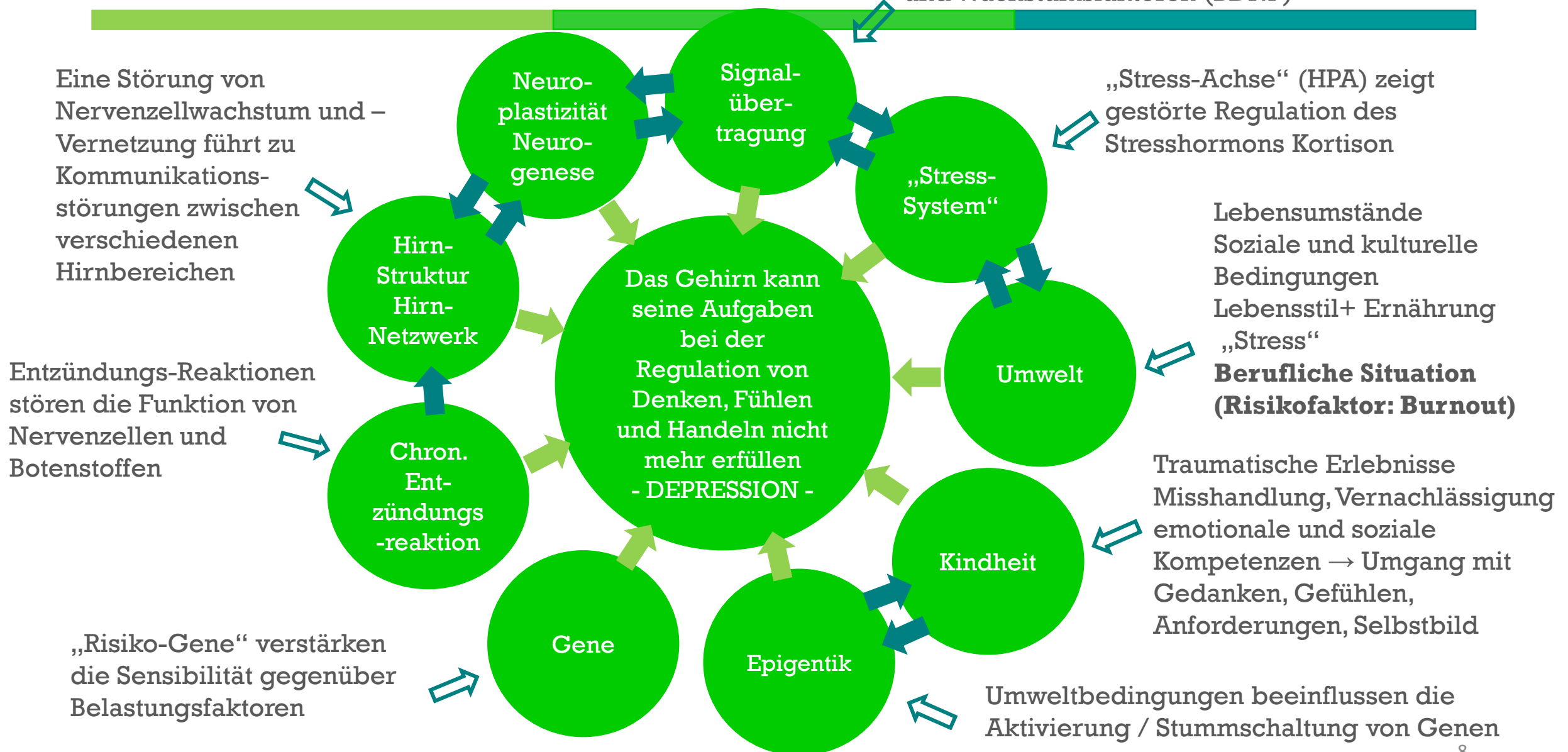


Anfang 30jährige Lehrerin, unterrichtet im 2. Berufsjahr, beantragt Stundenreduktion; berichtet folgende Beschwerden:

- Erschöpft, das Wochenende reicht nicht für Erholung
- Zunehmende Schlafstörungen, Grübeln, Gedankenkreisen
- Angespannt, zunehmende Verschlechterung der Stimmung bis schließlich durchgehend niedergestimmt
- Konzentrationsprobleme und zunehmende Selbstzweifel, Versagensängste
- Keine Freude mehr im Beruf
- Absage von angenehmen Aktivitäten am Wochenende, keine Freude daran, möchte Zeit lieber zum Erholen nutzen – konnte dann aber nicht entspannen

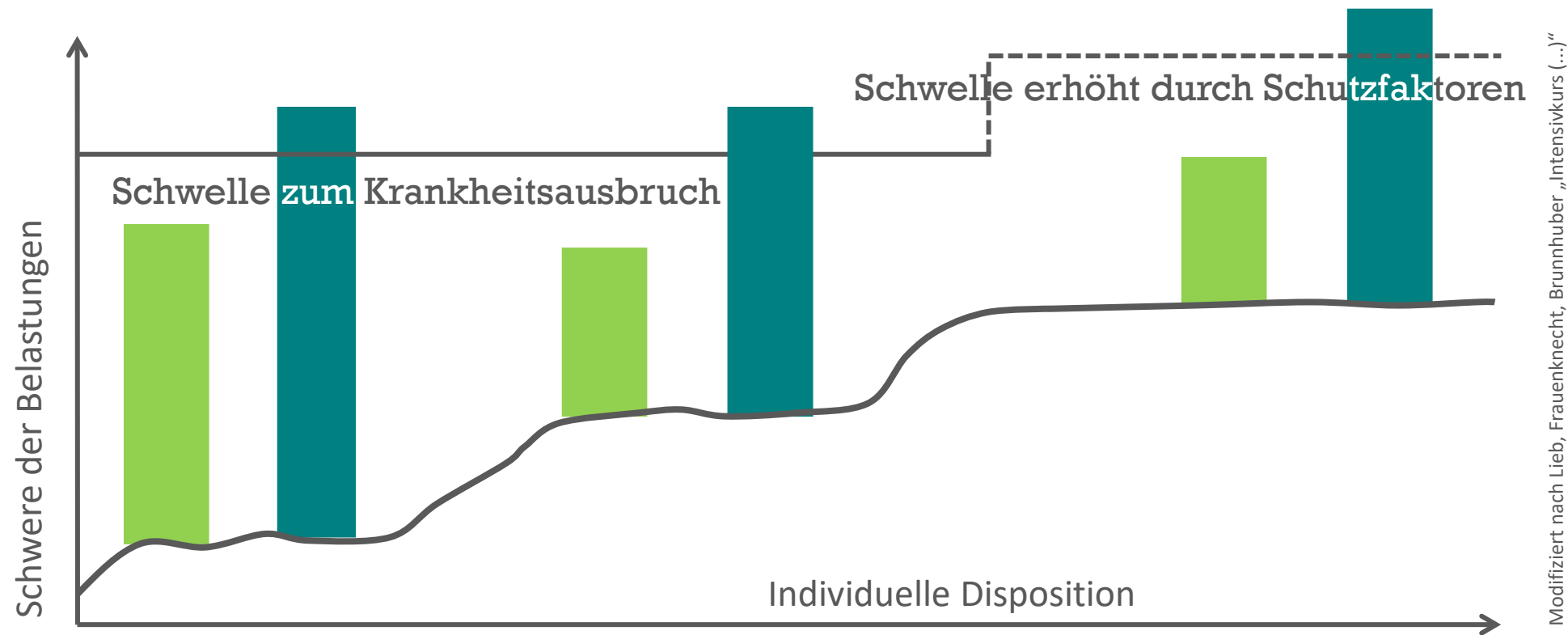
Depression 3. Ursachen

Funktionsstörung von Botenstoffen (z.B. Serotonin) und Wachstumsfaktoren (BDNF)



