

Zur Bedeutung psychischer Störungen

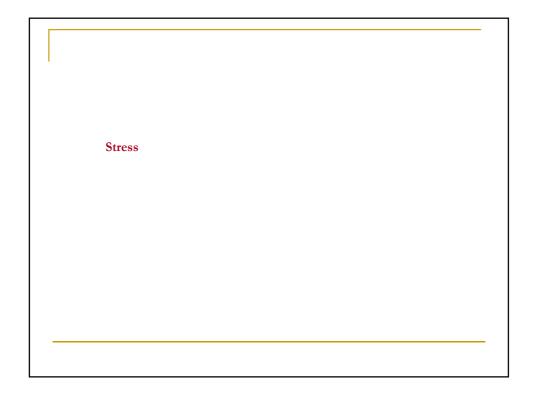
- Invalidisierungen aus psychischen Gründen haben in den letzten Jahren stark und stetig zugenommen.
- 50% Lebenszeitprävalenz für psychische Störungen: Im Verlauf des Lebens erleiden gegen 50% der Bevölkerung irgendwann ein behandlungsbedürftiges psychisches Problem. Diese Zahlen sind in den letzten Jahrzehnten eher gleichbleibend und erklären die Zunahme der Invalidisierungen nicht.
- Erklärungsversuche:
 - Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft, die weniger geeignete Arbeitsplätze für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen bietet und vermehrt soziale Kompetenzen erfordert
 - gesellschaftliche Ausschlussprozesse
 - wirtschaftliche Veränderungen
 - u veränderte Wahrnehmung psychischer Probleme
 - veränderter Umgang mit psychisch erkrankten Arbeitnehmern

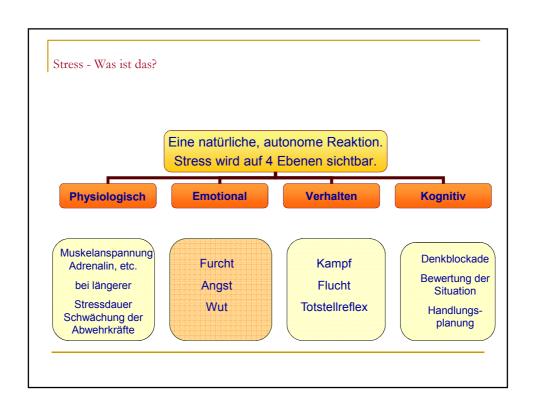
Psychische Störungen im betrieblichen Umfeld (Niklas Baer, Ulrich Frick, Tanja Fasel, Wolfgang Wiedermann 2010)

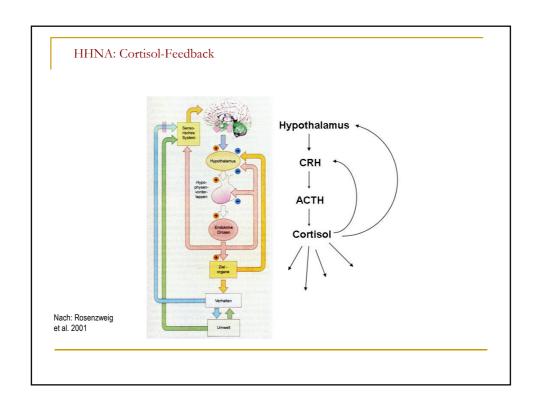
- 25% der Belegschaft leidet (laut Führungskräften) an psychischen Problemen.
- Relativ abgrenzbare und auf das Individuum bezogene psychische Probleme fallen im Umgang leichter.
 - Depressionen
 - Angststörungen
 - Schmerzstörungen
- Zwischenmenschliche Probleme "kosten am meisten Nerven" und lösen wenig Mitgefühl aus.
 - Persönlichkeitsstörungen
 - Suchtproblematik
- Der Umgang der Vorgesetzten wird am meisten von der emotionalen Reaktion gesteuert, die der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin auslöst.

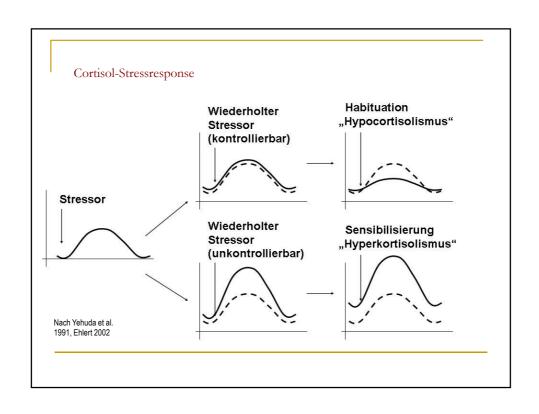
Überblick

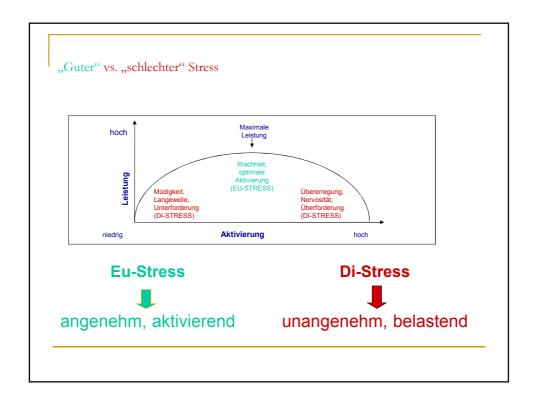
- Stress
- Psychische Erkrankungen
 - Entstehung
 - Störungsbilder
- Möglichkeiten des Arbeitnehmers
- Betriebliche Maßnahmen
 - □ Fokus betriebliche Gesundheitsförderung
 - Stressreduzierende und gesundheitsfördernde Maßnahmen
 - □ Fokus gefährdetes Individuum









