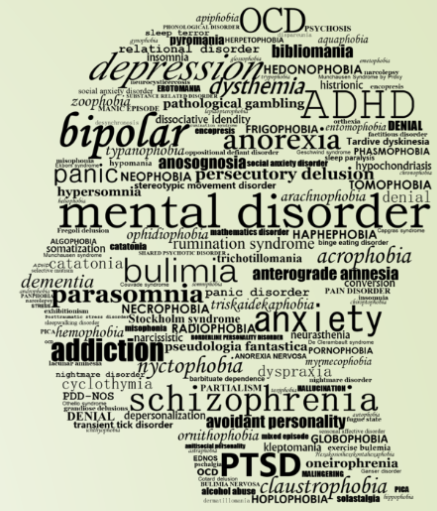




Psychische Krisen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Handlungsmöglichkeiten in der pädagogischen Arbeit



MIRKO KUHN

SUPERVISION | COACHING
PAAR- & FAMILIENTHERAPIE
PSYCHOTHERAPIE

www.mirko-kuhn.de

Themenüberblick

- ▶ Allgemeines zu psychischen Auffälligkeiten und Störungen
 - ▶ Was ist eine psychische Erkrankung?
 - ▶ Wie entstehen psychische Erkrankungen? Fokus Adoleszenz
- ▶ Typische Störungsbilder bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen
 - ▶ Depression & Suizidalität
 - ▶ Angststörungen
 - ▶ AD(H)S
 - ▶ Posttraumatische Belastungsstörung
 - ▶ Essstörungen
 - ▶ Autismus-Spektrum-Störungen
- ▶ Was tun bei einem Verdacht auf eine psychische Störung?
- ▶ Wohin kann man sich wenden?

Was ist eine psychische Erkrankung?

Die Definition des Begriff „psychische Störung“ erfolgt unter Berücksichtigung verschiedener Dimensionen. Es handelt sich dabei um

- Zustände von Menschen, bei denen sich das **Erleben, Denken und Verhalten** dieser Personen **weit außerhalb gegenwärtig geltender sozialer und statistischer Normen** abspielt,
- die persönliches **Leid** bei sich selbst oder anderen verursachen,
- zu einer **Beeinträchtigung der Lebensführung** führen und / oder
- durch **unangemessenes Verhalten** geprägt sind.

Dabei reicht es einerseits nicht aus, dass ein Merkmal in einer dieser Dimensionen besonders ausgeprägt ist, andererseits müssen auch nicht alle Kriterien erfüllt sein.

Normal oder gestört?

Schüchternheit

Übervorsicht

Rituale

Gewissenhaftigkeit

SSV als Hüteruf
oder Trend

DIAGNOSE

Generalisierte
Angststörung

Zwangs-
störung

Borderline-
Persönlichkeits-
störung

Soziale
Phobie

Essstörung

Depression

Unsicherheit in
Beziehungen

ADHS

DIAGNOSE

Melancholie

Störung des
Sozialverhaltens

Mode

Intensive
Emotionalität

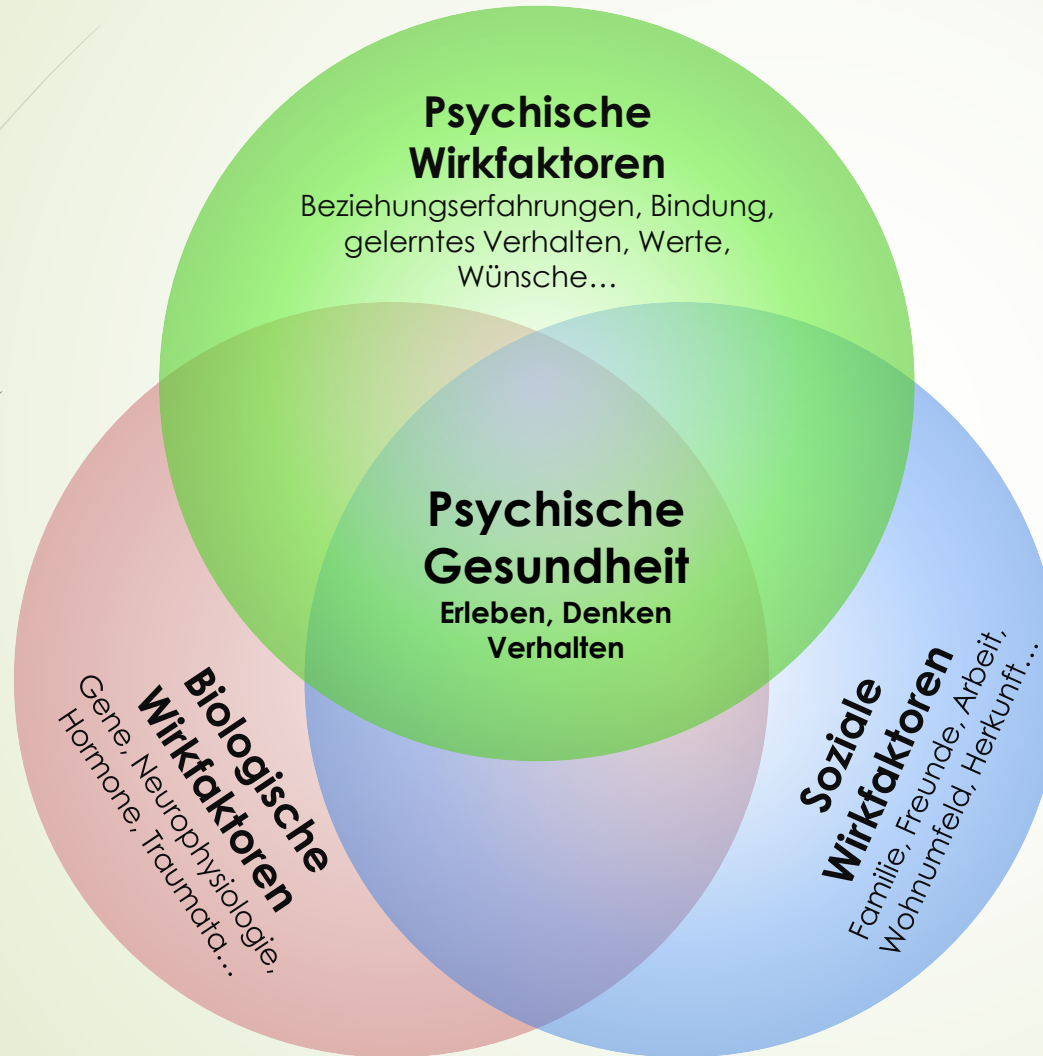
Durchsetzungsstärke

Lebendigkeit

Pathos

Selbstsicherheit

Das bio-psycho-soziales Paradigma



Ganzheitliche Sichtweise:

Der Mensch stellt eine Körper-Seele-Einheit dar, alle psychologischen und physiologischen Prozesse finden gleichzeitig statt.

Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Z.B. Gendefekt, Sauerstoffmangel während der Geburt, Infektion der schwangeren Mutter

Biologische
Prädisposition



Vulnerabilität



Belastungen

Z.B. gute soziale Einbindung, Bildung, finanzielle Ressourcen, Arbeit, gute Wohnsituation, Unterstützungsangebote

Schutzfaktoren



Risikofaktoren

Z.B. niedriger sozioökonomischer Status, Arbeitslosigkeit, Feindseligkeit/Konflikte i.d. Familie, wenig/keine Freunde, delinquentes Umfeld, hohe Gesamtbelastung

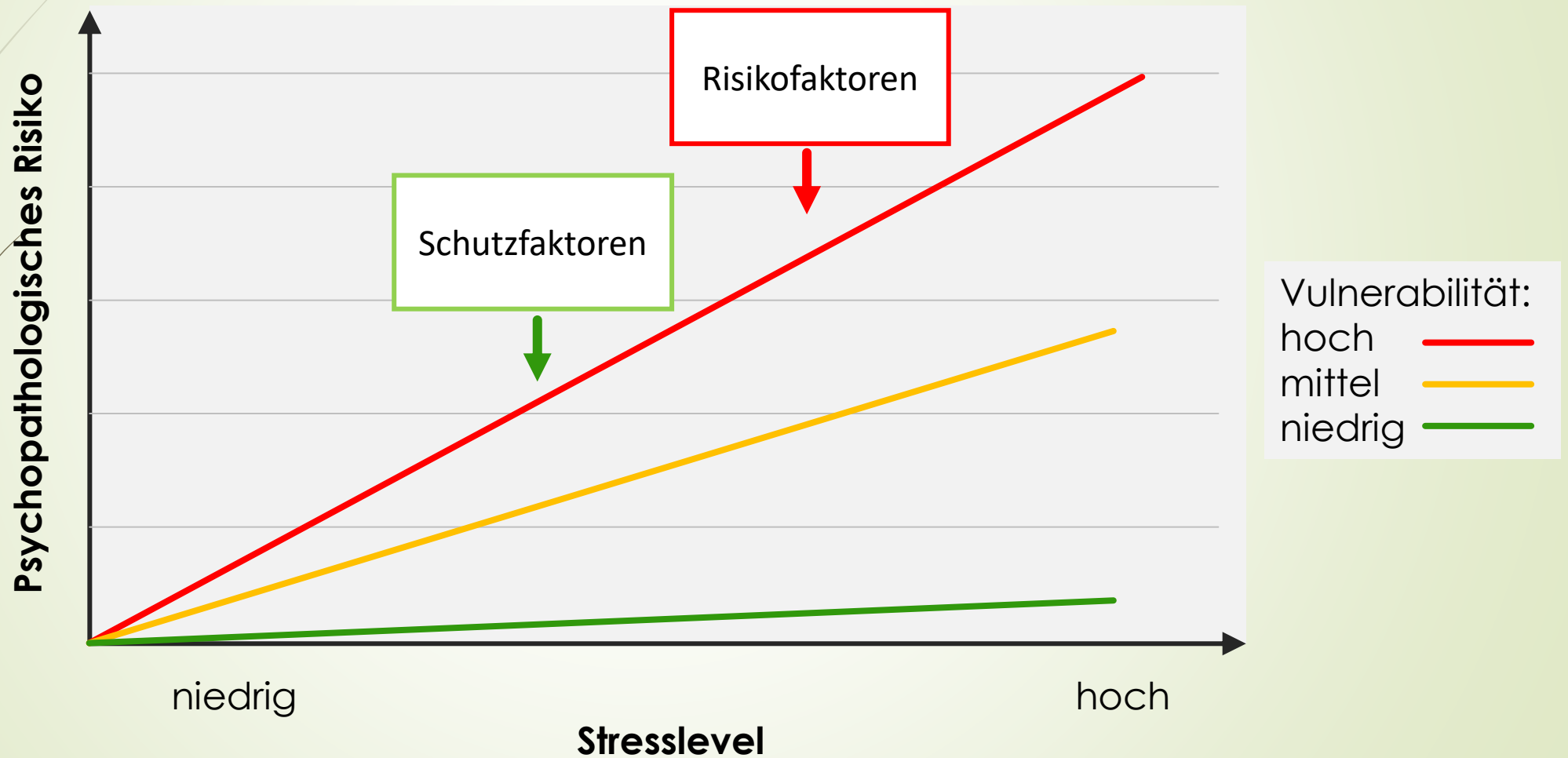
Störung /
Aufrechterhaltung

Psycho-soziale
Prädisposition

Z.B. Temperament, körperlicher oder emotionaler Missbrauch, ungünstige Bindungserfahrungen, überprotektives oder strenges Erziehungsverhalten der Eltern, körperliche Erkrankungen, Entwicklung sozialer und emotionaler Kompetenzen