Depression 3. Ursachen - Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Persönliche Voraussetzungen (schützend / gefährdend) und individuelle Stressoren
Eigene Ressourcen und die Behandlung beeinflussen die persönlichen Voraussetzung

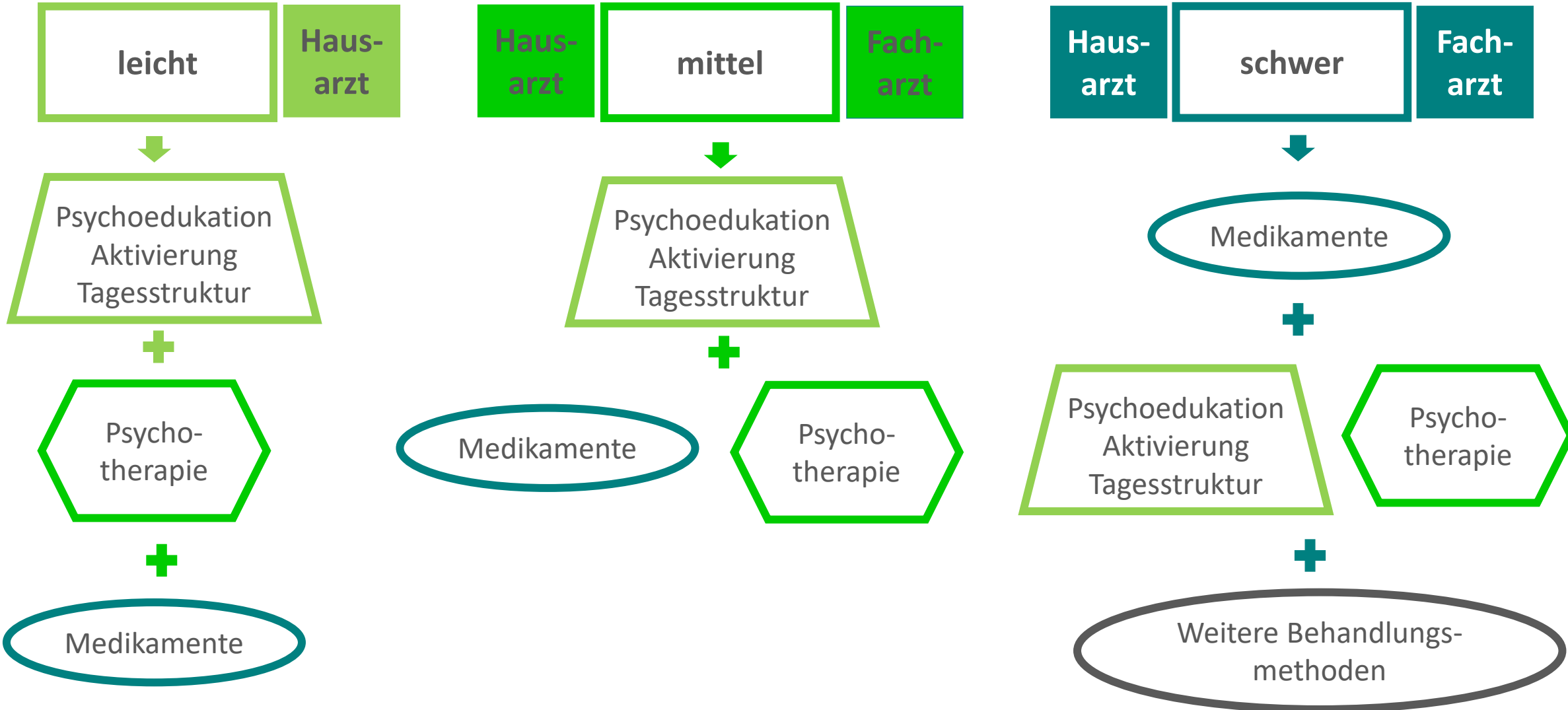


Depression – Fallbeispiel



- Umwelt:
 - belastende Arbeitssituation
 - Verlust von positiven Erlebnissen und Verstärkern
 - Keine Zeit, Kraft, Ruhe mehr für ausgleichende Aktivitäten + Erholung
- Kindheit:
 - hat Aufmerksamkeit durch Leistung erreicht, oft in Konkurrenz mit Geschwistern
 - Eltern leistungsorientiert, wenig emotionaler Ausdruck, Vater arbeitete immer sehr viel, wurde nach einer längeren Krankheitsphase stationär behandelt („Kur“)
 - Familiäres Risiko ?!
- Kognitionen bzgl. der Arbeit:
 - Es ist normal, dass jeder Leistung von mir verlangt
 - Ich bin es anderen schuldig, immer alles zu geben
 - Sich ausruhen heißt, sich schwach zeigen
 - Versagensängste

Depression 4. Behandlung



Depression 4.1 Psychotherapie

Therapieverfahren mit Kassenzulassung:

- (Kognitive) Verhaltenstherapie (KVT)
- Tiefenpsychologische Verfahren
 - Psychoanalyse
 - tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
 - Fokaltherapie

Gemeinsame Studie von Hautzinger (KVT) und Leuzinger-Bohleber (Psychoanalyse):
Beide Verfahren sind **wirksam**, die Psychoanalyse braucht länger

- Systemische Therapie (für Erwachsene)
- Störungsspezifische Therapie, z.B. interpersonelle Therapie (IPT) oder Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Depression 4.2 Pharmakotherapie

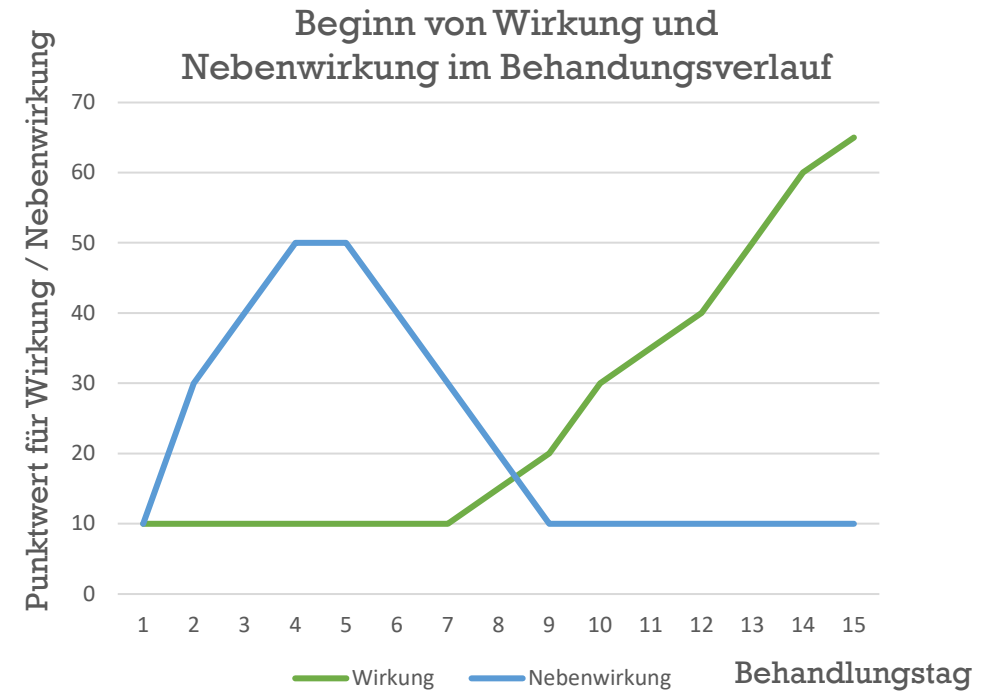


Antidepressiva: Hauptsymptomen im Fokus der Wirkung:

- „stimmungsaufhellend“
- antriebssteigernd
- schlaffördernd (einige)
- gegen innere Unruhe

Depression 4.2 Pharmakotherapie

- verzögerter Wirkeintritt
- Wirkung beginnt meist NACH Beginn der Nebenwirkungen
- anfangs oft zusätzlich Benzodiazepine zur Beruhigung notwendig
- ca. 60% Ansprechrates beim ersten Behandlungsversuch
- **alle zugelassenen Wirkstoffe sind wirksamer als Placebo !**
- Die Einstellung von Patient und Behandler zur Therapie beeinflusst deren Wirksamkeit



Depression 4.2 Pharmakotherapie – Behandlungsdauer

Erhaltungstherapie:

Nach 1. Episode: 4-9 Monate **nach Response** in gleicher Dosis

Mehrere Episoden: 9 Monate + Rezidivprophylaxe in gleicher Dosis bis 2 Jahre nach Response

Probleme beim Absetzen von Antidepressiva:

- Schwindel, Kopfschmerz, Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen
- Dauer: meist wenige Tage bis Wochen
- Ähnlich einer Entzugssymptomatik
- Durch die Einnahme einer antidepressiven Medikation werden aber die Definitions- Kriterien einer Suchterkrankung nicht erfüllt

Ich habe das ideale Tempo für das Absetzen von Antidepressiva!

