Psychosoziale Veränderungen im Krankheitsverlauf der HSP-was ist bekannt - was kann helfen?

Dr. Becker Klinikgruppe

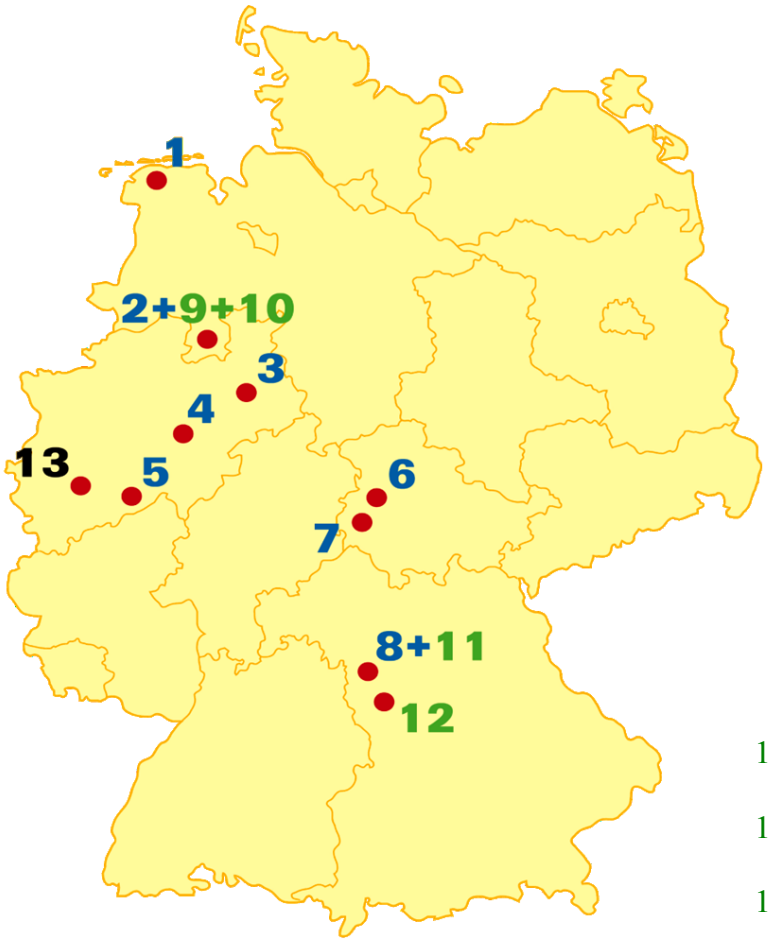
Dr. med. Markus Ebke,
Chefarzt Neurologie
Dr. Becker Rhein-Sieg-Klinik
Nümbrecht

www.dbkg.de

Dr. Becker Rhein-Sieg Klinik-Nümbrecht

- Neurologisch-Orthopädische Rehabilitationsklinik
- 130 Neurologische Betten
- Phase B; C und D
- stationäre, teilstationäre, ambulante Rehabilitation