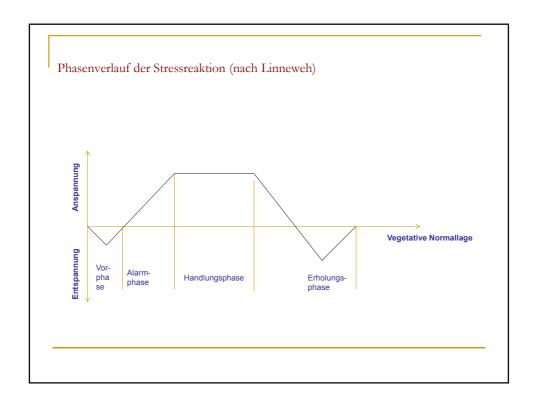


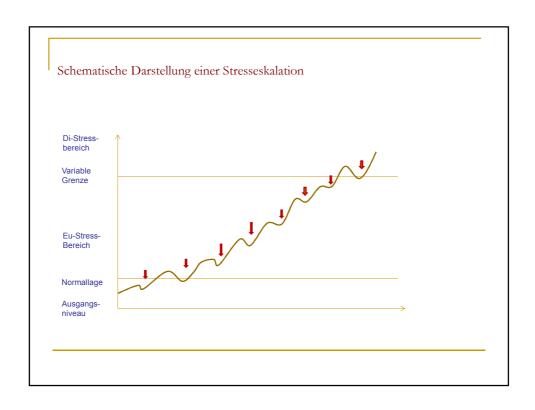
Critical Life Events
 Todesfall, Verluste
 Hochzeit, Geburt

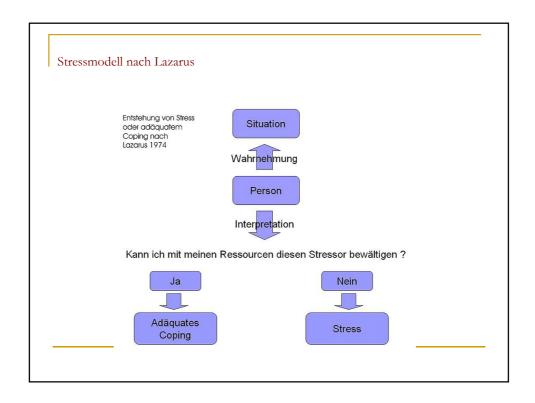
 Daily Hassles
 Offene Zahnpasta
 Mahnung
 Kaputte Geräte

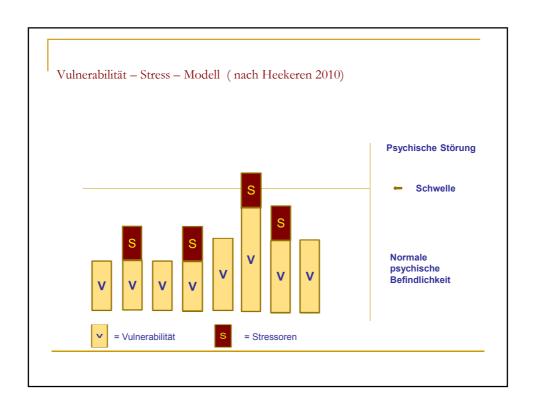
 Außere Stressoren
 Arbeitsbedingungen
 Streit, Straßenlärm

Innere Stressoren
 Einstellungen
 Eigenschaften
 Z.B. Perfektionismus









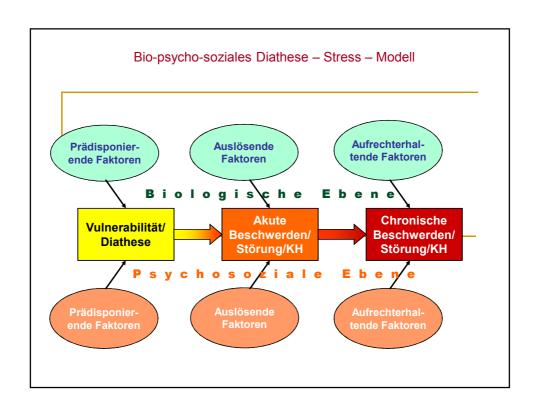
Persönliche Vulnerabilität (Verletzlichkeit) (Nürnberger Studie, Behringer et al 2011)

- Perfektionsdruck, Zwanghaftigkeit
- Unsichere Bindungsmuster, Bindungserfahrungen
- Unbewältigte Verluste

Stressverstärker (nach Freudenberger)