Akut: z.B. Unfall, Beziehungsabbruch, Kündigung, Umzug, Krieg, Pubertät, Hochzeit, Renteneintritt
Chronisch: z.B. Überlastung bei der Arbeit, familiäre Konflikte

Vulnerabilitäts-Stress-Modell



Risiko- und Schutzfaktoren am Arbeitsplatz

Risikofaktoren

Hohe Arbeitsanforderungen mit wenig Kontrolle über die Aufgaben

Mangel an Unterstützung von Kolleg*innen und / oder der Führungskraft

Hoher Einsatz bei zu wenig Belohnung und / oder Anerkennung (z.B. finanziell oder geringe Aufstiegsmöglichkeiten)

Mobbing, Diskriminierung und Belästigung

Ungerechte Behandlung

Überstunden / lange Arbeitszeiten

Unzureichende Arbeitsmittel oder -strukturen

Unklare Rollendefinition

Schutzfaktoren

Transparenz

Information und Kommunikationsmöglichkeiten

Ganzheitlichkeit der Aufgaben

Partizipationsmöglichkeiten

Tätigkeitsspielräume

Feedback

Kooperationsmöglichkeiten

Soziale Unterstützung

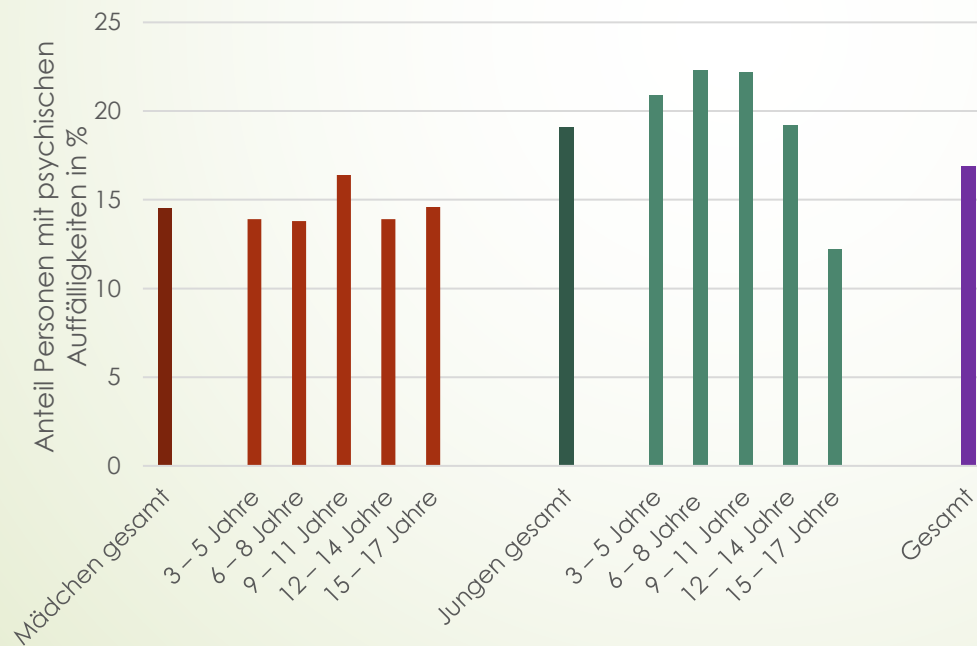
Abwechslung

Anforderungsvielfalt

Sinnhaftigkeit der Arbeit

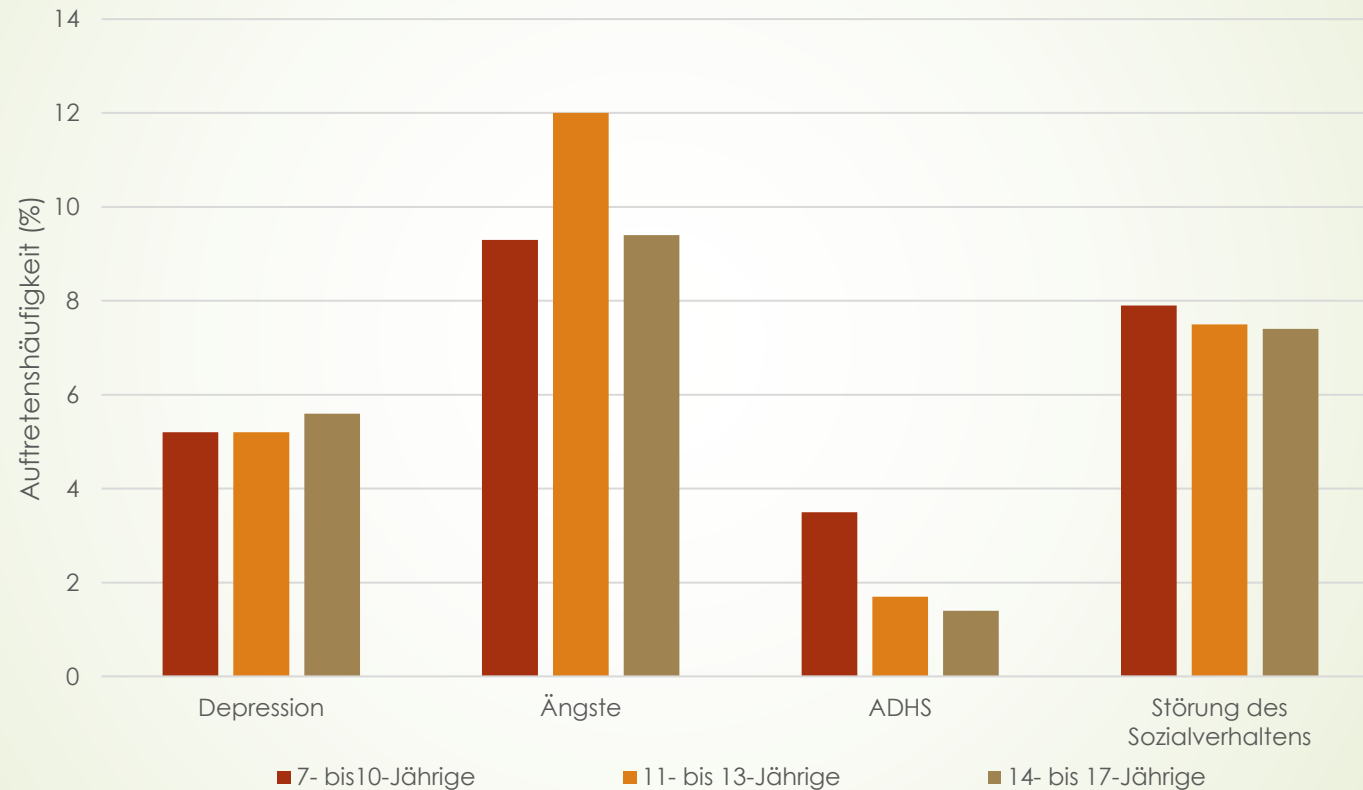
Häufigkeiten psychischer Auffälligkeiten

- Der größte Teil der Adoleszenten entwickelt sich unauffällig!
- Aber: ein großer Anteil dieser Gruppe ist psychisch belastet
- Heranwachsende mit psychischen Auffälligkeiten entsprechend der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (Robert Koch-Institut) von 2018:



	%
Mädchen gesamt	14,5
3 – 5 Jahre	13,9
6 – 8 Jahre	13,8
9 – 11 Jahre	16,4
12 – 14 Jahre	13,9
15 – 17 Jahre	14,6
Jungen gesamt	19,1
3 – 5 Jahre	20,9
6 – 8 Jahre	22,3
9 – 11 Jahre	22,2
12 – 14 Jahre	19,2
15 – 17 Jahre	12,2
Gesamt (Mädchen und Jungen)	16,9

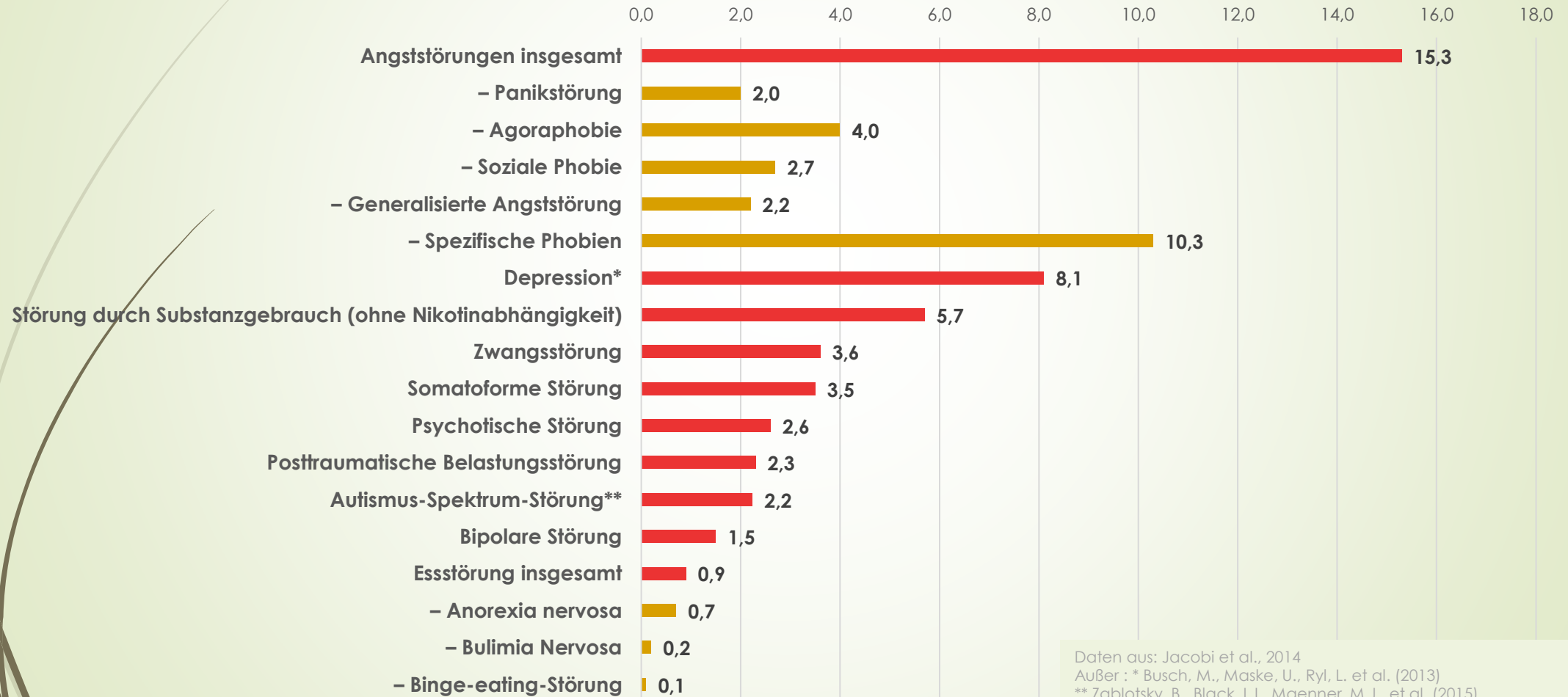
Wie oft tritt in welchem Alter welche Störung auf?