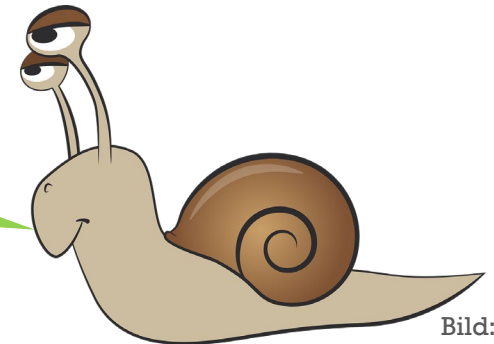


Bild: pixabay

Depression 4.2 Pharmakotherapie

Antidepressiva – „1. Generation“

- Genannt „Trizyklika“ (z.B. Amitriptylin, Saroten)
- ältere Wirkstoffe
- unspezifische Wiederaufnahme-Hemmung
- vergleichbare Wirksamkeit wie neuere Wirkstoffe
- schlechtere Verträglichkeit
- häufige Nebenwirkungen:
 - Müdigkeit
 - Mundtrockenheit
 - Obstipation



Bild: pixabay

Depression 4.2 Pharmakotherapie

Antidepressiva – „2. Generation“

Spezifische Wiederaufnahme-Hemmer

- Serotonin-spezifisch
SSRI (z.B. Citalopram)
- Serotonin + Noradrenalin- spezifisch
SSNRI (z.B. Milnacipran, Venlafaxin, Duloxetin)
- Noradrenalin + Dopamin- spezifisch
NDRI (z.B. Bupropion)

Häufige Nebenwirkungen:

- Unruhe
- Kopfschmerzen
- Übelkeit
- sexuelle Dysfunktion

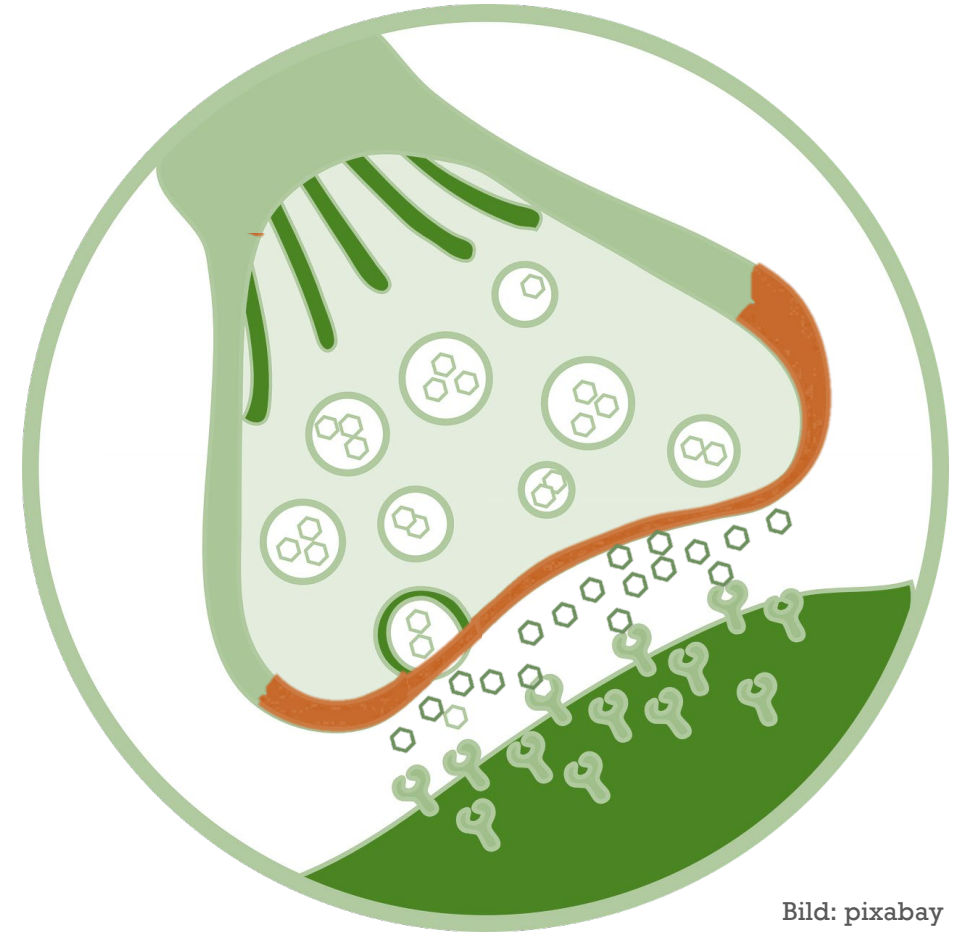


Bild: pixabay

Depression 4.2 Pharmakotherapie



Ketamin-Nasenspray (Spravato)

- seit Dezember 2019 zur Behandlung einer aktuellen mittelschweren bis schweren depressiven Episode bei Erwachsenen zugelassen.
- Die Zulassung für den psychiatrischen Notfall erfolgte im Februar 2021.
- Anwendung in Kombination mit einem oralen Antidepressivum bei :
 - sog. Therapieresistenz: fehlendes Ansprechen auf mind. 2 Antidepressiva
 - psychiatrischem Notfall als akute Behandlung zur schnellen Linderung depressiver Symptome

Depression 4.2 Pharmakotherapie



- Johanniskraut
- Baldrian
- Lavendel

Depression 4.3 Weitere Therapieansätze

- Elektro-Krampf-Therapie (EKT) bei schwerer Depression und
 - unzureichenden medikamentösen Behandlungsoptionen
 - vitaler Bedrohung
 - Notwendigkeit eines raschen Wirkeintritts
- Entspannungs- und Achtsamkeitsübungen
 - als Teil störungsspezifischer Klinikbehandlung
 - innerhalb eines ambulanten Behandlungskonzepts
- Regelmäßige körperliche Aktivität und Sport
Wirkt positiv auf den Spiegel eines wichtigen Wachstumsfaktors für Nervenzellen (BDNF = brain derived neurotropic factor)

Depression – Fallbeispiel



Behandlung:

- Vorstellung beim Hausarzt und Überweisung zum Facharzt :
 - Diagnosestellung
 - Krankschreibung
 - Medikation (Sertralin)
 - Empfehlung Psychotherapie
- Ambulante Psychotherapie (PT)
 - Anfangs wöchentlich, später größere Abstände
- Berufliche Planung:
 - Statt Stunden-Reduktion gestufte Wiedereingliederung mit konkretem Stufenplan