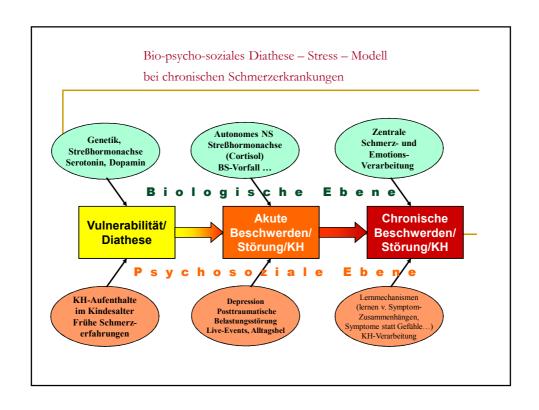
- > Zurückgehaltener Ärger (Last unterdrückter Feindseligkeit)
- > Vernachlässigte Bedürfnisse (fürsorglich und nett sein)
- > Schuldgefühle (z.B. Vereinbaren von Arbeit und Familie)
- Niedriges Selbstwertgefühl (unrealistisches Streben nach Leistung und Anerkennung)

Psychische Erkrankungen Entstehungsbedingungen Störungsbilder



Störungsbilder

- Chronische Schmerzstörungen, "Somatic symptom disorder"
- Essstörungen
- Suchterkrankungen
- Panikstörung
- Erschöpfungssyndrome, Burnout
- Depressionen
- Persönlichkeitsstörungen



Unter Somatisierung versteht man die Neigung, körperliche Beschwerden als Antwort auf psychosoziale Belastungen, die üblicherweise verleugnet werden, zu erfahren und zu kommunizieren, sowie medizinische Hilfe dafür in Anspruch zu nehmen. (Lipowski 1988, Bass und Benjamin 1993)

Somatic symptom disorder DSM-5

Somatic symptom disorder and other disorders with prominent somatic symptoms constitute a new category in DSM-5 called somatic symptom and related disorders. This chapter includes the diagnoses of somatic symptom disorder, illness anxiety disorder, conversion disorder (functional neurological symptom disorder), psychological factors affecting other medical conditions, factitious disorder, other specified somatic symptom and related disorder, and unspecified somatic symptom and related disorder. All of the disorders in this chapter share a common feature: **the prominence of somatic symptoms associated with significant distress and impairment.** Individuals with disorders with prominent somatic symptoms are commonly encountered in primary care and other medical settings but are less commonly encountered in psychiatric and other mental health settings. These reconceptualized diagnoses, based on a reorganization of DSM-IV somatoform disorder diagnoses, are more useful for primary care and other medical (nonpsychiatric) clinicians.

Essstörungen

- Anorexia nervosa, Magersucht
 - Einschränkung der Nahrungszufuhr
 - Ausgeprägte Ängste vor Gewichtszunahme
 - Konsequentes Verhalten, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden
 - Körperwahrnehmungsstörung
 - reduzierter Ernährungszustand
- Bulimia nervosa, Ess-Brech-Sucht
 - typische Heißhungerattacken mit Kontrollverlust
 - Kompensationsverhalten, um eine Gewichtszunahme zu verhindern
 - häufig Normalgewicht
- Binge eating Störung neue Diagnose!
 - Essanfälle ohne regelmäßigen Einsatz von kompensatorischen Verhaltensweisen

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen F1

Dieser Abschnitt enthält ein breites Spektrum von Störungen, deren Schweregrad von einer unkomplizierten Intoxikation und schädlichem Gebrauch bis zur eindeutig psychotischen Störung und Demenz reicht, die aber alle auf den Gebrauch einer oder mehrerer psychotropen Substanzen beruhen.

- Akute Intoxikation
- Schädlicher Gebrauch
- Abhängigkeitssyndrom
- Entzugssyndrom
- Entzugssyndrom mit Delir
- Psychotische Störung

SPIEGEL ONLINE

Die wichtigsten Fakten zum DSM 5

Suchtkapitel überarbeitet

Pathologisches Glücksspiel wird nun offiziell als Diagnose unter den Abhängigkeitserkrankungen im DSM-5 aufgenommen.

Andere Verhaltenssüchte bleiben jedoch außen vor. Südkoreanische Psychologen etwa erklärten zwar die Internetsucht für eines der größten Gesundheitsprobleme ihres Landes und drängten auf eine Aufnahme in das Handbuch. Doch die Forschung zu dem Thema reicht noch nicht aus. Daher rutscht die Diagnose lediglich in den Anhang. Noch mehr Untersuchungen sind also nötig, bevor die Internetsucht in einer nächsten Auflage vielleicht ergänzt wird. Aus den gleichen Gründen landet Hypersexualität, das gestörte sexuelle Verlangen, in dem gleichen Abschnitt.

Panikstörung F41

Wiederkehrende schwere Angstattacken (Panikattacken), die nicht auf vorhersehbaren Auslöser zurückzuführen sind.