Ravens-Sieberer et al. (2007)

Wie oft tritt bei Erwachsenen welche Störung auf?

Anteil (%) der erwachsenen Personen in Deutschland bei denen eine psychische Störung diagnostiziert wurde (12-Monats-Prävalenz)




Beginn psychischer Störungen



Giedd et al. (2008)

50 % der Personen, die im Erwachsenenalter an einer psychischen Erkrankung leiden, sind erstmalig vor ihrem 14. Lebensjahr an einer psychischen Störung erkrankt! (Kessler et al., 2005)

→ Psychische Störungen im Jugendalter als Schrittmacher für psychische Störungen im Erwachsenenalter!



Psychosoziale Herausforderungen in der Spätadoleszenz *

1. Körperliche Veränderungen akzeptieren
2. Weltanschauung entwickeln
3. Ablösung von den Eltern
4. Anschluss an eine altersangemessene soziale Gruppe
5. Eingehen einer verbindlichen Partnerschaft
6. Eigenständig wohnen
7. Entscheidungen zur Berufswahl treffen
8. Verantwortung für die Konsequenzen der eigenen Handlungen übernehmen
9. Staatsbürgerliche Verantwortung übernehmen

Inzwischen wird die Zeit des Übergangs zum Erwachsenenalter bis zum Ende des 3. / Anfang des 4. Lebensjahrzehnts ausgedehnt!

* Entsprechend der Entwicklungsaufgaben nach Havighurst – siehe Oerter und Dreher 2008, S. 281



Psychosoziale Herausforderungen in der Spätadoleszenz - Identitätsfindung

Die als Entwurf und Etablierung eines Selbstkonzeptes verstandene Identitätsentwicklung stellt den Fokus der Persönlichkeitsentwicklung während der Adoleszenz dar.

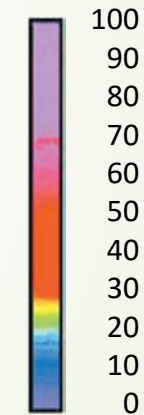
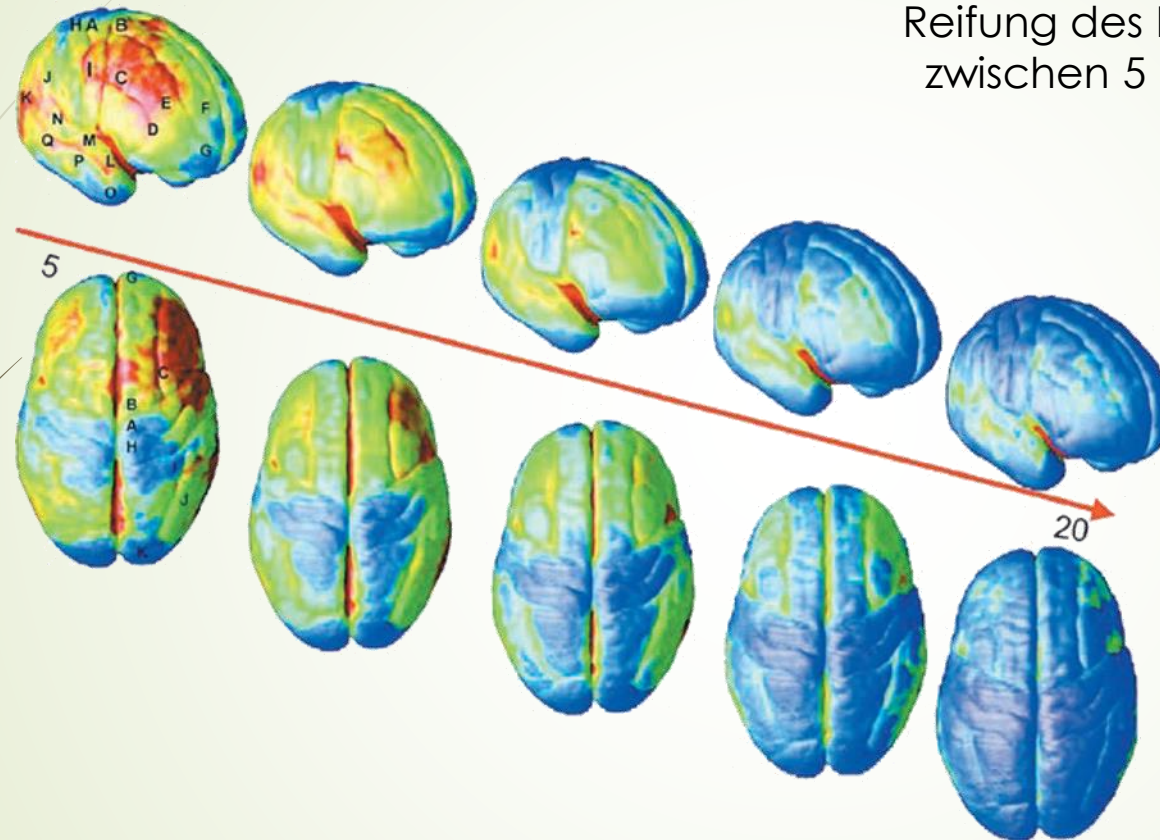
Das Selbstkonzept stellt dabei ein komplexes individuelles Schema mit organisierender Funktion dar und beantwortet die Frage „Wer bin ich?“

Es besteht aus einer affektiven (Selbstwert-Selbstvertrauen) und einer kognitiven Komponente (Wissen über sich selbst).

Die Phase ist geprägt durch exploratives Verhalten und zielt auf eine Integration sozialer Normen und Erwartungen in das individuelle Selbstkonzept. Bei Gefährdung der Selbstdefinitionen: existentielle Angst, beschädigter Selbstwert.

Biologische Veränderungen – Gehirn

Reifung des Kortex im Alter
zwischen 5 und 20 Jahren



Anteil der
grauen
Substanz
(in Prozent)

Graue Substanz: viele,
aber langsame
Nervenverbindungen

Gogtay et al., 2004

Entwicklungsungleichgewicht zwischen verschiedenen Bereichen des Gehirns: Sensomotorische, affektive Systeme (limbisches und Belohnungssystem) reifen früher aus als die an kognitiven Funktionen beteiligten Gebiete (Aufmerksamkeit, Handlungskontrolle, Planen, Risikoabschätzung...)

Probleme in der Adoleszenz

Spezifische Gefahren:

- Lust an extremen Gefühlen
- Risikoverhalten / sensation seeking (→ Dopamin- und Serotoninschwankungen; ungeschützter Geschlechtsverkehr, Risikosport, Drogenkonsum, Autorennen...)
- Finalistisches, extremes Denken & Impulsivität
- Prokrastination
- Schlafmangel (→ biologische Veränderungen in der Schlaf-Wach-Regulation)
- Gruppendruck

Vulnerabilität für die Entwicklung psychischer Störungen in der Adoleszenz:

Die Kombination aus zunehmenden Anforderungen der Umwelt mit einer intensiven „Umbauphase“ des Gehirns kann als auslösend für das Auftreten vieler psychischer Störungen während der Adoleszenz angenommen werden.

Junge Menschen: heute neurotisch, morgen psychotisch, übermorgen normal...?

Ein erstes Fazit:

- Abweichendes Verhalten muss immer im Kontext der normalen Entwicklung und der Anpassungsfähigkeit eines Individuums gesehen werden!
- Psychische Probleme als Schwierigkeit, altersspezifische Entwicklungsaufgaben zu bewältigen.
- Verhaltensauffälligkeiten können auf das Vorliegen einer psychischen Störung hinweisen ODER auf das Vorliegen eines verzögerten Entwicklungsschrittes ODER eine Variante normaler Entwicklung darstellen → Abgrenzung schwierig – die Übergänge sind fließend! Sie kann nur von psychologisch-psychiatrisch geschultem Personal getroffen werden.
- Da psychische Probleme in der Adoleszenz Wegbereiter für weitere, ggfs. lebenslange psychische Schwierigkeiten darstellen, müssen junge Menschen bei der Bewältigung dieser Schwierigkeiten unterstützt werden!



Psychische Störungen im Überblick

Welche Störungen sind für den Bereich der Freiwilligendienste besonders relevant?

Internalisierende Störungen

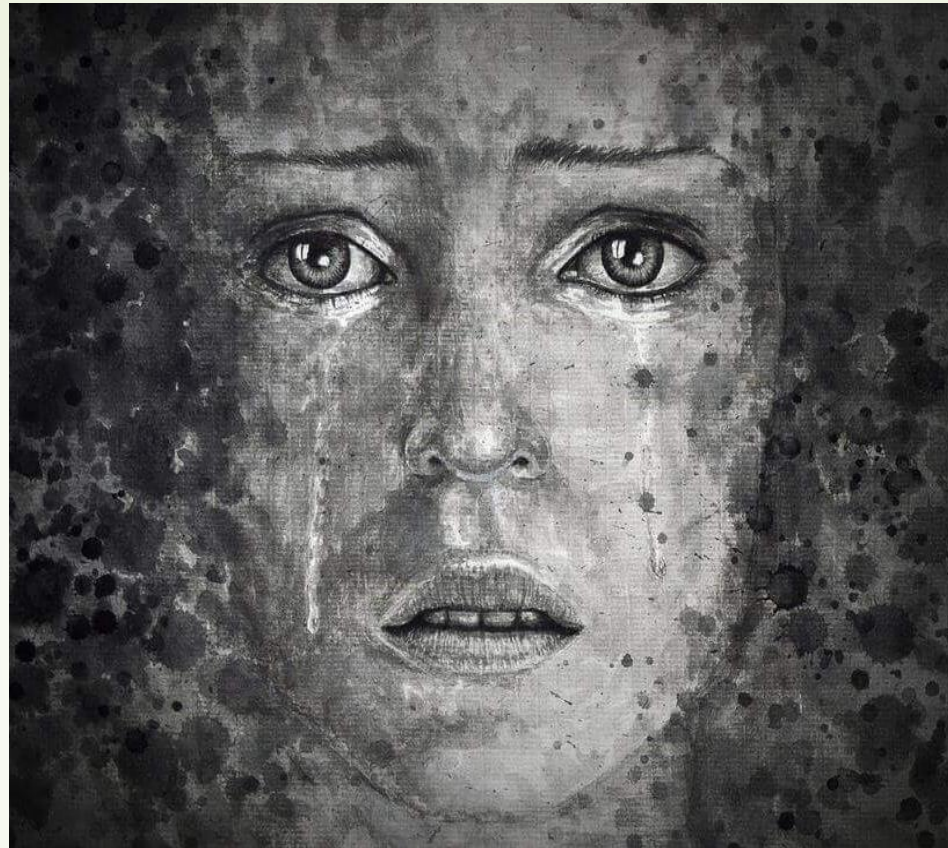
- Depressive Störungen
- Angststörungen
- Zwangsstörung
- Somatoforme Störungen
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Psychotische Störungen
- Essstörungen

Externalisierende Störungen

- Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung
- Abhängigkeitsstörungen
- Bipolare Störungen

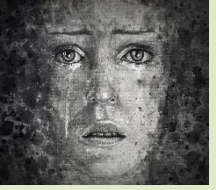
Entwicklungsstörung

- Autismus-Spektrum-Störung



Depression

Depression



- **Kernsymptome:**
 - Niedergestimmtheit
 - Interessensverlust / Freudlosigkeit
 - Verminderter Antriebslosigkeit oder gesteigerte Ermüdbarkeit

- **Weitere Symptome:**
 - Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
 - Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
 - Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit
 - Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
 - Suizidgedanken / erfolgte Selbstverletzungen oder Suizidhandlungen
 - Schlafstörungen
 - Verminderter Appetit

- Symptome müssen für eine Diagnose länger als 2 Wochen vorliegen!