Depression – Umgang mit Betroffenen

- Grundhaltung: „Empathie und Zuversicht“
 - Bereitschaft zu ehrlichem Interesse am Gegenüber
 - Achtsamkeit für eigene und „fremde“ Emotionen
- Offenheit ohne Wertung
 - Bezeugen, was ist/ war
 - Negative Erlebnisse und Emotionen mittragen /mit aushalten
 - Die Einschätzung des Klienten erfragen
- Ehrlichkeit + Transparenz
 - Information zur Erkrankung, Gefahrenpotenzial und Behandlungsmöglichkeiten
 - Klare Abgrenzung bei Grenzüberschreitungen
- Eigene Sicherheit über Vorgehen im Notfall
 - Sich Klarheit verschaffen über das eigene Vorgehen im Notfall
 - Klarheit über Umgang mit Suizidalität
- Bewusstsein für den eigenen Anspruch an sich + andere
 - Grenzen des Möglichkeiten sehen
 - Ambivalenz beachten, nicht unter Druck setzen (lassen)
 - „gnädiger Blick“ auf sich + andere
- Kollegialer Austausch; Balint; Supervision

Depression – Umgang mit Betroffenen

- Vertrauensvollen Kontakt nutzen
- Frühwarnzeichen kennen und ansprechen
- In gesunden Zeiten Vereinbarungen für Krisen treffen
- Ermutigen zur Kommunikation mit den Behandlern, Unterstützung dabei
- Unterstützung bei Inanspruchnahme von Behandlung und Hilfsangeboten
- Lösungen bei chronischen Einschränkungen /Nebenwirkungen suchen
- Wenn möglich Kontakt auch zu Angehörigen
- Gesundheitsförderndes Verhalten unterstützen (Ernährung, Bewegung, Pasing = Energiemanagement)
- Die Anstrengungen lohnen sich, denn:
 - Bereits vor Corona-Pandemie befanden sich nur ca. 60% der psych. Kranken in Therapie. (Brakemeier et al.) – aktuell sind eher noch weniger versorgt.
 - YLD (Years Lived with Disability: Verlust an Lebenszeit durch krankheitsbedingte Behinderung): psychische Erkrankungen liegen mit 22,9% an der Spitze - besonders häufig: Depression

Depression – Take Home

- Häufigste Stimmungserkrankung, oft mehrere Episoden
- zur Krankheitsentstehung tragen maßgeblich bei:
 - negative Umwelteinflüsse und belastende Lebensereignisse und -Umstände
 - Auswirkungen von Risikogenen und Störungen des körpereigenen Stress-Systems
 - Veränderungen von Botenstoffen und Wachstumsfaktoren stören im Gehirn die Funktion und Zusammenarbeit von Hirnzellen und -Regionen
- Betroffene verstehen oft nicht, was passiert. Die Möglichkeit, offen über Symptome zu sprechen ist für viele eine Entlastung (Fragen!)
- Suizidalität ist ein häufiges Symptom – man sollte sich klar darüber sein, wann und wie man danach fragt und wie man mit der Antwort umgeht
- Depression ist gut behandelbar! Bei leichter + mittelschwerer Depression ist Psychotherapie gleich gut wirksam wie Medikation → beide gemeinsam wirken am besten!
- Die Genesung braucht ausreichend Zeit (3-6 Monate); danach ist oft noch ein medikamentöser und /oder psychotherapeutischer Rückfallschutz notwendig
- Regelmäßige körperliche Aktivität und Sport wirken protektiv und fördern die Heilung

Informationenfilm zur Depression



„Ich hatte einen schwarzen Hund“ (dt. Übersetzung von Freunde fürs Leben) – YouTube

<https://www.youtube.com/watch?v=1UiA32Qv4yE>

Pause



Bipolare Störung



1. Epidemiologie
2. Verlauf
3. Symptomatik
4. Diagnostik
5. Ursachen
6. Therapie

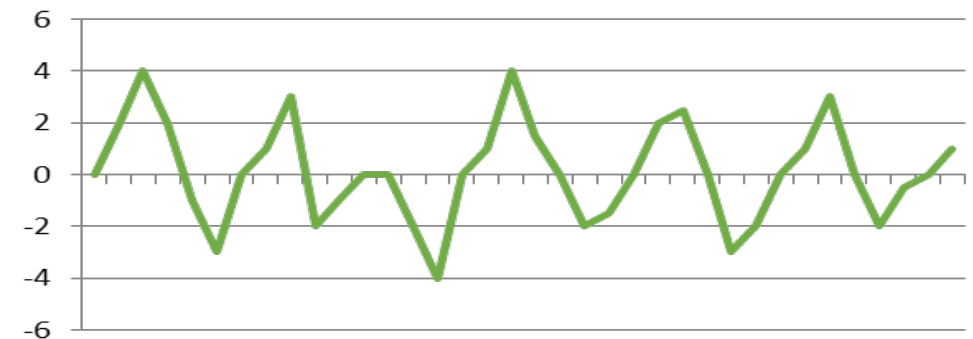
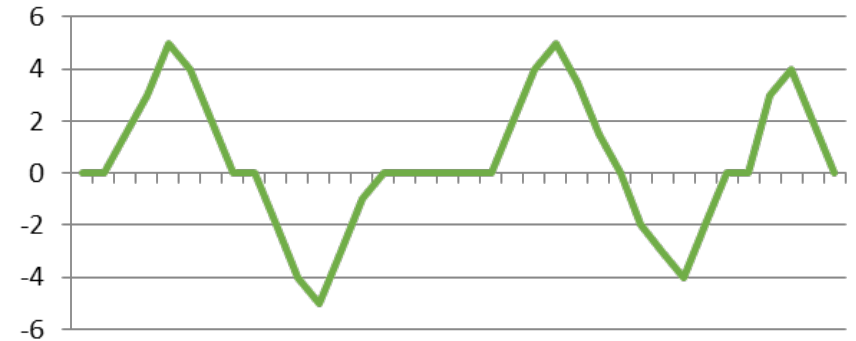
Bipolare Störung 1. Epidemiologie



- zweithäufigste affektive Erkrankung
- Frauen und Männer gleich häufig betroffen
- Lebenszeitprävalenz: 1-2%
- Krankheitsbeginn
 - früher als bei Depression
 - meist mit 16-18 Jahren, Erstdiagnose aber oft später

Bipolare Störung 2. Verlauf

- Wechsel von depressiven Phasen und (hypo-)manischen Phasen
- Depression dauert meist länger (4- 12 Monate) als Manie (Wochen bis wenige Monate)
- Zwischen den Krankheitsphasen symptomfreie Zeiten
- Auch gemischte Phasen möglich
- Bei der Hypomanie grundsätzlich gleiche Symptome aber schwächer und kürzer
- Schlechtere Prognose bei zusätzlichen psychotischen Symptomen
- Rapid Cycling: rascher Wechsel der Phasen, mind. 4 Phasen / Jahr
- *Selten nur manische Phasen → Diagnose: Manie*



Bipolare Störung 4. Symptomatik



Hauptsymptom:

- Stimmung gehoben/euphorische/gereizte

Zusatzsymptome:

- Gefühl großer Energie
- Gesteigerte Aktivität oder Ruhelosigkeit
- Rededrang, Bewegungsdrang
- Sprunghaftes Denken, Konzentrationsstörungen
- Verlust sozialer Hemmungen
- Selbstüberschätzung bis Größenwahn, Leichtsinnigkeit, Geld-Ausgeben
- Vermindertes Schlafbedürfnis
- Psychotische Symptome (z.B. Größen- und Verfolgungswahn)
- Fehlendes Krankheitsgefühl und –Einsicht
- Fehlender Behandlungswunsch

Bipolare Störung 4. Symptomatik – Fall



- 25- jähr. Patient, wird von der Polizei vorgestellt
- hatte auf dem Marktplatz Gitarre gespielt, Passanten angesprochen, laut gesungen und auf Aufforderung zur Ruhe verbal aggressiv reagiert, redete “ohne Punkt + Komma“
- ein Gespräch war kaum möglich, er war extrem unruhig
- sprunghafter Gedankengang
- Gott habe ihn beauftragt Musik zu machen
- Hatte seit 3 Tagen kaum geschlafen, kaum gegessen
- Kein Leidensdruck, keine Krankheitseinsicht