Panikattacke:

Abgrenzbare Periode intensiver Angst in Abwesenheit echter Gefahr, begleitet von mindestens 4 der folgenden Symptome

Herzklopfen, beschleunigter Herzschlag

Schwitzen

Zittern oder Beben

Gefühl der Kurzatmigkeit, Atemnot

Erstickungsgefühle

Schmerzen, Beklemmung in der Brust

Übelkeit, Magen-Darm-Beschwerden Schwindel, Benommenheit, der Ohnmacht nahe

Derealisation, (Gefühl der Unwirklichkeit, sich losgelöst fühlen)

Angst verrückt zu werden

Angst zu sterben Taubheit oder Kribbelgefühle

Hitzewallungen, Kälteschauer

Merkmale von Persönlichkeitsstörungen

- Eine generelle Einschränkung der Flexibilität in der Reaktion auf unterschiedliche Beziehungssituationen
- Eine ausgeprägte Problematik mit Veränderungen, dementsprechend eine hohe Rigidität
- Die Abwehr ist weniger intrapsychisch als interpersonell organisiert die Mitmenschen werden in das psychische Gleichgewicht des Persönlichkeitsgestörten miteinbezogen und werden unbewusst dazu gebracht, in der Inszenierung mitzuspielen, z.B. durch Projektion, Spaltung und projektive Identifizierung

Was charakterisiert die normale Persönlichkeit vs Persönlichkeitspathologie? (nach Kernberg)

- Gewisse Stabilität und Flexibilität, weder völlig rigid noch völlig chaotisch
- Richtige Einschätzung des Selbst und der wichtigen anderen
- Fähigkeit für tiefe Beziehungen mit anderen, die auf ein Verstehen des anderen aufgebaut sind
- Fähigkeit sich festzulegen in Beruf und Arbeit mit Zufriedenstellung
- Interesse und Fähigkeit für ein aktiv soziales Leben, beinhaltet die Fähigkeit mit anderen umgehen zu können Fähigkeit Liebe und Erotik in derselben Beziehung zu verbinden Integriertes Wertesystem von realistischen Schuldgefühlen geleitet

- Relative Verschmelzung der Extreme Glück und Unglück, weites Spektrum von Gefühlen
- Gewisse Toleranz gegenüber Spannung, Stress und Angstgefühlen

Psychopathologie der Borderline-Störung Störung der Interaktion Störung der Affektregulation Störung der Identität

Problembereich Affektregulation

- Wird im Zentrum der BPS gesehen, Leitsymptom: häufig einschießende unangenehme Spannung ohne differenzierte emotionale Qualität. (Fast alle anderen diagnostischen Kriterien können entweder als direkte Auswirkung dieser Regulationsstörung gesehen werden oder als Versuch diese zu kompensieren).
- Niedrige Reizschwellen für die Auslösung von Emotionen, hohe Erregungsniveaus, das heißt sehr heftige Emotionen und schließlich die verzögerte Rückbildung auf das Ausgangsniveau.
- Unter starkem Stress werden die Emotionen vielfach nicht differenziert wahrgenommen, Patientinnen erleben "überflutende Emotionen", "Gefühlswirrwarr", zeitgleich sehr unterschiedliche, widersprüchliche Gefühle.

Burnout und Depression

Burnout: Definition

- Burn-out ist ein kumulativer Prozess, der zum Verlust k\u00f6rperlicher und mentaler Energie, zu emotionaler Ersch\u00f6pfung und R\u00fcckzug f\u00fchrt (Maslach 1981)
- Burn-out ist ein schleichend verlaufender psychischer und physischer Abbauprozess von engagierten IdealistInnen zu erschöpften, resignierten und deprimierten Wesen (Redmann 1996)



Burnout: Leitsymptome (nach Maslach)

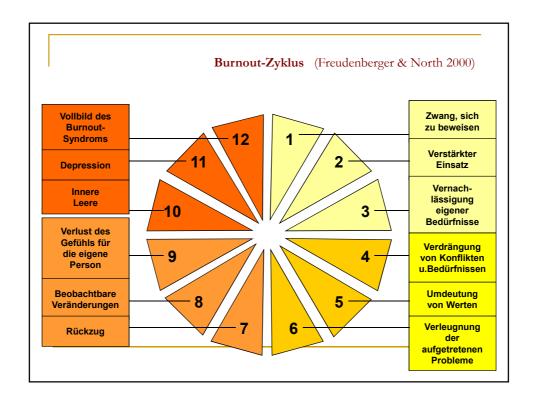
- Emotionale Erschöpfung
- Negative Einschätzung der persönlichen Leistungskompetenz
- Rückzug; gefühllose, gleichgültige oder zynische Einstellung zu Kunden/Klienten/Patienten ("Depersonalisation")



Burnout: Psycho-somatische und Verhaltensstörungen



- Chronische Erschöpfung
- Schlafstörungen
- Depressive Symptomatik
- Körperliche Befindlichkeitsstörungen (Schmerzen, Hypertonie, Herzkreislauferkrankungen)
- Beziehungsstörungen
- Risikoverhalten (Missbrauch von Alkohol und Medikamenten, Essstörungen, Bewegungsmangel, Rückzug von Interessen)



"Wenn Sie ein Ziel erreichen wollen und dieses Ziel in Ihrem Leben Vorrang hat, dann wird die Müdigkeit zum Feind. Es ist leichter, sie zu verleugnen, als das Ziel loszulassen."