Depression



- Neigt zur Chronifizierung
- Erscheinungsformen: depressive Episode, rezidivierende depressive Störung und Dysthymie (länger anhaltende depressive Verstimmung)
- Suizidalität geht häufig mit Depressionen einher. Suizide stellen nach Unfällen die häufigste Todesursache im Jugendalter dar. Dringend abklären!

„Depressives Denken“: kognitive Verzerrungen

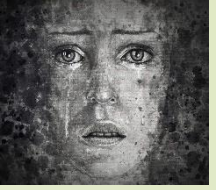
- Negative Sicht von sich selbst: internale, stabile, globale Attribution
- Negative Sicht der Umwelt: unüberwindbare Belastungen und Hindernisse
- Negative Sicht der Zukunft: keine Hoffnung, dass sich in absehbarer Zeit etwas ändert



Was ist im Umgang mit depressiven Menschen besonders zu berücksichtigen?

Fragen zur Erkundung:

- Hast du das Interesse oder die Freude an Dingen verloren, die du sonst gerne tust?
- Fühlst du dich niedergeschlagen oder hoffnungslos?
- Hast du das Gefühl, dass das Leben nicht lebenswert ist?



Was ist im Umgang mit depressiven Menschen besonders zu berücksichtigen?

Unterstützung:

- Beziehungs- und Gesprächsangebot: über depressive Symptome sprechen ist hilfreich (und nicht schädlich!) – Genau (aktiv) zuhören
- Nicht herunterspielen / bagatellisieren!
- Konsequent und geduldig emotionale Unterstützung anbieten, Verständnis, Akzeptanz und Anteilnahme ausdrücken.
- Gefühl vermitteln, dass man sich um die betroffene Person sorgt und kümmert.
- Von Arbeitsaufgaben entlasten. Erwartungen zurückstellen.
- Hoffnung und Optimismus vermitteln
- Ermutigen, hilfreiche Maßnahmen zu ergreifen (Arbeitsumstrukturierung, Therapie...).
- Suizidalität ansprechen



Suizidalität

Suizidalität



Suizidalität kann in unterschiedlichen Ausprägungen auftreten: angefangen bei Lebensüberdrussgedanken über passiven Todeswünsche, vage Suizidgedanken bis hin zu konkreten Suizidplänen und einem Vollzug des Suizids.

Gründe sind häufig entweder umfassende Hoffnungslosigkeit mit der Perspektive, dass „es niemals leichter oder besser“ wird (depressiv), oder als letzter Ausdruck eines überwertigen Selbst (narzisstisch).

Präsuizidales Syndrom: Verlust von inneren und äußeren Verhaltensmöglichkeiten und Ressourcen (z.B. Hoffnungslosigkeit, dysfunktionale Kognitionen, paranoides Denken, ängstliche Gestimmtheit

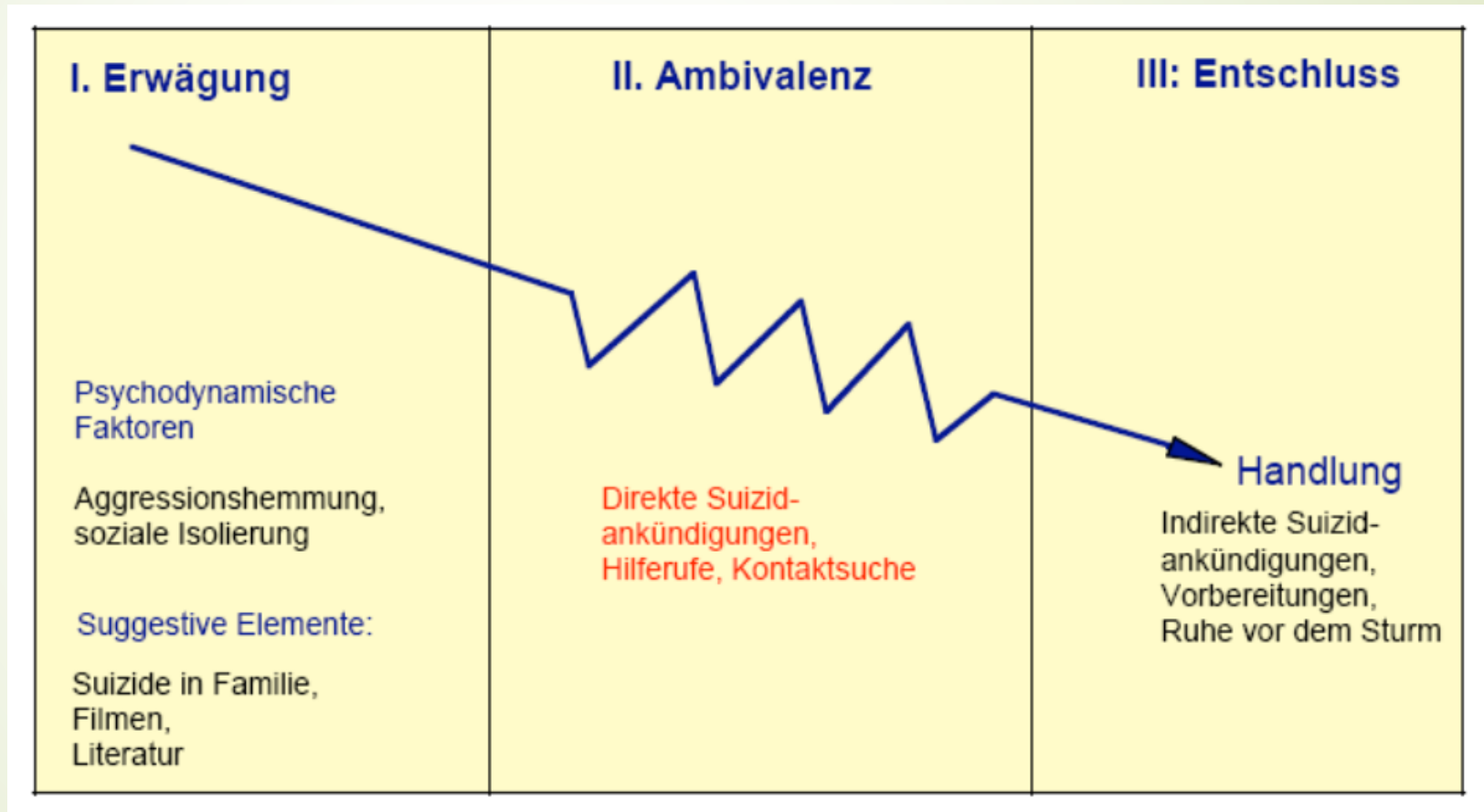
→ häufig bei depressiven Menschen, Arbeitslosen, Menschen mit Migrationshintergrund, isoliert lebenden Menschen, kranken Menschen, alten Menschen

Suizidalität



Suizidale Entwicklung

Pöldinger (1968)



Mythen über den Suizid



- Wer darüber redet, tut es nicht.
- Es gibt keine Vorwarnung.
- Nur Angehörige einer bestimmten sozioökonomischen Schicht begehen Selbstmord.
- Wer sich umbringt ist depressiv.
- Wenn es einem Menschen besser geht, verringert sich die Gefahr.
- Selbstmord ist eine einsame Angelegenheit.
- Wer einen Suizidversuch begeht, will sterben.
- Menschen, die kaum tödliche Mittel verwenden, wollen sich nicht wirklich töten.
- Gedanken an Selbstmord sind selten.
- Durch das Fragen danach bringt man jemanden erst auf die Idee, einen Suizid zu begehen.
- Menschen mit Suizidgedanken wollen nicht darauf angesprochen werden.



Was ist im Umgang mit suizidalen Menschen besonders zu berücksichtigen?

Fragen zur Erkundung:

- Hast du schon einmal darüber nachgedacht, dir etwas anzutun?
- Hast du manchmal Gedanken, dich umzubringen?
- Hast du schon konkretere Ideen, wie du das umsetzen würdest?

Unterstützung:

- Ambivalenzklärung (Vergegenwärtigung der Gründe für das Leben)
- Abgeben gefährlicher Gegenstände
- Abklärung durch Psychiatrie / stationäre Einweisung
- Begleitung zur Psychiatrie organisieren, ggfs. Notarzt / Krankenwagen