Bipolare Störung 5. Diagnostik



- mindestens 1 Woche lang Hauptsymptome und
- 3 Wochen lang mehrere Zusatzsymptome

Einteilung des Schweregrades

- Hypomanie
- Manie

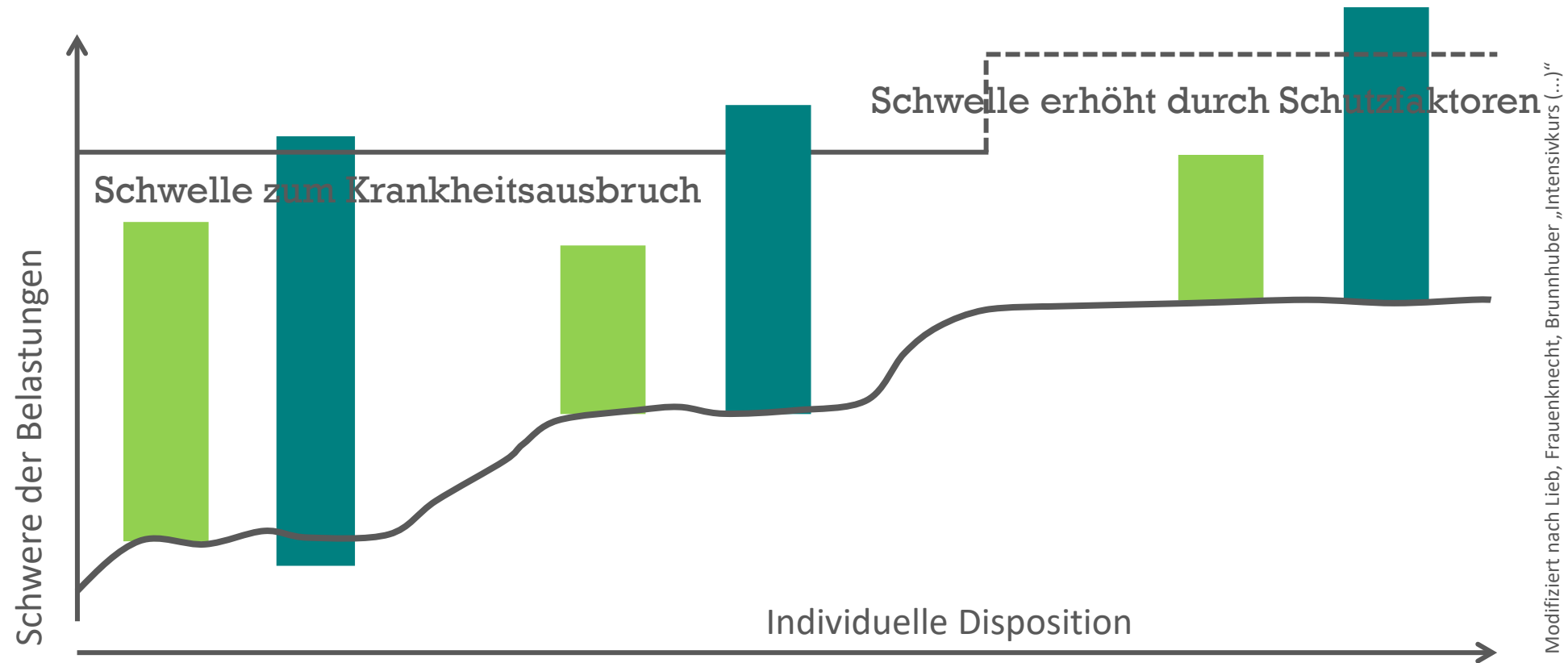
mit/ohne psychotische Symptome

- Halluzinationen
- Wahn

Die Diagnose kann frühestens nach zwei Krankheitsphasen gestellt werden

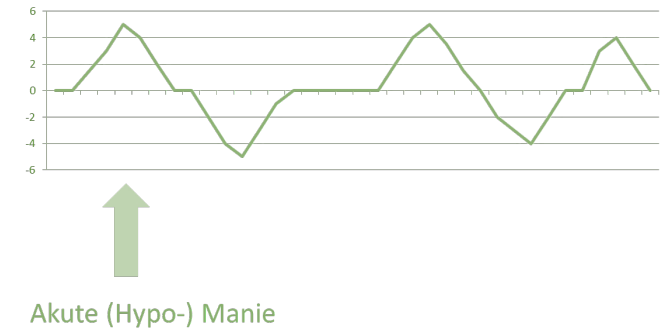
Bipolare Störung 3. Ursachen

- multifaktorielle Genese (ähnlich Depression und andere psychische Erkrankungen)
- genetische Faktoren besonders relevant:
 - 1 Elternteil erkrankt → Kind hat 10%ige Wahrscheinlichkeit zu erkranken



Bipolare Störung 6. Behandlung – akute Manie

- Behandlung erschwert durch fehlende Krankheitseinsicht
- medikamentöse Behandlung meist unumgänglich
- meist rascher Wirkeintritt (Stunden bis Tage)
- zusätzlich Abschirmung von Außenreizen wichtig (stationäre Behandlung)
- neben spezifischer Medikation anfangs meist zusätzlich Benzodiazepine (Lorazepam = Tavor) notwendig



Bipolare Störung 6. Behandlung – akute Manie

- **Stimmungsstabilisierer:**
 - Lithium
 - Valproinsäure (Ergenyl Chrono u.a.)
- **Antipsychotika** (vor allem bei psychotischen Symptomen und guten Vorerfahrungen), am häufigsten:
 - Aripiprazol (Abilify)
 - Olanzapin (Zyprexa)
 - Quetiapin (Seroquel)
 - Risperidon (Risperdal)

Bipolare Störung 6. Behandlung – Fall

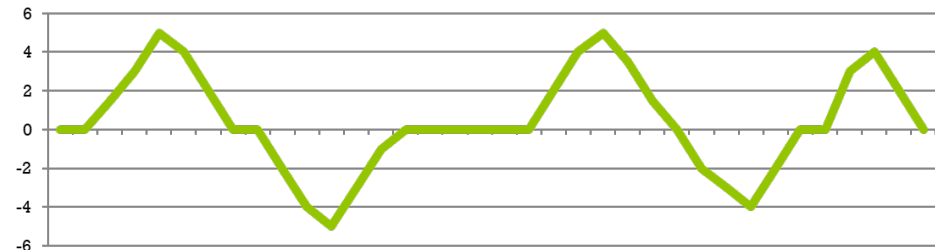


- Nach Vorstellung durch Polizei fürsorglich zurückgehalten
- Fremdanamnese mit Angehörigen zur Diagnosesicherung war möglich
- Engmaschige Betreuung auf geschlossener Station, Versorgung mit Essen und Getränk
- Antrag auf Unterbringung wegen akuter Eigengefährdung
- Überzeugungsarbeit bzgl. Einnahme einer Medikation, akzeptierte schließlich Lorazepam um schlafen zu können, nachdem er realisierte, dass er bleiben musste

Bipolare Störung 6. Behandlung – Rückfallschutz

- Stimmungsstabilisierer:
 - Lithium
 - Valproinsäure (Ergenyl chrono u.a.)
 - Lamotrigin (Lamictal)
 - Carbamazepin (Tegertal retard)
- Antipsychotika, am häufigsten:
 - Aripiprazol (Abilify)
 - Olanzapin (Zyprexa)
 - Quetiapin (Seroquel)