(Freudenberger, aus Burnout bei Frauen)

Burnout und die "Umsorgerin" (Freudenberger)

- gewohnheitsmäßiges Geben
- häufig Vorbild der eigenen Mutter, "richtige Frauen" sind freundlich, einfühlsam, rücksichtsvoll, und aufopfernd für andere und schlucken ihren Ärger runter
- wenn Berufsarbeit dazu kommt, beschwichtigen von Schuldgefühlen durch doppelte Fürsorge zu Hause und zugleich gesteigerte Leistung im Beruf
- eigenes Bedürfnis umsorgt zu werden, wird unterdrückt
- oft kombiniert mit "selbst nicht nehmen können", z.B. fürchten, dass man dann verpflichtet sei
- am Arbeitsplatz

 - direktes Umsorgen meist nicht gefragt, aber was brauchen die Kollegen, der Chef, die Kunden im Sinne von Leistungen
 - um Versagensängste zu bezwingen, Anstrengungen verdoppeln und sich abhetzen Bemühungen werden selten belohnt sondern als selbstverständlich genommen
- Antwort auf Probleme: sich mehr anstrengen, mehr einfühlen, mehr arbeiten

Burnout – eine umstrittene Diagnose

Was spricht dafür?

- Spezielle Symptomentrias
- Ätiologisches Konzept
- Führt zu speziellen Behandlungsplan
- Betroffene "finden sich in der Diagnose wieder"

Was spricht dagegen?

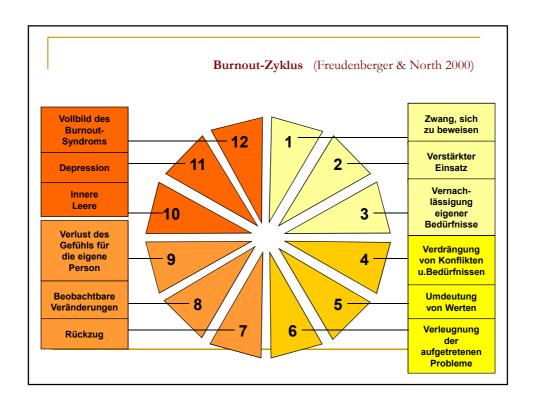
- Keine eigenständige ICD 10 Diagnose
- Unter anderen Diagnosen fassbar, z.b. Depression, Somatisierungsstörung
- Ausgebranntsein als Vorstellung ist eine "Sackgasse"
- Konzepte werden im Wellnessbereich vermarktet (Burnout als Geschäftszweig)

SPIEGEL ONLINE

Die wichtigsten Fakten zum DSM-5

Burnout ist weiterhin keine Krankheit

Auch die Modediagnose Burnout wird nicht in dem Handbuch auftauchen. Denn: "Diese Diagnose ist ein rein deutsches Phänomen", sagt Wittchen. Burnout sei in der Regel schlichtweg eine Variante der Depression. Doch dieser Begriff sei hierzulande verknüpft mit dem Bild eines willensschwachen, passiven Menschen. "Burnout hingegen verbinden wir mit jemandem, der sich überanstrengt hat, der zu viel geleistet hat und deswegen krank wird. Das klingt nicht so stigmatisierend."



Depression

- gedrückte Stimmung/Freudlosigkeit (Morgentief, "Ich könnte fortwährend heulen")
- Verlust von Interessen und Freude (mangelnde K\u00f6rperpflege, Isolierung von der Umgebung)
- erhöhte Ermüdbarkeit und verminderter Antrieb ("Was ich sonst mit links mache, geht gar nicht mehr", "Am liebsten wäre ich den ganzen Tag im Bett")
- dazu können körperliche Beschwerden kommen, ohne dass wirklich körperliche Schäden vorliegen, z.B. Gliederschmerzen, Kopfschmerzen, Magendruck, Rückenschmerzen..)

Burnout und Depression

- Zwischen Burnout und Depression besteht ein breiter Überlappungsbereich.
- Burnout ist Risikofaktor f
 ür Depression.
- Mit zunehmenden Schweregrad des Burnout-Prozesses nimmt die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer gleichzeitigen Depression zu.
- Differentialdiagnostisch für Burnout spricht:
 - Kardinalsymptom Erschöpfung
 - Hohe Ausgangsmotivation, später Umschlag in starkes Frustrationserleben
 - Oft jahrelanger Prozess
 - Betroffen sind eher Menschen mit hohen ethischen Ansprüchen

Burnout hat mehrere Ursachen

- Burn-out hängt mit der persönlichen Konstitution ("Verletzlichkeit") und mit der Bewältigung der mit Arbeit einhergehenden Belastungen und Aufgaben zusammen. Arbeit kann sein (ev. mehrfach):
 - Berufsarbeit
 - Hausarbeit
 - Erziehungsarbeit
 - Pflege von Angehörigen
 - Aus-Fort-Weiterbildung
- Häufig ist es das Endergebnis mehrfacher (persönlicher und beruflicher) unbewältigter Belastungen.