Angststörungen

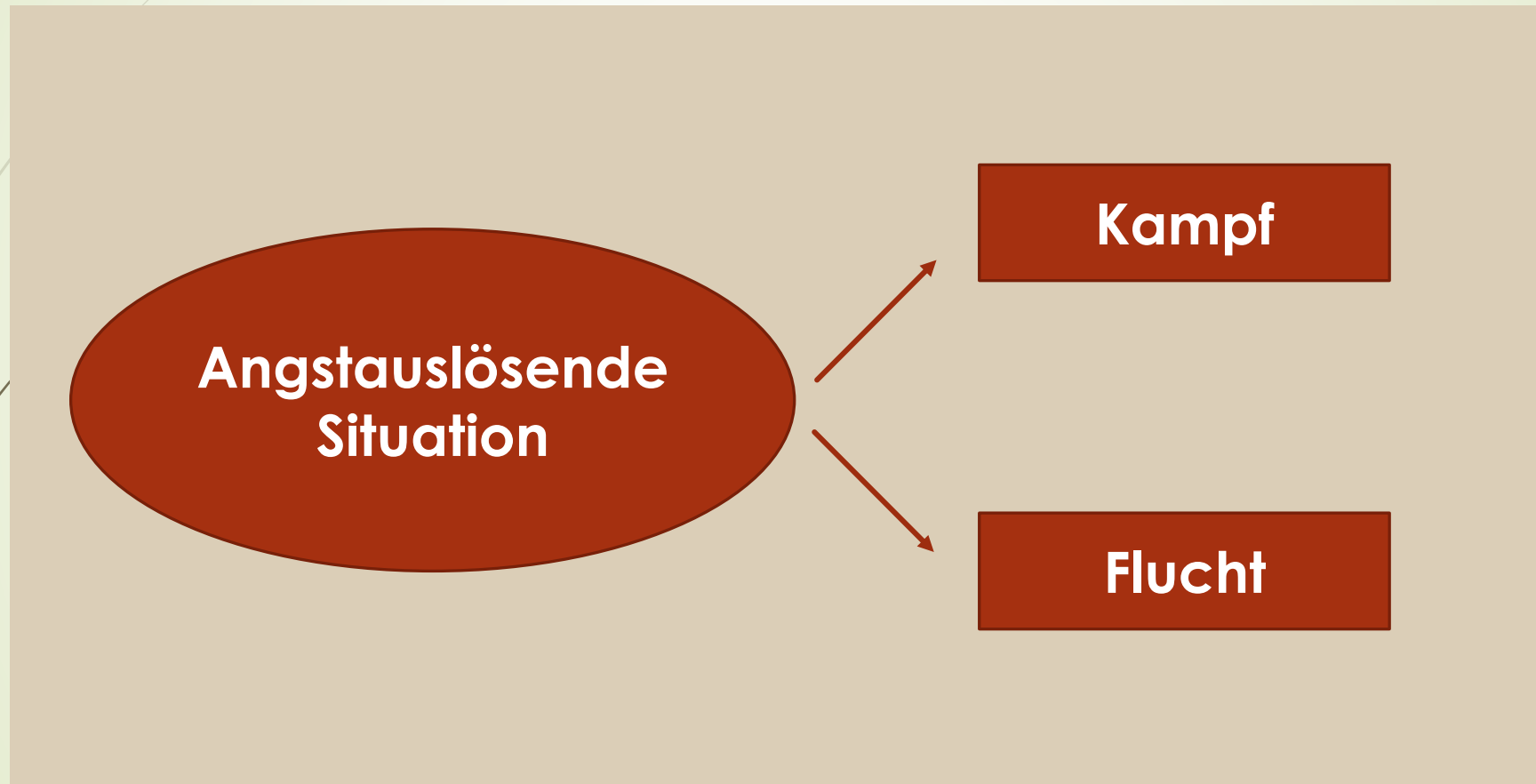


Angststörungen

- ▶ Ängste sind zunächst einmal normal!



Angststörungen



Angststörungen



Physiologische Flucht- / Kampfreaktion

Gehirn setzt Adrenalin frei

Sympathikus wird aktiviert

Erweiterung
Pupillen

Blutdruck
steigt

Erhöhung
Herzfrequenz

Erweiterung
Bronchien

Durchblutung
Muskulatur erhöht



Angststörungen

Körperliche Symptome eines Angstanfalls:

- Herzklopfen, Herzrasen oder beschleunigte Herzfrequenz
- Schwitzen
- Zittern
- Gefühle von Kurzatmigkeit
- Gefühle des Erstickens
- Schmerzen in der Brust oder Unbehagen
- Übelkeit oder Bauchschmerzen
- Sich schwindelig, unsicher, benommen oder schwach fühlen
- Gefühl der Unwirklichkeit oder sich von sich selbst getrennt fühlen
- Angst, die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden
- Angst, zu sterben
- Taubheitsgefühl oder Kribbeln im Körper
- Schüttelfrost oder Hitzewallungen



Angststörungen

Wann wird eine Angst zur Störung?

- ▶ Erleben der Angst und der Vermeidung als unbegründet bzw. unangemessen stark und unangemessen häufig
- ▶ Starkes Vermeidungsverhalten und Kontrollverlust
- ▶ Die Angst besteht dauerhaft und in unterschiedlichen Situationen
- ▶ Starkes Leidensgefühl
- ▶ Hohe Beeinträchtigung der Lebensqualität



Angststörungen

Verschiedene Angststörungen:

- Agoraphobie („Agora“ = Marktplatz): Angst vor einer fehlenden Möglichkeit, Hilfe zu erlangen
- Soziale Phobie: Angst vor sozialen Bewertungssituationen
- Spezifische Phobien: Angst vor bestimmten Objekten / Situationen
- Generalisierte Angststörung: Grundlegendes Gefühl der Bedrohung
- Panikstörung: Anfallsartige Angstattacken ohne zunächst offensichtlichen Auslöser



Was ist im Umgang mit Menschen mit einer Angststörung besonders zu berücksichtigen?

Fragen zur Erkundung:

- Machst du dir häufig Sorgen?
- Kannst du mir davon erzählen?
- Würdest du dich als jemanden beschreiben, der / die sich mehr Sorgen macht als andere?
- Gibt es bestimmte Situationen, Gegenstände oder anderes, das Ängste in dir auslöst?
- Versuchst du, bestimmte Situationen zu vermeiden, um diesen Ängsten aus dem Weg zu gehen?
- Sind dir größere Mengen an Menschen unangenehm?
- Hast du manchmal Angst, vor anderen Menschen etwas peinliches zu tun?



Was ist im Umgang mit Menschen mit einer Angststörung besonders zu berücksichtigen?

Unterstützung:

- Menschen mit Angststörungen vermeiden meist die angstausslösenden Situationen. Dies verschlimmert allerdings die Angst und schränkt die Fähigkeit ein, damit umzugehen. Daher sollten die konkreten angstbesetzten Situationen festgestellt werden und die betroffene Person bei einer sensiblen, gestuften Konfrontation mit ihnen und bei der Bewältigung des Alltags unterstützt werden.
- Es sollte ein Arbeitsfeld gesucht werden, das die Ängste berücksichtigt (ohne diese ganz zu vermeiden)



Was ist im Umgang mit Menschen mit Panikattacken besonders zu berücksichtigen?

Fragen zur Erkundung:

- Kannst du beschreiben, was passiert, wenn du eine dieser Attacken hast?
- Wie viele dieser Episoden hattest du im letzten Monat?
- Was tust du, wenn diese Episoden auftreten?

Unterstützung:

- Bei Unsicherheit, ob die Symptomatik durch eine Panikattacke hervorgerufen wird: körperliche Erste Hilfe leisten!
- Panikattacke als solche erkennen, benennen und eine ruhige und unterstützende Umgebung schaffen. Klar und langsam in kurzen, einfachen Sätzen sprechen.
- Betroffene Person fragen, was ihr helfen könnte.
- Vermittle der Person, dass die Attacke trotz der empfundenen Angst nicht gefährlich ist und dass die Symptome von selbst vorübergehen.
- Eine anschließende grundsätzliche Aufklärung über Panikattacken ist oft sehr hilfreich.



Aufmerksamkeitsdefizit- (Hyperaktivitäts)störung AD(H)S

Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung

Grundthema: Informationen strömen ungefiltert und ungewichtet auf die Betroffenen ein.

Symptome:

Unaufmerksamkeit

- Aufmerksamkeitsstörung
- Ablenkbarkeit
- Mangel an zielgerichteter Aktivität

Impulsivität

- Probleme bei der Selbstkontrolle
- Mangel an vorausschauender Planung
- geringe Frustrationstoleranz
- schnelle Stimmungswechsel

Überaktivität

- Hyperaktivität
- fein- und grobmotorische Unruhe
- Kraft und Tempo schlecht dosiert
- Verhalten nicht situationsgerecht



Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung

Diagnose

- Symptome situationsübergreifend: Schule, zuhause, Untersuchungssituation
- abnormes Ausmaß für Entwicklungsstand
- Beginn vor dem 7. Lj.
- mindestens seit 6 Monaten

Entstehung

- Hohe polygene Erbllichkeit (80 %)
- Frühgeburtlichkeit und perinatale Komplikationen
- Rauchen sowie Alkohol während Schwangerschaft
- Jungen-Mädchen: 2-3:1; aber: hohe Dunkelziffer bei Mädchen wegen fehlender Hyperaktivität
- Hohe Komorbiditätsraten

(Popow et al. 2020)



Was ist im Umgang mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung besonders zu berücksichtigen?



Mögliche Auffälligkeiten im Beruf:

- Die Betroffenen sind leicht ablenkbar, Aufgaben werden nicht zu Ende geführt
- Unordentlichkeit bis hin zum Chaos (z.B. am Arbeitsplatz)
- Die Leistungen sind sehr schwankend
- Aufgaben und Absprachen werden vergessen
- Bestimmte Aufgaben werden vertieft wahrgenommen („Tunnelblick“)
- Entscheidungen werden sich spontan umgeworfen
- Betroffene wirken verträumt, uninteressiert und bekommen häufig etwas nicht mit
- Stark wechselnde Affektivität / Stimmung
- Kontrollverlust / Impulsivität unter Stress, auch körperliche Aggressivität möglich
- Betroffene ziehen sich sozial zurück

Was ist im Umgang mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung besonders zu berücksichtigen?



Unterstützung:

- Mehr Zeit zur Einarbeitung einplanen
- Informationen in kleinen Mengen übergeben
- Der betroffenen Person vorschlagen, möglichst schriftliche Notizen anzufertigen
- Strukturierte Aufgaben mit eher wenig Planungsaufwand überlassen
- Priorisierungen gemeinsam mit der betroffenen Person erstellen
- Gemeinsam günstige Rahmenbedingungen erkunden (eher Ruhe oder Geräusche?)
- Einhaltung des Rahmens (Erledigungen, Pausen, Arbeitszeiten...) regelmäßig überprüfen

Energie als Ressource

Menschen mit einer ADHS-Erkrankung stehen nicht nur vor besonderen Herausforderungen im Arbeitsleben, sondern bringen auch ganz enorme Stärken mit: sie sind u.a. energievoll, kreativ, neugierig, flexibel.

Im Arbeitsleben finden sich auch einige Bereiche, in denen sie ihre Stärken gut umsetzen können. Hierzu gehören

- der Bereich Neue Medien und IT
- Design, Musik, Kunst
- Körperliche oder handwerkliche Tätigkeiten
- Bereiche mit sozialem Engagement





Autismus-Spektrum-Störungen

Autismus-Spektrum-Störungen (ASS)



Bei den ASS handelt es sich um Entwicklungsstörung mit frühem Beginn

Hauptmerkmale:

- **gestörte soziale Interaktion**
- beeinträchtigte Kommunikation und Sprache
- wiederholte, stereotype Verhaltensweisen und Interessen

Auffälligkeiten:

- Beeinträchtigung bei Blickkontakt, Mimik, Körperhaltung und Gestik zur Regulation sozialer Interaktionen
- Unfähigkeit altersgemäße Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzunehmen
- Mangel an sozio-emotionaler Gegenseitigkeit
- Schwierigkeiten, spontan Freude, Interessen oder Tätigkeiten mit anderen zu teilen
- Entwicklungsstörung der gesprochenen Sprache ohne Kompensation durch Gestik oder Mimik
- Schwierigkeiten bis Unfähigkeit, eine Unterhaltung zu beginnen oder aufrechtzuerhalten
- Stereotype und repetitive oder eigentümliche Verwendung der Sprache
- Mangel an spontanen Als-ob-Spielen bzw. sozialen Interaktionsspielen
- Intensive Beschäftigung mit stereotypen und begrenzten Interessen
- Spezifische, nicht funktionale Handlungen oder Rituale
- Stereotype und repetitive motorische Manierismen
- Durchgängige Beschäftigung mit Teilobjekten oder nicht funktionalen Elementen von Gegenständen

Autismus-Spektrum-Störungen



Unterschieden werden

- *Frühkindlicher Autismus*: auffällige und beeinträchtigte Entwicklung in vielen Bereichen; Sprachentwicklung fast immer eingeschränkt; häufig geistige Behinderung; Auffälligkeiten ab dem 1. Lj.
- *Atypischer Autismus*: wie frühkindlicher Autismus, aber atypisches Erkrankungsalter und/oder atypische Symptomatik
- *Asperger Autismus*: Beeinträchtigung der sozialen Interaktion sowie eingeschränkte, sich wiederholende Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten. Auffälligkeiten ab 4. Lj. Funktionsniveau, adaptives Verhalten und Neugier an der Umgebung sind in der frühen Kindheit altersentsprechend.
Keine eindeutige allgemeine Entwicklungsverzögerung der Sprache und der kognitiven Entwicklung
 - Spezialinteresse ist KEINE notwendige Bedingung

Eine klare Unterscheidung ist schwierig, daher wird von Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) gesprochen. Die Unterscheidung in unterschiedliche Subtypen wird in Zukunft aufgegeben.