Schützen vor
Rückfällen in Manie
UND Depression

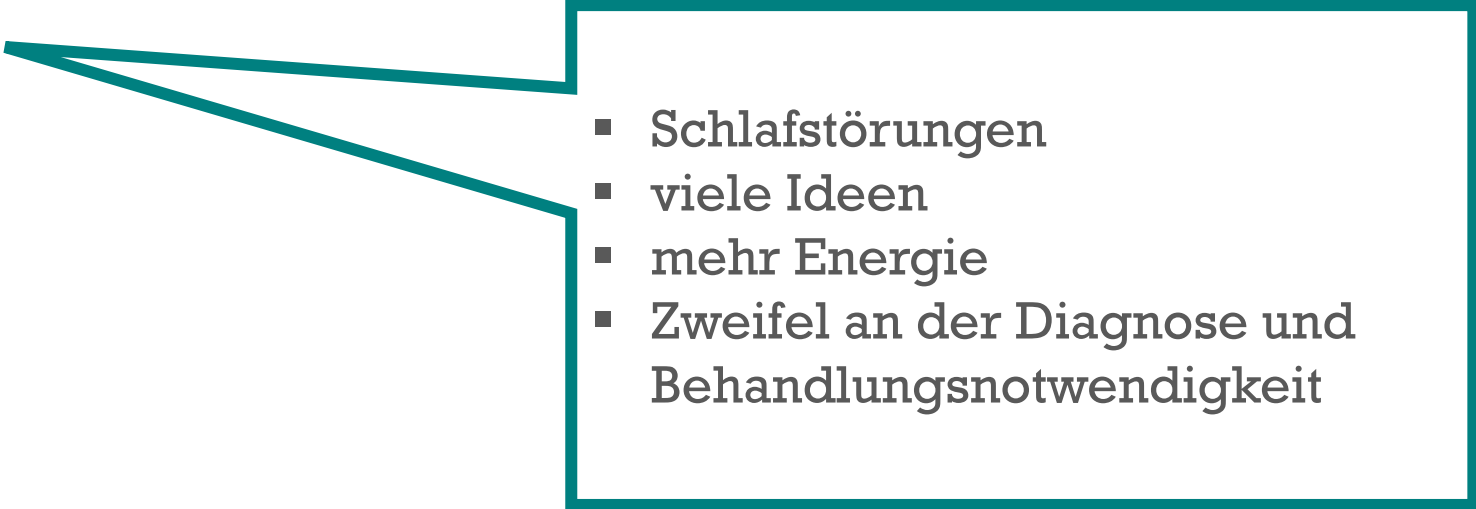


Bipolare Störung 6. Behandlung – Rückfallschutz

Zusätzlich zur medikamentösen Behandlung :

Psychoedukation

- Krankheitsverständnis
- Risikofaktoren (Drogen, „Stress“)
- Frühwarnzeichen

- 
- Schlafstörungen
 - viele Ideen
 - mehr Energie
 - Zweifel an der Diagnose und
Behandlungsnotwendigkeit

Bipolare Störung 6. Behandlung – Rückfallschutz



Zusätzlich zur medikamentösen Behandlung :

Psychotherapie: Krankheitsbewältigung – Umgang mit:

- Chronischer Erkrankung und Rückfallrisiko
- Kommunikation gegenüber Familie/ Freunden
- Individuelle Belastungsfaktoren
- Situation in Familie, Beruf, Partnerschaft

Bipolare Störung 6. Behandlung – Rückfallschutz



Zusätzlich zur medikamentösen Behandlung :

Unterstützung bei der Lebensführung und Gesundheitsförderung:

- soziale und berufliche Teilhabe, Selbstständigkeit (Reha, Eingliederungshilfe)
- Tagesstruktur, Beschäftigung, Kontakte
- körpermedizinische Versorgung
- Selbsthilfe – auch für Angehörige

Bipolare Störung 6. Behandlung – Fall



- Unterbringung für drei Wochen
- Im Verlauf stimmte er seiner früheren Medikation (Valproinsäure) zu
- Darunter schneller Symptomrückgang
- Leichte depressive „Nachschwankung“
- Freiwillig mit weiterem Aufenthalt einverstanden
- Verlegung auf offene Station
- Beteiligung des Sozialdienstes
- Angehörigengespräche

Bipolare Störung – Take Home



- zweithäufigste Stimmungserkrankung nach Depression
- Verlauf in Phasen mit Wechsel zwischen Depression und (Hypo-)Manie
- Akut-Phase Manie: immer medikamentöse (+ meist stationäre) Behandlung notwendig
- Depressive Phasen: ab mittelgradiger Ausprägung ist Behandlung mit Medikation sinnvoll
- Im (gesunden) Intervall:
 - medikamentöser Rückfallschutz
 - zusätzlich Psychotherapie / Psychoedukation
 - Unterstützung bei der Lebensführung und Gesundheitsförderung



Bild: Lum3n auf pexels

Burnout – Begriffsklärung



ICD 10:

- Burnout ist nicht registriert als eigenständige Erkrankung, aber als „Z-Diagnose“:
- „Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ (ICD 10: Z73.0)
- Eine Behandlung erfolgt meist, wenn Folge-Erkrankungen auftreten (Anpassungsstörung, Depression, körperliche Probleme wie Bluthochdruck)

ICD 11: Syndrom verursacht durch chronischen Stress am Arbeitsplatz, der nicht erfolgreich bewältigt wird

- 3 Merkmale, die speziell im beruflichen Kontext auftreten:
 1. Erschöpfung /Energie-Verlust
 2. Mentale Distanz zur Arbeit/ Gefühle von Negativismus oder Zynismus in Bezug auf die Arbeit
 3. Gefühl der Ineffektivität und Mangel an Leistung
- Burnout ist ein wichtiger Risikofaktor für psychische und körperliche Erkrankungen!

Burnout – Vorkommen

DEGS: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS)

- November 2008 bis Dezember 2011
- Bundesweit repräsentative Daten
- Kombination aus Befragungen und Untersuchungen
- Erwachsene Bevölkerung in Deutschland (N = 7987)
- Zusatzmodul psychische Gesundheit DEGS1-MH (N = 5317)