Berufliche Faktoren, die bei Burnout eine Rolle spielen (Review v. Schaufeli und Bakker)

Arbeitsanforderungen

- Arbeitstempo
- Zeitdruck
- Interferenzen zwischen Arbeit und private Anforderungen
- Rollenkonflikte
- Emotionale Anforderungen
- Arbeitsdauer

Fehlen von Energie-Ressourcen

- Fehlen von sozialer Unterstützung
- Fehlen von Feedback
- Fehlen von Entscheidungsspielraum
- Fehlen von Gestaltungsspielraum



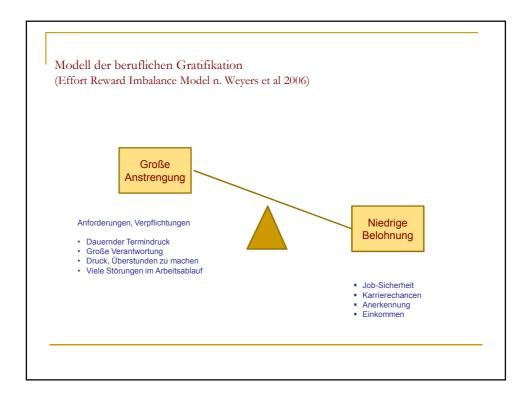
Dynamiken in der heutigen Arbeitswelt

- Zeitdruck steigt kontinürlich
- Arbeitstempo steigt
- Informationstechnologien prägen den Arbeitsalltag
- Permanente (Re)- Strukturierung
- Arbeitszufriedenheit sinkt



Leistungssteigerung x Flexibilität - Sicherheit = Burnout? (Hillert, Marwitz)

An forderungs-Entscheidungsspielraum-Modell(Job Demand Control Support Model n. Karasek) Niedrig Anforderungen hoch Entscheidungsspielraum klein **Passive** Anstrengende **Arbeit Arbeit Sinnlose Aktive Arbeit Arbeit** groß



Persönlichkeitscluster (nach Schaarschmidt und Fischer)

- Der "gesund ambitionierte Typ"
 - Hat eine gesundheitsförderliche Einstellung zu Arbeit, ist ehrgeizig im Beruf, hat eine hohe Verausgabensbereitschaft
 - Gleichzeitig ist so eine Person gut in der Lage sich emotional von der Arbeit zu distanzieren
 - Solche Personen haben eine relativ hohe Arbeits-und Lebenszufriedenheit, niedrige Resignationsneigung, offene Problembewältigung und hohe Stressresistenz
- Der so genannte "Schonungstyp"
 - Relativ wenig beruflichen Ehrgeiz und niedrige Verausgabensbereitschaft
 - Das niedrige Engagement ist nicht unbedingt durch Resignation zu erklären, sondern vor dem Hintergrund zu sehen, dass die Lebensziele außerhalb des beruflichen Kontextes umgesetzt werden
- Der "überhöht engagierte Typ
 - Exzessive Verausgabensbereitschaft und Perfektionsstreben bei gleichzeitiger Unfähigkeit, sich emotional von der Arbeit zu distanzieren
 - Relativ leicht Auftreten von Gratifikationskrisen, wenn große Anstrengungen mit einer subjektiv mangelnden Anerkennung von außen verbunden sind
 - Hohes Risiko für Burn-out
- Der "resignierte Typ"
 - Niedrige Arbeitsmotivation verbunden mit der Schwierigkeit abzuschalten
 - Stressresistenz herabgesetzt, mit der Arbeit kaum positive Emotionen verbunden
 - Hohes Risiko für Burn-out

Verteilung der Persönlichkeitscluster bei Pflegefachkräften (nach Schulz und Kollegen)

□ "Gesund ambitionierte Typ" 18,3 %

□ "Schonungstyp" 44,1 %

u "Überhöht engagierter Typ" 10,4 %

□ "Resignierter Typ" 27,2 %



Möglichkeiten des Arbeitnehmers

Burnout – Prävention: Was kann der/die Einzelne tun?

persönlich

- Befriedigende Beziehungen
- Interessen außerhalb der Arbeit
- Klare Abgrenzung zwischen Arbeit und Privatsphäre
- Stressbewältigungskompetenz (Grenzen setzen können, abschalten lernen)
- Humor



Was hilft auf der individuellen Ebene?

Die Herausforderung besteht darin, die vielen Anforderungen an Zeit und Ressourcen, die ein "arbeitendes Paar" zu bewältigen hat, zu priorisieren:

Zwei Karrieren.

Ein zu Hause.

Arbeitszeit.

Zeit für Kinder.

Soziale Zeit.

Private Zeit.

Familie. Freunde. Finanzen.



Burn-out – Was tun, wenn es für die Prophylaxe zu spät ist?