Abgrenzung zu ADHS teils schwierig. Dort aber mehr soziale Kompetenz und mehr Desorganisation und Sprunghaftigkeit.

Mögliche besondere Stärken von Menschen mit ASS



- Ungewöhnliche Denkweise, die zu ungewöhnlichen Lösungsansätzen führen kann
- Rationales Treffen von Entscheidungen
- Teils hohe Intelligenz und räumliches Verständnis
- Hohes Erinnerungsvermögen
- Ehrlichkeit
- Hohe Motivation und Zuverlässigkeit
- Gründliche und präzise Arbeitsweise
- Sehr gutes Zahlenverständnis
- Analytische Denkweise

Was ist im Umgang mit Menschen mit einer ASS besonders zu berücksichtigen?



- Ruhiger Arbeitsort
- Arbeit ohne Druck
- Feste Ansprechperson
- Struktur, Ordnung und Wiederholung bei den Tätigkeiten
- Tätigkeiten mit eingeschränkter Priorität auf zwischenmenschlichen Interaktionen



Posttraumatische Belastungsstörung PTBS

Posttraumatische Belastungsstörung



Prävalenz psychischer Traumatisierungen in Kindheit und Jugend

	Insgesamt	Schwere Ausprägung
Körperlicher Missbrauch	12 %	2,8 %
Sexueller Missbrauch	1,5 %	1,9 %
Emotionaler Missbrauch	14,9 %	1,6 %

Repräsentative Stichprobe der deutschen Bevölkerung aus dem Jahr 2010 (Häuser et al. 2011)

Lebenszeitprävalenz PTBS Jugendliche D: 1,5-3,4 %
(Maercker et. al.2004; Maercker et al., 2008)

Posttraumatische Belastungsstörung



	Type-I-Traumata (einzeln / kurz)	Type-II-Traumata (multipel / lang)
Akzidentelle Traumata	Verkehrsunfälle, kurze Katastrophen (z.B. Sturm, Feuer)	Naturkatastrophen (z.B. Erdbeben, Überflutungen, technische Katastrophen, Atomunfälle)
Interpersonelle (man made) Traumata	Sexualisierte Gewalt (z.B. Vergewaltigung), physische oder psychologische Gewalt	Sexualisierte oder physische Gewalt in der Kindheit oder im Erwachsenenalter, Krieg, Geiselnahme, Folter, politische Gefangenschaft, Genozid
Person direkt vs. indirekt betroffen z.B. Polizei, Notdienst, Zeuge		

Posttraumatische Belastungsstörung



Die Diagnose einer PTBS wird bei Vorliegen folgender Merkmale gestellt:

- Der Symptomatik liegt ein traumatisierendes Ereignis zugrunde
- Es bestehen anhaltende Erinnerungen oder ein Wiedererleben der Belastungssituation ("flashbacks"), möglich sind auch Träume oder ein Gefühl der Bedrängnis in ähnlichen Situationen
- Umstände, die mit der Belastung in Zusammenhang stehen ("trigger") werden vermieden: z.B. Geräusche, Bilder, Räume, Personen, Worte...
- Es besteht
 - eine Unfähigkeit, sich an wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern oder
 - Eine erhöhte psychische Empfindlichkeit und Erregung: Ein- und Durchschlafstörungen, Reizbarkeit oder Wutausbrüche, Konzentrationsschwierigkeiten, erhöhte Wachsamkeit, Schreckhaftigkeit
- Die Symptome treten noch ein halbes Jahr nach dem Ereignis auf

Was ist im Umgang mit Menschen mit einer PTBS besonders zu berücksichtigen?



- Schutz: Vermeidung von Angriffen / Übergriffen, Vermeidung von Triggern
- Psychische Stabilisierung: Bezugsperson zur Verfügung stellen, Orientierung im Hier & Jetzt, Normalisierung der Symptome
- Körperliche Stabilisierung: Schlaf, körperliche Aktivität (Gehen, Jogging), ausgeglichene Ernährung, Vermeidung von Drogen, Alkohol, Zigaretten, Koffein
- Stuktur: Verlässliche Raum- und Zeitstruktur, klare Regeln und Konsequenzen, Flexibilität, Rituale, wiederholende Abläufe
- Orientierung: Regeln, Visualisierungen
- Wahlmöglichkeiten: Rückzugsmöglichkeiten, soziale Kontakte
- Soziale Kontakte / Kommunikation: Zumindest eine feste, nahe Bezugsperson, angenehme Gruppenatmosphäre, Verständnis, aktives Zuhören
- Beziehungsgestaltung: Präsenz, Verlässlichkeit, Kontinuität, Transparenz

Über das Trauma sprechen?



- Grundsätzlich sollte ein Gespräch über die traumatisierende Situation **nicht initiiert** werden.
- Sollte die betroffene Person von ihrer Seite aus etwas berichten wollen, sollte räumlich von anderen Anwesenden Abstand genommen werden, um diese vor eine „Sekundärtraumatisierung“ zu schützen.
- Das Gespräch sollte nicht geführt werden, wenn sich die betroffene Person in einem erregten psychophysiologischen Zustand befindet. Zunächst Beruhigung und späteres Gespräch anbieten.
- Das Gespräch sollte möglichst auf einem „sachlichen“ Niveau (situationale Umstände, Rahmenbedingungen, zeitliche Abfolge usw.) stattfinden, emotionale Anteile sollten nicht vertieft werden.



Abhängigkeitsstörung

Abhängigkeitsstörung



- Überdauerndes Muster an schädlichem Gebrauch von abhängigkeits erzeugenden Substanzen (Alkohol, Nikotin, Cannabis, Amphetamine etc.)
- Bei jungen Menschen häufig Mischgebrauch vieler Substanzen
- Der schädliche Konsum ist wichtiger als alles andere
- Oft keine Problemeinsicht („ich schaff das alleine, wenn ich wollte“)
- Große Gefahr: langfristige Folgen aufgrund neurobiologisch sensibler Zeit

Was ist im Umgang mit Menschen mit einer Abhängigkeitsstörung besonders zu berücksichtigen?



Mögliche Auffälligkeiten:

- Unregelmäßigkeiten bei Arbeitszeiten: Anhäufung von Minusstunden, Unentschuldigtes Fehlen mit nachträglicher Beanspruchung von Urlaub oder Arbeitsunfähigkeit, Verspätungen
- Sporadische Abwesenheit vom Arbeitsplatz
- Fehler und Rückstände bei der Arbeitserledigung
- Wechsel von aktiven Phasen und deutlichem Leistungsabfall
- Interessensverlust an Arbeit oder Überengagement
- Terminversäumnisse
- Fahrigkeit, Unkonzentriertheit, Nervosität, Müdigkeit
- Nachlassende Kritikfähigkeit und zunehmende Aggressivität
- Rückzug
- Finanzielle Nöte
- Vernachlässigtes Erscheinungsbild
- Gleichgewichtsstörungen
- Glasige Augen

Was ist im Umgang mit Menschen mit einer Abhängigkeitsstörung besonders zu berücksichtigen?



Fürsorge- und Sorgfaltspflichtpflicht:

Entscheidung, ob die Person aufgrund akuter oder vergangener Intoxikation vom Arbeitsplatz zu entfernen ist

Unterstützung:

- Frühzeitiges Ansprechen der Beobachtungen
- Hinweis auf Gefährdungen, z.B. Arbeitssicherheitsrisiko
- Übergabe von Beratungsinformationen
- Stufenplan bei vorliegendem Fehlverhalten

- Weiter Informationen: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.: www.dhs.de



Essstörungen

Essstörungen



Anorexia nervosa

- Starkes Untergewicht
- Störung der Wahrnehmung des eigenen Körpers / verzerrte Selbstbewertung
- Gewichtsreduzierende Maßnahmen: Hungern, übermäßiger Sport
- ständige gedankliche und emotionale Beschäftigung mit dem Thema „Essen“
- Leugnung der Gewichtsproblematik; ambivalente Therapiemotivation

Bulimia nervosa

- Zusätzlich Heißhunger- und Essattacken sowie kompensatorische Maßnahmen (meist: Erbrechen)

Binge-Eating-Störung

- Essanfälle ohne kompensatorische Maßnahmen, deutlicher Leidensdruck

Essstörungen



Entstehung

- Typischerweise ab Pubertät
- Ca. 3 x häufiger bei Mädchen / Frauen
Lebenszeitprävalenz (weibl.) AN: 0,9-3,6%, BN: 1,3-1,5%, BES 2,3%
- Versuch, mit Essen oder Nicht-Essen Schwierigkeiten zu bewältigen / Kontrolle, Angst unbeliebt zu sein oder abgewertet zu werden, Ablösungsproblematik
- Relevanz des geltenden Schönheitsideals

Spätere Gefahren

- ca. 20% zeigen sehr langfristige Krankheitsverläufe bzw. erkranken chronisch
- ca. ein Drittel der Patient_innen leidet weiterhin zumindest an einer subklinischen Form der Essstörung oder erkrankt evtl. im Rahmen der nächsten Lebenskrise
- hoher Anteil psychischer (Depression, Angst, Zwang, Sucht) und körperlicher Komorbiditäten

Was ist im Umgang mit Menschen mit einer Essstörung besonders zu berücksichtigen?



Menschen mit einer Essstörung leugnen häufig ihre Problematik. Daher sind Hinweise darauf weniger durch Gespräche und mehr durch Beobachtung des Verhaltens zu erlangen. Hinweiszeichen neben körperlichen Veränderungen können sein:

- Vermehrte Beschäftigung mit Essen
- Diätverhalten / starre Essensregeln
- Rückzug zu Essenszeiten
- Auffälliger Drang nach Bewegung
- Unzufriedenheit mit dem Körper /Empfindlichkeit bzgl. Thematisierung des Körpers

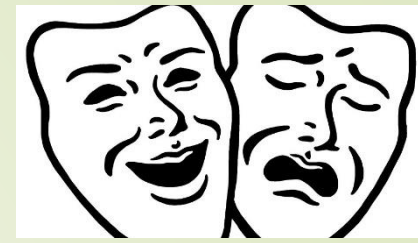
Unterstützung:

- Zum Aufsuchen professioneller Hilfe motivieren
- Beachten: Menschen mit Essstörungen (vor allem Anorexie) stehen Veränderungen hinsichtlich ihres Körpers meist kritisch gegenüber und sind schwer zu einer Therapie zu motivieren.