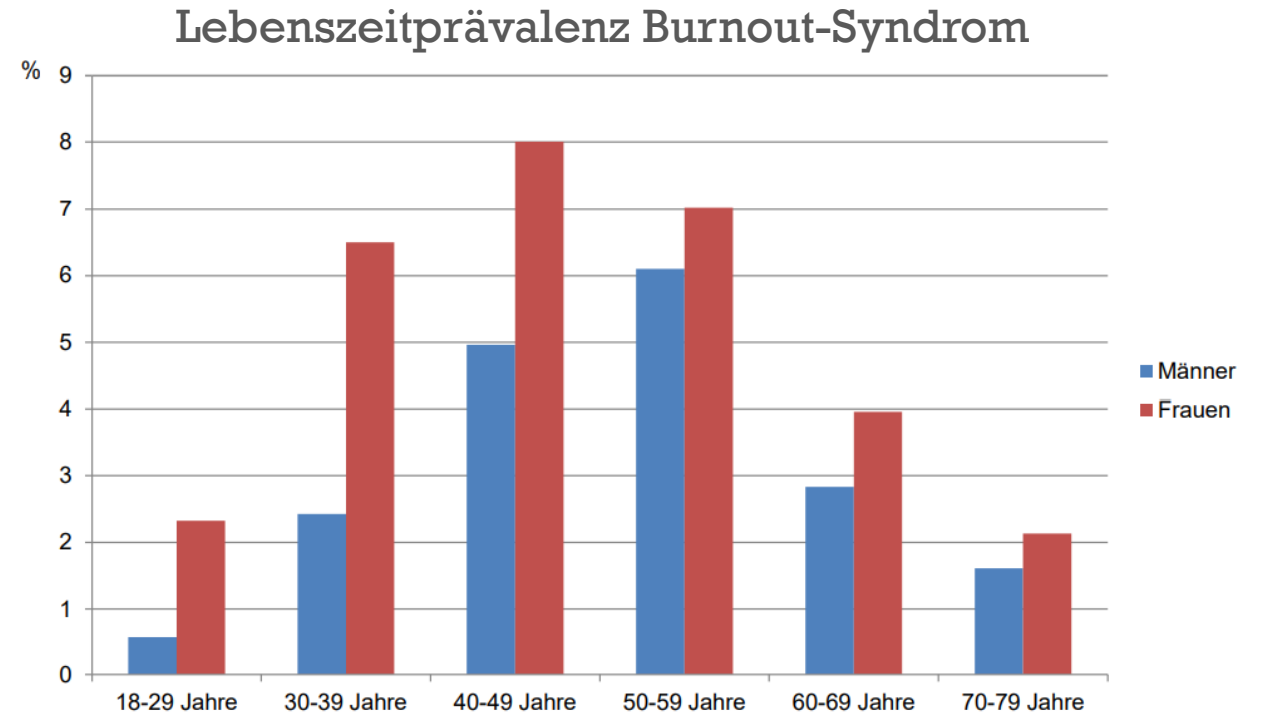


Bild: RKI, DEGS; <https://www.bfr.bund.de/cm/343/psychische-gesundheit-in-der-bevoelkerung-aktuelle-daten-und-hintergruende.pdf>

Burnout + Depression – wie Arbeit krank machen kann



I. Digitalisierung

- Ständige Anpassungsleistung bei Neuerungen, ständige Erreichbarkeit
- Je komplexer die Umwelt, desto höher die Depressionsrate

II. Arbeitstempo und –Verdichtung

- Dauer-Aktivierung des vegetativen Nervensystems – Stresshormone + Muskelspannung ↑

III. Selbstwirksamkeit und Einflussnahme-Möglichkeiten

- Fehlende Anerkennung für Anstrengung / eigene Leistung
- Gefühl der Ausweglosigkeit / übergangen oder abgeschoben zu werden

IV. Persönliche Faktoren

- Biologische und genetische „Ausstattung“
- Erziehung und Sozialisation, Wertesystem, traumatische Erfahrungen
- Sozialer Rückhalt
- Andere Lebensbereiche neben der Arbeit, die stärkende Erfahrungen ermöglichen

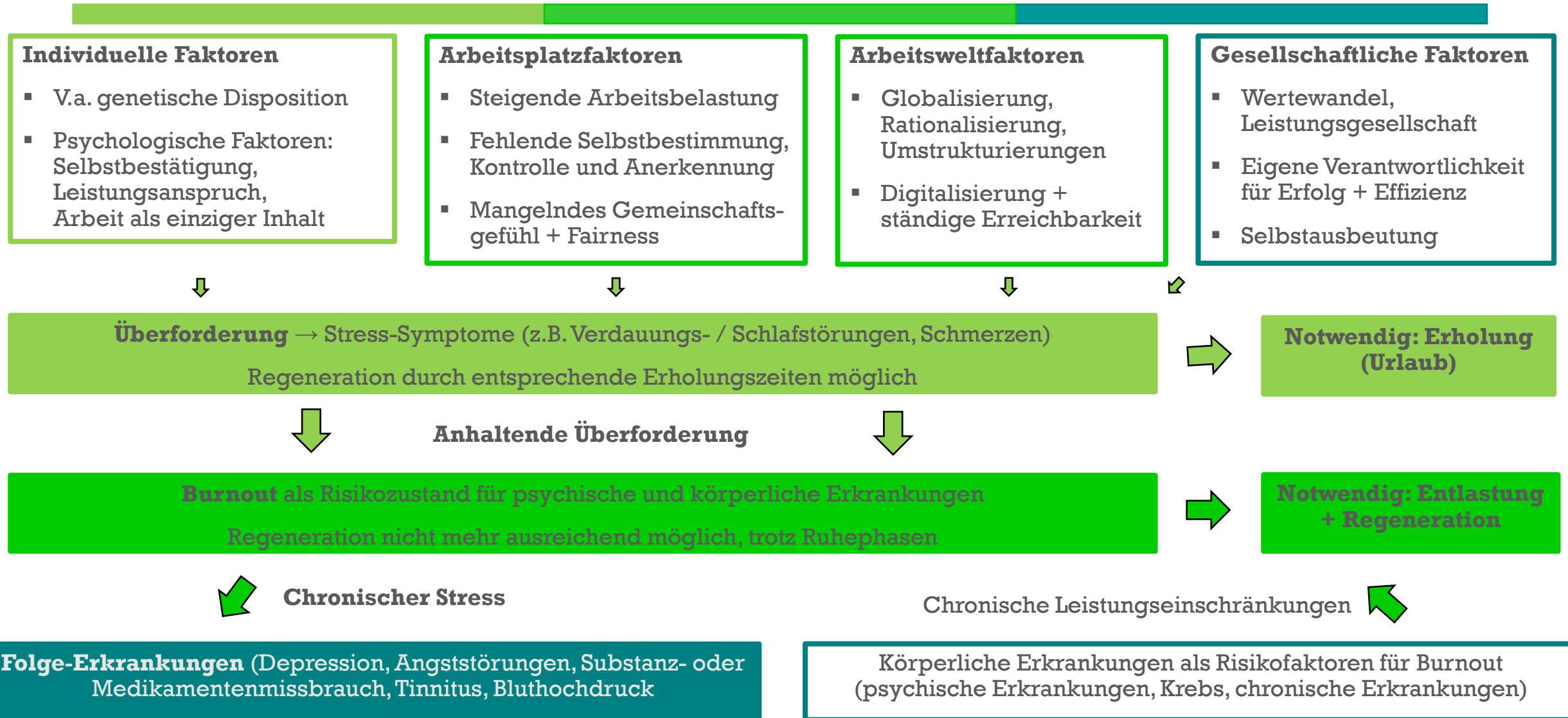
Burnout + Depression – wie Arbeit krank machen kann

Ausschlaggebender Faktor: Führungsstil im Unternehmen

- Fehlzeitenreport der AOK 2022: Befragung von 2500 Erwerbstätigen zum Führungsstil in ihrem Unternehmen (wie fair, sozial verantwortlich, gemeinwohlorientiert, ökologisch und nachhaltig)
 - Führungsstil verantwortungsvoll: durchschnittlich 9,7 Fehltage innerhalb 1. Jahres
 - Führungsstil „schlecht“ durchschnittlich 14,2 Fehltage innerhalb 1. Jahres
 - Unzufriedene Beschäftigte:
 - Ca. 30% höhere Werte für Angabe von psychosomatischen Beschwerden
 - Ca. 20% höhere Werte für körperliche Symptome (Rücken- oder Kopfschmerzen)
- übergeordneter protektiver Faktor bzgl. Burnout- Entwicklung:
 - Unterstützung und Ansprechbarkeit des Vorgesetzten
 - Regelmäßige Erholungs- und Pausenzeiten

Burnout – Ursachen

in Anlehnung an das Positionspapier zum Burnout der DGPPN



Burnout – Prävention: Arbeitgeber



DGPPN - Studie zu psychosozialen Risiken bei der Arbeit:

- Seit 2013: zur verpflichtenden Gefährdungsbeurteilung des Arbeitsplatzes durch den Arbeitgeber gehört auch die mögliche Gefährdung durch psychische Belastungen
- Grundlage: EU-Rahmenrichtlinie über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit
- Berücksichtigt wird bspw. :Wechselschicht, emotionalen Anforderungen, Mitbestimmung der Arbeitnehmer bzgl. Arbeitsreihenfolge und -Pensum, Zeitdruck, Möglichkeit von Pausen
- Die Position der Betriebsärzte sollte gestärkt und ihr Aufgabenfeld ausgeweitet werden
- Deutschland im europäischen Vergleich im Mittelfeld bzgl. Konsequenzen / Ahndung von Verstößen

Burnout – Prävention: Arbeitnehmer

Individuelle Möglichkeiten zur Einflussnahme:

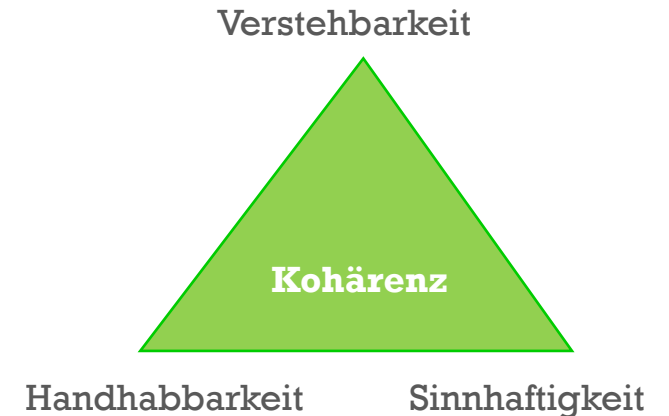
- Ressourcen in anderen Lebensbereichen nutzen
- Werte und Ansprüche an Arbeit und eigene Leistung klären
- Achtsamkeit gegenüber Frühwarnzeichen
- Soziale Kontakte
- Unterstützung suchen
 - Hausarzt:
 - Diagnose klären, zentraler Ansprechpartner
 - ggf. Überweisung zu Facharzt/Psychotherapie/ Reha- Antrag
 - körperliche Begleiterkrankungen behandeln
 - Zusammenarbeit mit Betriebsarzt
 - Psychotherapie – Evidenz hat: kognitive Verhaltenstherapie, Therapie nicht mit dem Ziel, Betroffene nur fit zu machen für den Verbleib /die Rückkehr in die schlechten Arbeitsbedingungen
 - Betriebsarzt
 - Beratung bzgl. Kommunikation der Beschwerden im Unternehmen
 - Vermittlung zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber
 - Erarbeitung individueller Entlastungsmöglichkeiten an der Arbeit
 - Beratung bzgl. Schwerbehinderung



Bild: Lum3n auf pexels

Resilienz

- Fähigkeit zur Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung der psychischen Gesundheit während bzw. nach stressvollen Lebensereignissen Leibnitz-Institut für Resilienzforschung (LIR) Mainz, 2014
- Bedeutet nicht Freiheit von Belastungen und negativen Gefühlen, sondern deren „Integration“
- Historischer „Impulsgeber“: Modell der Salutogenese von israelisch – amerikanischer Medizinsoziologe Aaron Antonovsky (1923-1994)
 - Über gesamte Lebensspanne bewegen wir uns auf einem Kontinuum zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit
 - Die ganze Person und ihre Lebensumstände sehen, ihre Ressourcen stärken
 - zentraler Wirkfaktor = Kohärenzgefühl: Gefühl des **Vertrauens**, dass die **Anforderungen** des Lebens **strukturiert, vorhersagbar** und **erklärbar** sind und **Ressourcen** verfügbar sind um ihnen gerecht zu werden und, dass die Anforderungen **den Einsatz wert** sind und die Anstrengung **Sinn** ergibt.



Resilienz



Resilienz- Forschung:

- Sieht Kohärenzgefühl als einer der Schutzfaktoren, die Resilienz ausmachen
- Versucht Resilienzfaktoren zu identifizieren
- und Präventionsmaßnahmen daraus abzuleiten und sie zu evaluieren
- Bsp: Intervention zur Resilienz-Förderung am Leibnitz-Institut für Resilienzforschung (LIR) in Mainz: Gruppen- Training für mehr:
 - Kognitive Flexibilität (Denkmuster und Leistungserwartungen, Bewertung von Belastungen)
 - Soziale Kontakte
 - Problemlösekompetenz
 - Erleben positiver Emotionen
 - Selbstwirksamkeitserleben
- Relevante Themen im beruflichen Kontext: „Nein-Sagen“ lernen
 - Abgrenzung gegenüber Anforderungen und Überforderung wird oft verhindert durch Angst vor negativer Einschätzung durch andere und negativen Gefühlen anderer
- Bsp: „The road to resilience“, American Psychological Association (2008)

Resilienz - „The road to resilience“ American Psychological Association 2008:

1. Bemühen Sie sich um soziale Beziehungen → **Gute Beziehungen in /außerhalb d. Familie, Hilfe annehmen, soz. Engagement, selbst helfen, für Kinder ausschlaggebend: verlässliche Bezugsperson**
2. Betrachten Sie Krisen als überwindbare Probleme → **über die aktuelle Situation hinausschauen**
3. Akzeptieren Sie, dass Veränderung Teil des Lebens ist → **Dinge akzeptieren, die nicht veränderbar sind**
4. Streben Sie danach, ihre Ziele zu erreichen → **realistische Ziele und kleinschrittiges Vorgehen**
5. Entschließen Sie sich zum Handeln → **nicht vermeiden, sondern „ins Tun kommen“**
6. Suchen Sie nach Möglichkeiten, um „sich selbst zu finden“ → **was hat die Krise bewirkt: persönliche Entwicklung, engere Beziehungen, sich bewährt haben, Wert des Lebens schätzen, Spiritualität**
7. Fördern Sie ein positives Selbstbild → **vertrauen auf die eigenen Fähigkeiten**
8. Betrachten Sie Situationen nüchtern → **Langzeit-Perspektive sehen, Katastrophisieren vermeiden**
9. Behalten Sie eine optimistische Erwartungshaltung bei → **Zuversicht, dass (auch) Gutes geschehen wird**
10. Sorgen Sie für sich selbst → **eigene Bedürfnisse und Gefühle wahrnehmen, nicht übergehen**

Resilienz



Weiterführende Beschäftigung mit dem Thema:

- Leibniz-Institut für Resilienzforschung Mainz: Online-Training zur Stärkung der Stress-Resilienz: <https://www.resilienz.aufkursbleiben.uni-mainz.de>

Danke für Ihre Aufmerksamkeit



Fragen?

Quellen

1. Ulfert Hapke Robert Koch Institut (RKI) Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Psychische Gesundheit in der Bevölkerung Aktuelle Daten und Hintergründe, DEGS Studie zur Gesundheit Erwachsener, <https://www.bfr.bund.de/cm/343/psychische-gesundheit-in-der-bevoelkerung-aktuelle-daten-und-hintergruende.pdf>, Abruf 17.10.2022
2. Dieter Korczak, Monika Wastian, Michael Schneider; Therapie des Burnout-Syndroms, HTA-Bericht 120 im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit 2012
3. Dr. med. Ulrike Hein-Rusinek; Burnout – Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), ASUpraxis | Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 47, 6, 2012
4. Psychosoziale Risiken bei der Arbeit: Gefahren erkennen und Schutz verstärken, DGPPN www.dgppn.de, Abruf 09/2022
5. J. Bengel, L. Lyssenko; BZgA, 2012: Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter, ISBN: 978-3-942816-22-9; [BZgA Förderung der psychischen Gesundheit Das Employee Assistance Program.pdf](#)
6. Nora Schmitt-Sausen: „Neinsagen ist erlaubt“, Deutsches Ärzteblatt, Spezial, 122. DÄT, Mai 2019
7. Interview mit Klaus Lieb, wissenschaftlicher Geschäftsführer des Leibniz-Institut für Resilienzforschung, Deutsches Ärzteblatt, April 2021, www.aerzteblatt.de; Abruf Oktober 2022
8. American Psychological Association: The road to resilience; <https://uncw.edu/studentaffairs/committees/pdc/documents/the%20road%20to%20resilience.pdf>, Abruf oktober 2022
9. Ärztezeitung: „Esketamin-Nasenspray erhält EU-Zulassung“, Veröffentlicht: 20.12.2019, Abruf Oktober 2022: <https://www.aerztezeitung.de/Medizin/Esketamin-Nasenspray-erhaelt-EU-Zulassung-405214.html>