- Symptome ernst nehmen
- Stop der Selbstbehandlung
- Konsequenzen ziehen
- Neutralen Berater suchen
- Unterstützung suchen
- Stress-Management
- Entspannungstraining
- Psychotherapie ambulant
- Pharmakotherapie
- Teilstationäre/stationäre psychosomatische Behandlung



Re-Balancing-Integration: 6 Phasen

nach Schröder 2006

•Ent-Lastung
Distanz schaffen, Raus aus der Negativ-Spirale, Ressourcen aufbauen, Verbündete suchen

Ent-Täuschung
 Rücknahme der Verleugnung, Akzeptieren der
 Selbst-Täuschung, Realität spüren

•Ent-Deckung Bewußt-Machen und –Werden, Blickwinkel ändern, Sinn/Werte finden

•Ent-Scheidung
Zu sich stehen, authentisch sein, Neuausrichtung, Einstellung und Verhalten ändern



•Ent-Faltung
Handlung-Umsetzung-Integration, Eigenverantwortung übernehmen

•Ent-Spannung Feiern des Neuen, Leichtigkeit, Achtsamkeit, Gelassenheit, Zeit für sich

Betriebliche Maßnahmen

- Fokus betriebliche Gesundheitsförderung
 - Stressreduzierende und gesundheitsfördernde Maßnahmen
- □ Fokus gefährdetes Individuum

Fokus betriebliche Gesundheitsförderung

Stressreduzierende und gesundheitsfördernde Maßnahmen

Burnout – Prävention: Was wirkt?

Job-Person Mismatch

- Überlastung
- Autonomiemangel
- Mangelnde Anerkennung
- Fehlender Zusammenhalt
- Unfairness
- Wertekonflikte

6 strategische Bereiche

- Arbeitsbelastung
- Handlungsspielraum
- Anerkennung
- Gemeinschaftsgefühl
- Gerechtigkeit
- Werte

Burnout – Prävention: Was können Leitungen tun?

- Auf Fairness achten, ansprechbar sein bei Problemen, Rücksicht bei persönlichen Schwierigkeiten
- Belastungen sehen und darauf reagieren
- Arbeitsplatzqualität verbessern/erhalten
- Balance zwischen Mitsprache und Kontrolle
- Verbesserung der Kommunikationskultur: Anerkennung vermitteln, Konfliktkultur, Rückmeldungen geben, Kritik, aus der man lernen kann
- Qualitätsmanagement (Qualitätszirkel, Gesundheitszirkel)
- Organisationsentwicklung
- Mentorensystem
- Gute Fort-und Weiterbildungen garantieren
- Kommunikationstraining
- Supervision, Balintgruppen

Burnout - Prävention: Was kann das Team tun?



- Belastungen sehen und darauf reagieren
- Gegenseitige Unterstützung
- Reflektierende Teamkultur
- Fort- und Weiterbildung
- Unterstützung von außen mobilisieren (Supervision, Coaching)

Was hilft? z.B. Mitarbeiter im medizinischen Umfeld

Arbeitsorganisation

- Belastungsschwankungen möglichst vermeiden
- Die geplante Dienstzeit so verlässlich, wie möglich einhalten
- Individuelle Zeitinteressen sofern es geht berücksichtigen, um Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben zu erleichtern

Ressourcen

- ansprechbar sein bei Problemen, Rücksicht bei persönlichen Schwierigkeiten
- Feedback geben
- Anerkennung geben
- Gestaltungsspielräume ermöglichen

Fokus gefährdetes Individuum
Forschungsbericht: "Schwierige" Mitarbeiter Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche Eine Pilotstudie in Basel-Stadt und Basel- Landschaft Niklas Baer, Ulrich Frick, Tanja Fasel, Wolfgang Wiedermann

Psychisch bedingte Auffälligkeiten am Arbeitsplatz

(Niklas Baer, Ulrich Frick, Tanja Fasel, Wolfgang Wiedermann)

- Leistungsprobleme
- Ungenügendes Arbeitsverhalten
- Zwischenmenschliche Probleme
- Längerdauernde Absenzen
- Wiederholte Kurzabsenzen

Zwischenmenschliche Probleme (eigene Fehler abstreiten und den anderen die Schuld geben, starke und unvorhersehbare Stimmungsschwankungen und Launenhaftigkeit) kosten sowohl Vorgesetzte als auch das Team "die meisten Nerven".

Interventionen bei gefährdeten MA

(Niklas Baer, Ulrich Frick, Tanja Fasel, Wolfgang Wiedermann)

 Gespräche mit XY geführt und XY persönlich unterstützt 	88,2%
 Mit XY die Arbeitsorganisation diskutiert 	72,2%
 XY an Pflichten erinnert und/oder Konsequenzen angesprochen 	70,9%
 Die Arbeitskollegen informiert und/oder unterstützt 	62,8%
 An die an sich vorhandene Leistungsmotivation appelliert 	57,6%
 XY gezeigt, dass es helfen kann, sich zusammenzureißen 	46,9%
 die Arbeitsaufgaben von XY angepasst 	44,3%
 Gesagt, XY soll zu einem Arzt/Psychologen gehen 	39,3%

Aus praktischer Erfahrung sowie theoretischen Überlegungen ist nur eine kombinierte Intervention als langfristig hilfreich anzusehen: Verständnis, Grenzen setzen sowie Zuweisung zu ärztlicher Behandlung.