Bipolare Störungen

Bipolare Störungen



Die Krankheit ist gekennzeichnet durch wechselnde Episoden von Depression und Manie.

Symptome der Manie:

- Schnelle Stimmungsschwankungen einschließlich Reizbarkeit und Wut
- Selbstzerstörerisches oder selbstschädigendes Verhalten, einschließlich: Kaufrausch, Gewalt gegen andere, sexuelle Indiskretionen etc. (→ erhebliche Probleme im Alltag)
- Drogen- oder übermäßiger Alkoholkonsum
- Auftreten psychotischer Symptome (Halluzinationen und Wahnvorstellungen)
- Verhaltens-, Körper- und Denkprobleme
- Zyklen können häufig (täglich) oder selten (viele Jahre auseinander) wechselnd auftreten.
- Die Stimmung wird nicht durch ein Lebensereignis verursacht.
- Die Selbstmordrate ist bei Menschen mit einer bipolaren Störung hoch.

Umgang mit Betroffenen:

- Einschalten einer Fachkraft
- In akut gefährlichen Situationen: Notarzt / Polizei verständigen



Zwangsstörungen

Zwangsstörungen



➤ Zwangsgedanken:

- Wiederkehrende und anhaltende Ideen, Vorstellungen oder Impulse, die sich gegen den Willen aufdrängen, als unangemessen empfunden werden und die betroffene Person ständig beschäftigen und erheblich belasten
- Häufige Themen: Ansteckung, Schmutz, Gewalt, Sexualität
- Betroffene Person weiß, dass die Gedanken ihre eigenen sind

➤ Zwangshandlungen:

- stereotype Verhaltensweisen als Reaktion auf Zwangsgedanken, um Anspannung und Angst zu reduzieren
- Häufig: Wasch- und Putzhandlungen, Kontrollieren, Zählen
- Betroffene Person weiß, dass das Verhalten unangemessen ist
- Der Alltag wird stark eingeschränkt durch das zwanghafte Verhalten

Fragen zur Exploration von Zwangsgedanken und Zwangsverhalten



Fragen zur Erkundung:

- Hast du häufiger Gedanken, die du nicht haben möchtest?
- Bist du wegen dieser Gedanken verärgert oder verängstigt?
- Denkst du, dass diese Gedanken gerechtfertigt sind?
- Hindern dich diese Gedanken an Aktivitäten, die du sonst tun würdest?
- Beschreibe doch bitte einmal Dinge, die du tust und die dir oder anderen Menschen Sorgen bereiten.
- Kannst du mir sagen, warum du diese Dinge tust?
- Was wird deiner Meinung nach passieren, wenn du diese Dinge nicht tust?
- Stören diese Dinge deinen Alltagsablauf?

Was ist im Umgang mit Menschen mit einer Zwangsstörung besonders zu berücksichtigen?



Unterstützung:

- Wertschätzung ausdrücken, dass über die Symptome berichtet wird. Häufig verheimlichen die Betroffenen ihre Beschwerden, da diese von ihnen selbst als unsinnig wahrgenommen werden.
→ Scham!
- Unterstützung bei Abbau des Vermeidungsverhaltens
- Unterstützung des Umfeldes (Kolleg_innen) bei der Distanzierung von Zwangshandlungen



Psychotische Störungen



Psychotische Störungen

Psychische Erkrankungen von erheblichen Schweregrad, bei denen „der Kernbereich einer Persönlichkeit gestört ist mit Störung der Realitätskontrolle, Kommunikation, Wahrnehmung, des Ich-Erlebens und des Verhaltens“.

(Zaudig, et al., 2006)

Hauptmerkmale:

Halluzinationen	Wahrnehmungen ohne entsprechende Reizung der Sinne, z.B. Stimmenhören
Wahn	Überzeugungen, die trotz gegenteiliger Beweise aufrechterhalten werden, z.B. Verfolgungsideen
Ich-Störung	Wahrnehmung der Abgrenzung zwischen dem „Ich“ und dem „Außen“ als fließend, z.B. Gedankenentzug, Gedankeneingebung, körperliches Beeinflussungserleben

„Negativsymptome“:

- Niedergedrückte Stimmung
- Antriebslosigkeit
- Rückzug
- Interessensverlust

Psychotische Störungen



Auffälligkeiten:

- Konzentrationsschwierigkeiten
- Unorganisiertes, zerfahrenes Denken, leicht bis stark eingeschränktes Problemlösefähigkeiten
- Gesprochenes ergibt keinen Sinn
- Sozial leicht unangemessenes bis stark störendes oder bedrohliches Verhalten / Reizbarkeit
- Vernachlässigte Selbstfürsorge
- Eingeschränkter Gesichtsausdruck

Was ist im Umgang mit Menschen mit einer psychotischen Störung besonders zu berücksichtigen?



Fragen zur Erkundung:

- Kannst du mir sagen, was dir Sorgen macht?
- Hast du manchmal Schwierigkeiten beim Denken?
- Hörst oder siehst du Dinge, die andere vielleicht nicht wahrnehmen?

Umgang mit den Betroffenen:

- Wahnüberzeugungen nicht infrage stellen, um betroffene Person nicht in Verteidigungsposition zu bringen
- Gelassenheit und Haltung die zulässt, dass betroffene Person in ihren Annahmen auch Recht haben könnte
- Verständnis für emotionale Reaktionen auf wahnhaftige Erlebnisse zeigen
- Umstand thematisieren, dass Beziehungsaufbau durch die Negativsymptomatik erschwert sein kann; gemeinsam nach Lösungen suchen



Somatoforme Störungen



Somatoforme Störung

Vorliegen körperlicher Beschwerden oder Symptome, ohne dass hierfür eine organische Grunderkrankung gefunden werden kann sowie krankhafte Ängste um körperliche Gesundheit.

➤ Somatisierungsstörung:

Vielfältige und im Verlauf wechselnde Symptome wie Schmerzen, Übelkeit, Blähungen, Atemnot oder Störungen der Ausscheidungs- und Genitalfunktionen (schwerste Form der somatoformen Störungen)

➤ Hypochondrische Störung:

Ausgeprägte, ungerechtfertigte Krankheitsängste mit entsprechender Fehlinterpretation körperlicher Empfindungen

➤ Somatoforme autonome Funktionsstörung:

Störung der autonomen (vegetativen) Funktionen wie Herzrasen, Schweißausbrüche, Mundtrockenheit, Hitzewallungen, Erröten...

➤ Anhaltende Schmerzstörung:

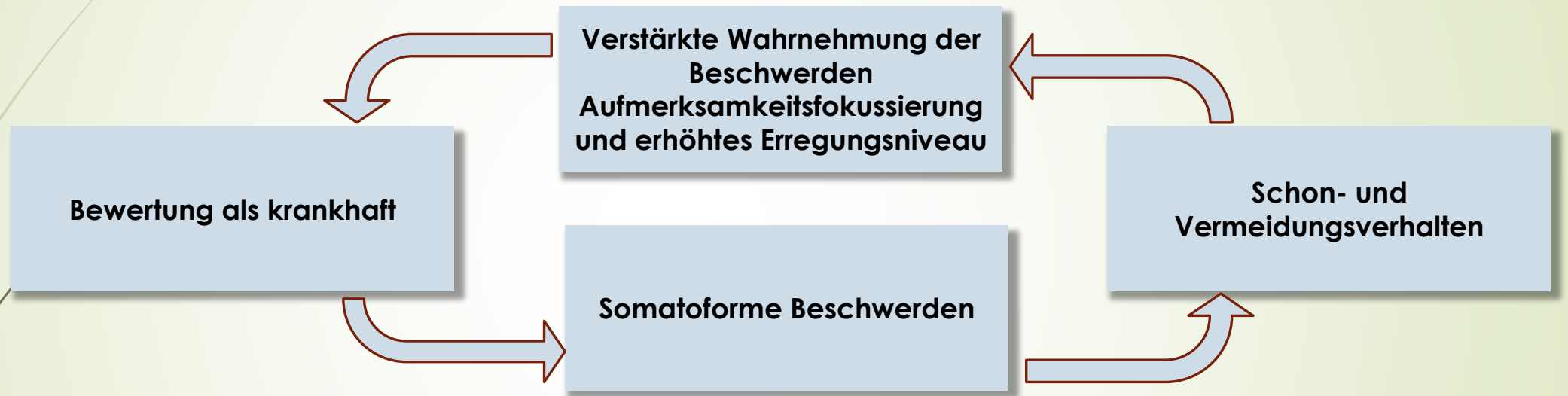
Anhaltende Schmerzen in irgendeinem Körperteil

Entscheidender Unterschied zu „normalen“ Beschwerden: Dauer & Ausprägung!



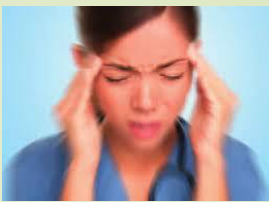
Somatoforme Störung

Kreislauf



Sekundärer Krankheitsgewinn

Funktion der Symptomatik, um positive Konsequenzen zu erfahren (Aufmerksamkeit, Schwerbehindertenstatus, Unterstützung, Abwendung von Kündigung, Bindung des Partners...)



Was ist im Umgang mit Menschen mit einer somatoformen Störung besonders zu berücksichtigen?

Unterstützung:

- Keine „Simulation“ oder „Übertreibung“ unterstellen
- Motivierung zur Erhaltung eines normalen Alltags und Aufnahme sozialer Kontakte, Freizeitaktivitäten und Sport
- Unterstützung dabei, Kontrollverhalten zu überwinden



Umgang mit einem Verdacht auf eine psychische Störung

Hinweiszeichen auf eine psychische Überlastung

Verhaltensauffälligkeiten

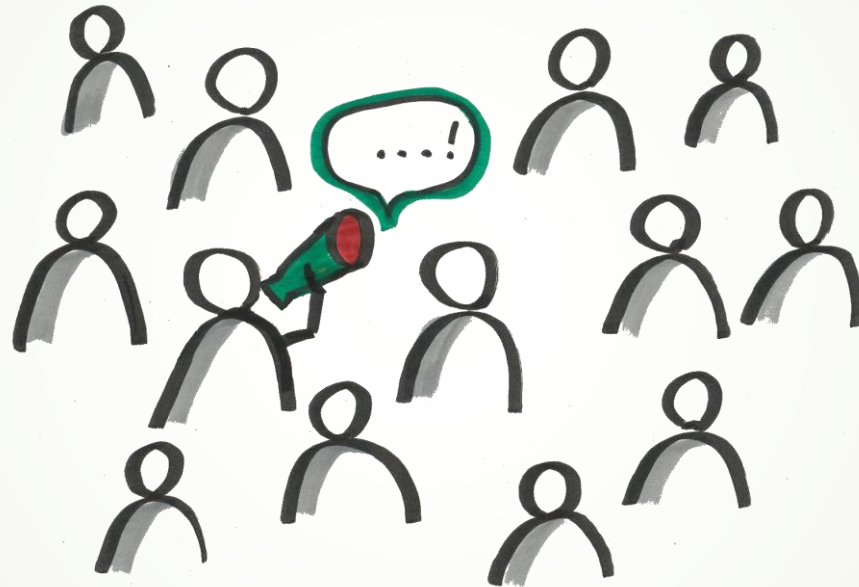
- Vernachlässigung bzw. Nichterledigung von Aufgaben
- Zunehmende Fehler
- Zunehmender Unterstützungsbedarf
- Zunehmende Beschwerden über Arbeitsbelastung
- Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisprobleme
- Zögerlichkeit
- Sprunghaftigkeit
- Unentschlossenheit
- Passivität / Prokrastination
- Interessensverlust
- Negatives Selbstbild
- Verlust von Vertrauen in sich selbst und andere
- Konflikte mit Vorgesetzten und Kolleg_innen
- Sozialer Rückzug
- Zunehmender Nikotin-, Alkohol-, Kaffeekonsum
- Zunehmende Arbeitsunfähigkeiten

Körperliche Auffälligkeiten

- Ständige Müdigkeit und Erschöpfungsgefühle
- Kopf-, Bauch- und andere Schmerzen
- Reaktionsverlangsamung
- Gehemmte oder agitierte Körperbewegung
- Gewichtsveränderung
- Mangelnde Körperhygiene
- Nachlässiges Erscheinungsbild

Die genannten Auffälligkeiten sind insbesondere bei deutlichen Veränderungen zu berücksichtigen!

Umgang mit einem Verdacht auf eine psychische Störung



Platzgeplauder:

Sollte ich als Fachanleitung einen Verdacht auf eine psychische Störung ansprechen oder nicht?

Pros & Contras für das Ansprechen eines Verdachteten

Mögliche Pros:

- Ermöglicht Einleitung angemessener Maßnahmen und Unterstützung
- Kein Verbergen gesundheitlicher Einschränkungen mehr notwendig
→ Stressreduktion
- Betroffene und Umfeld können sich ungewöhnliches Verhalten erklären
- Ermöglicht positive Erfahrungen mit Kolleg*innen (Unterstützung, „Coming out“ anderer Betroffener)
- Aufklärung anderer über psychische Gesundheit

Mögliche Contras:

- Mögliche ungerechte Behandlung/ Diskriminierung
- Offenlegung ohne Nutzen, da weitere Unterstützung ausbleibt
- Könnte unangemessene Kommentare bis hin zum Mobbing fördern
- Könnte zu Abwertung, Ablehnung oder Ausgrenzung führen

Wie sollten Fachanleitungen bei einem Verdacht auf eine psychische Störung handeln?

- ▶ Hinsehen – Sich informieren - ansprechen! Je früher psychische Störungen wahrgenommen und behandelt werden, desto besser kann ein langfristiger Krankheitsverlauf vermieden werden.
- ▶ Betroffenen zeitnah Gespräch und Unterstützung anbieten
- ▶ Fachliche Hilfe von Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie von Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Anspruch nehmen!

H-I-L-F-E-Konzept (von BKK-Dachverband und Familien-Selbsthilfe Psychiatrie)

Hinsehen – **I**nitiative ergreifen – **L**eitungsfunktion wahrnehmen – **F**ührungsverantwortung – **E**xpert_innen hinzuziehen

Gesprächsvorbereitung

- Über Störungsbild informieren
- Abwägung: Ansprechen oder nicht?
- Gespräch planen: notieren Sie die wichtigsten Aspekte, insbesondere Ihre Beobachtungen
- Erkundigen Sie sich nach möglichen internen und externen Unterstützungsmöglichkeiten
- Stellen Sie günstige Rahmenbedingungen für das Gespräch her:

Wählen Sie einen geeigneten Zeitpunkt für das Gespräch, an dem sowohl Sie als auch die betroffene Person Zeit dafür haben. Führen Sie das Gespräch an einem geschützten Ort, an dem man sich wohlfühlen kann.

Was sollte bei im Gespräch berücksichtigt werden?

- Führen Sie das Gespräch alleine, nur bei befürchteter Überforderung zu zweit.
- Nehmen Sie eine Haltung der Wertschätzung und des Verständnisses ein.
- Versuchen Sie, Ruhe zu vermitteln (auch Körpersprache beachten!)
- Sichern Sie Vertraulichkeit zu.
- Drücken Sie Sorge um den Eindruck aus, den die Person auf Sie macht.
- Beschreiben Sie Ihre Beobachtungen ohne zu diagnostizieren / etikettieren. Benutzen Sie Alltagssprache und versuchen Sie, das Erleben der Person zu „normalisieren“.
- Fragen Sie die betroffene Person, ob sie selbst Veränderungen an sich wahrgenommen hat.
- Fragen Sie, wie lange Ihrer Meinung nach die Auffälligkeiten bereits bestehen.
- Seien Sie auf die verschiedensten Reaktionen gefasst (z.B. Ärger, Erleichterung, Abweisung...). Ggfs. verleugnet die Person auch die Auffälligkeiten.
- Drücken Sie keinen Zweifel an den Aussagen der betroffenen Person aus.
- Bieten Sie explizit Ihre Hilfe und Unterstützung an.
- Motivieren Sie die Person, professionelle Unterstützung in Anspruch zu nehmen und stellen Sie dies als gewöhnlich und normal dar.
- Berühren Sie die Person nicht, ohne deren ausdrückliche Einwilligung.

Inanspruchnahme professioneller Hilfe

- ▶ Erste Ansprechpartner_innen sind die Hausärzt_innen

Die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung (116117) vermittelt Erstgespräche zur Abklärung bei folgenden Berufsgruppen:

- ▶ Psychologische Psychotherapeut_innen
- ▶ Ärzt_innen für Psychiatrie und Psychotherapie („Psychiater“)
- ▶ Ärzt_innen für psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- ▶ Sonstige Ärzt_innen mit Zusatztitel Psychotherapie

Bei diesen Berufsgruppen kann dann bei entsprechender Indikation eine über die gesetzlichen Krankenkassen finanzierte Psychotherapie in Anspruch genommen werden.

„Don'ts“

im Umgang mit psychisch belasteten Menschen

- Explizite Vermutungen über das Vorliegen einer psychischen Störung
- Vermutungen über spezifische Diagnosen mitteilen
- Zeitdruck, Stress
- (Androhen von) Bestrafungen
- Positive Aspekte eines Problems herausstellen
- Emotionale Inhalte vertiefen
- Über psychische Belastung / Störung im Detail sprechen, wenn es nicht aufgefangen werden kann
- Verallgemeinerungen („Du bist immer so...“)
- Abwertung, Ironie und Sarkasmus
- Schuld zuweisen, kritisieren, von oben herab behandeln

Unterstützung

- Sehr hilfreich mit detaillierten Vorschlägen zum Umgang mit den betroffenen Personen:
Leitlinien zum Umgang mit von einer psychischen Störung betroffenen Personen unter <https://www.mhfa-ersthelfer.de/de/was-ist-mhfa/guidelines/>
- Telefonberatung der BZgA: 0800–2322783 (Mo-Do:10-22 Uhr und (Fr-So: 10-18 Uhr)
- Telefonseelsorge: 0800–111 0 111 oder 0800–111 0 222 (24 h)
- Nummer gegen Kummer für Kinder und Jugendliche: 116 111 (Mo-Sa: 14-20 Uhr)
- Stark durch die Krise: www.starkdurchdiekrise.de
- JugendNotmail: www.jugendnotmail.de
- Krisenchat: www.krisenchat.de (24 h)
- Kommunale Psychologische Beratungsstellen
- Ambulanzen der Kinder- und Jugendpsychiatrien bzw. Erwachsenenpsychiatrien
- Terminservicestelle der KVBW: 116117



Fazit

- ▶ Psychische Störungen treten bis zum jungen Erwachsenenalter häufiger auf als oft gedacht
- ▶ Sie sind Wegbereiter für spätere psychische Störungen
- ▶ Sie gehen mit einem erheblichen Risiko einher, psychosoziale Folgen nach sich zu ziehen und den Lebensverlauf gravierend zu beeinflussen – Gefahr von Abwärtsspiralen
- ▶ Aufgabe von Menschen in (An-)Leistungs-/Führungsfunktionen muss es sein, Hinweiszeichen auf eine psychische Störung wahrzunehmen und zu handeln!

Links & Literatur

Busch, M., Maske, U., Ryl, L. et al. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl.* 56, 733–739. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1688-3>

Giedd, Jay & Keshavan, Matcheri & Paus, Tomas. (2008). Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence?. *Nat Rev Neurosci.* 9. 947-957.

Häuser W, Schmutzer G, Brähler E, Glaesmer H (2011). Maltreatment in childhood and adolescence—results from a survey of a representative sample of the German population. *Dtsch Arztebl Int*; 108(17): 287–94. DOI: 10.3238/arztebl.2011.028

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., . . . Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt*, 85, S. 77–87.

Kessler, Ronald & Berglund, Patricia & Demler, Olga & Jin, Robert & Merikangas, Kathleen & Walters, Ellen. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry.* 62. 593-602. 10.1001/archpsyc.62.6.593.

Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H., & Brähler, E. (2008). Posttraumatische belastungsstörungen in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen untersuchung [Post-traumatic stress disorder in Germany. Results of a nationwide epidemiological study]. *Der Nervenarzt*, 79(5), 577–586.

Maercker, A., Michael, T., Fehm, L., Becker, E. S. & Margraf, J. (2004). Age of traumatisation as a predictor of PTSD or major depression in young women. *British Journal of Psychiatry*, 184, 482–487.

Links & Literatur

Pöldinger W(1968) Die Abschätzung der Suizidalität. Huber, Bern.

Popow, C., Ohmann, S. ADHS im Kindes- und Jugendalter. Update 2020. *Pädiatr. Pädolog.* 55 (Suppl 1), 1–22 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00608-020-00789-y>

Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. et al. Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in *Deutschland*. *Bundesgesundheitsblatt* 50, 871–878 (2007). <https://doi.org/10.1007/s00103-007-0250-6>

Schneider, Silvia & In-Albon, Tina. (2006). Die psychotherapeutische Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter - Was ist evidenzbasiert?. *Zeitschrift Für Kinder- und Jugendpsychiatrie Und Psychotherapie*. 34. 191-202. 10.1024/1422-4917.34.3.191.

Trull, T.J., Jahng, S., Tomko, R.L., Wood, P.K., Sher, K.J.. Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Pers Disord.* 2010 Aug;24(4):412-26. doi: 10.1521/pedi.2010.24.4.412. PMID: 20695803; PMCID: PMC3771514.

Udris, I. (2006). Salutogenese in der Arbeit-ein Paradigmenwechsel? *Wirtschaftspsychologie, Sonderheft zur Salutogenese in der Arbeit*, 8(2/3), 4–13.

Wille, N., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U. et al. Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 17 (Suppl 1), 133–147 (2008). <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1015-y>

Zablotsky, B., Black, L.I., Maenner, M.J. et al(2014). Estimated prevalence of autism and other developmental disabilities following questionnaire changes in the 2014 National Health Interview Survey. *National health statistics reports; no 87*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.