Vorgesetzte – Interventionstypen

Typ 1 (15% der Fälle) Aktivismus

häufiger in großen Betrieben, hier werden alle Register gezogen, was insgesamt einen eher ziellosen Anschein macht, persönliche, professionelle, verständnisorientierte bis zu drohenden Interventionen

Typ 2 (24% der Fälle) Zuwarten

es wird generell wenig interveniert und in erster Linie zugewartet, wie sich die Situation entwickelt, in kleineren Firmen überrepräsentiert

Typ 3 (47% der Fälle)
 Leistung einfordern

am häufigsten, betrifft zu 80% kleinere Betriebe, Vorgesetzte appellieren hier vor allem an Pflichtgefühl und Leistungsmotivation

Typ 4 (14% der Fälle) Professionelle Hilfe

häufiger in großen Betrieben, Zuweisung zu professioneller Hilfe und Einbezug externer Stellen

Umgang von Vorgesetzten mit psychisch erkrankten Mitarbeitern

Insgesamt zeigt sich deutlich, dass der Umgang der Vorgesetzten mit psychisch kranken Mitarbeitenden kaum durch die spezifische Problematik der erkrankten Mitarbeitenden bedingt ist, sondern vor allem

- gemäß ihrem generellen Führungsstil reagieren
- von emotionalen Reaktionen gesteuert wird (Emotionen, die der erkrankte Mitarbeiter auslöst)
- und von der Bereitschaft der Vorgesetzten, psychische Probleme in ihrem Umfeld wahrzunehmen und sich damit auseinander zu setzen.

Inanspruchnahme professioneller Hilfe

(Niklas Baer, Ulrich Frick, Tanja Fasel, Wolfgang Wiedermann)

- Überdurchschnittlich häufig wurden diejenigen MA aufgefordert, professionelle Behandlung in Anspruch zu nehmen, die ständig über Schmerzen klagten, oder Symptome zeigten, die möglicherweise auf Angst-, Sucht-, manische, depressive, psychotische oder zwanghafte Störungen hinwiesen.
- Besonders selten wurde zu einem Arztbesuch in denjenigen Fällen aufgefordert, die ihre Dynamik vor allem in schwierigen, zwischenmenschlichen Verhalten entfalteten: Geltungsdrang, Egoismus, Widerstand bei Anweisungen, Entwertungen.

diese eher den "schwierigen" Persönlichkeiten zugehörigen Auffälligkeiten werden seltener als etwas angesehen, was einer professionellen Behandlung bedarf.

Verlauf und Ausgang von Problemsituationen

- In der Mehrheit der Fälle muss man von einer relativ langen Dauer (mehrere Monate bis Jahre) zwischen Beginn des psychisch auffälligen Verhaltens bei den betreffenden Mitarbeitenden und dessen bewusster Wahrnehmung durch die Vorgesetzten und Personalverantwortlichen ausgehen. Es scheint, dass "schwieriges" Verhalten zwar rasch wahrgenommen wird, aber erst viel später bewusst als Problem gewertet wird.
- Es zeigten sich deskriptiv zunächst drei Arten von Problemverläufen: In der Hälfte der Fälle handelt es sich um Verläufe mit unauffälligem Beginn und akuter oder schleichender Verschlechterung im weiteren Anstellungsverlauf, bei 30% um stark schwankende Verläufe und bei 20% um von vornherein "schwierige" Verläufe.
- Zum Ausgang der Problemsituationen geben die befragten Vorgesetzten und HR-Verantwortlichen an, dass die Situation in fast der Hälfte aller Fälle "gelöst" werden konnte. In 90% der hier geschilderten Fälle bedeutete "Problemlösung", dass das Arbeitsverhältnis aufgelöst wurde.
- Dabei ist festzuhalten, dass die Kündigungen nicht vorschnell erfolgten, sondern normalerweise erst nach länger dauernden und vielfältigen Lösungsversuchen, und aus einer gewissen Hilflosigkeit heraus, wie auch die Interventionen zeigen.

Früherkennung psychischer Störungen

Die Resultate der Studie unterstreichen die Bedeutung, dass die Vorgesetzten auf Auffälligkeiten in der Arbeitsbeziehung sensibilisiert werden müssen, gleichzeitig aber nicht in die Falle tappen dürfen, abweichendes Verhalten zu pathologisieren und zu stigmatisieren.

Die Untersuchung zeigt, dass sich **zwischenmenschliche Probleme und Leistungsprobleme als Früherkennungsmerkmale** eignen, um eine mögliche psychische Fehlentwicklung festzustellen, da diese Merkmale häufig und früh auftreten, oft bevor jemand vom Arbeitsplatz fern bleibt.

Maßnahmen

Angesichts der Breite psychischer Erkrankungen am Arbeitsplatz und deren teils markanten Auswirkungen auf das gesamte Arbeitsumfeld sollte dieser Thematik von Arbeitgeberseite und von politischer Seite größere Bedeutung zugemessen werden.

- Die beteiligten Akteure Invalidenversicherung, Arbeitgeber, Gewerkschaften, Privatversicherungen, Rehabilitation, Ärzteschaft, Sozialversicherungsgerichte sowie Politik – sollten deshalb eine breite öffentliche und nicht stigmatisierende Diskussion zur Wertung dieses Phänomens und zur Haltung gegenüber psychischen Problemen am Arbeitsplatz initiieren.
- Durch die genannten Akteure sollen fachlich fundierte und hinreichend differenzierte Maßnahmen, Abläufe und Settings entwickelt werden, durch welche die Betriebe Belastungs-resistenter werden.