Dr. Becker Unternehmensgruppe

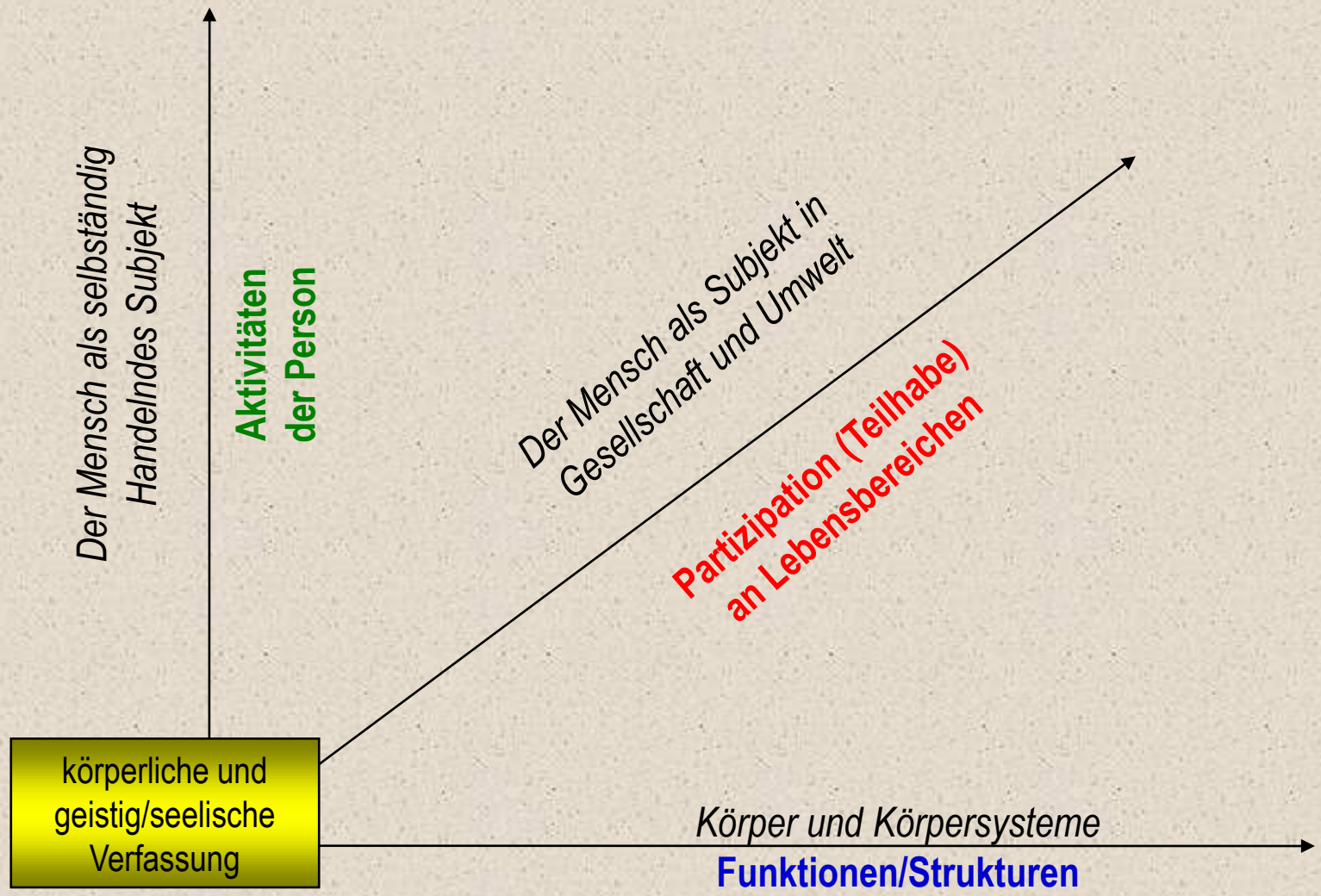


1. Dr. Becker Klinik Norddeich, Norden-Norddeich
2. Dr. Becker Neurozentrum Niedersachsen, Bad Essen
3. Dr. Becker Brunnen-Klinik, Horn-Bad Meinberg
4. Dr. Becker Klinik Möhnesee, Möhnesee
5. Dr. Becker Rhein-Sieg-Klinik, Nümbrecht
6. Dr. Becker Heinrich Mann Klinik, Bad Liebenstein
7. Dr. Becker Burg-Klinik, Stadtlengsfeld
8. Dr. Becker Kiliani-Klinik, Bad Windsheim
9. Vitalis Wohnpark, Bad Essen
10. Vitalis Wohnpark, Charlottenburg, Bad Essen
11. Vitalis Wohnpark, Bad Windsheim
12. Vitalis Wohnpark, Ansbach
13. Dr. Becker Unternehmensgruppe, Zentrale Köln

Typische chronische Erkrankungen

- **Muskuloskeletale Erkrankungen**
- **Herz – Kreislauf - Erkrankungen**
- **Stoffwechselerkrankungen**
- **Chronische Niereninsuffizienz**
- **Neurologische Erkrankungen**
- **Krebserkrankungen**

Die drei Dimensionen der Funktionsfähigkeit



Charakteristika chronischer Erkrankungen

- Ursachen oft nicht bekannt – meist vielfältige Gründe
- Unvorhersagbarkeit des Krankheitsverlaufs, oft nicht völlig umkehrbar – meist keine Heilung
- Dauerhafte Abhängigkeit von medizinischen Spezialisten
- Fehlen einer ursächlich ansetzenden Therapie
- Vielfältige Auswirkungen und Verluste in personeller und sozialer Hinsicht

Charakteristika chronischer Erkrankungen

- **Ursachen oft nicht bekannt – meist vielfältige Gründe**
- **Unvorhersagbarkeit des Krankheitsverlaufs, oft nicht völlig umkehrbar – meist keine Heilung**
- **Dauerhafte Abhängigkeit von medizinischen Spezialisten**
- **Fehlen einer ursächlich ansetzenden Therapie**
- **Vielfältige Auswirkungen und Verluste in personeller und sozialer Hinsicht**

Prozesse der Krankheitsbewältigung

Belastungen	Anpassungsprozesse	Bewältigungsergebnis
Krankheit: Diagnose, Rezidiv Behandlung Krankenhaus Vorher bestehende Belastungen	Ausgangsbedingung: Individuelle Verarbeitung Soziale Unterstützung Professionelle Hilfen, u.a. Psychoonkologie	Einschränkungen in der Lebensführung Lebensqualität

Belastungen im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen

Belastungsbereiche

- Krankheitsfolgen
- Folgen medizinischer Maßnahmen
- Settings
- Probleme jenseits der Erkrankung

Zielgruppen

- Patienten
- Angehörige
- Medizinisches Personal

Differenzierung nach Phase des Krankheitsverlaufs

- Prädiagnostische Phase
- Diagnose
- Behandlung
- Rezidive
- Terminale Phase

Krankheitsfolgen

1. Gestörtes emotionales Gleichgewicht
- **durch neue oder verstärkte Gefühle**
- **durch innere oder äußere Bedrohung**

2. Körperintegrität und Wohlbefinden sind verändert:
  - **durch Verletzung oder Behinderung**
  - **durch Schmerz und Beschwerden von Krankheit und/oder durch Therapie**
  - **durch Invalidität**

3. Verändertes Selbstkonzept:
  - **durch Autonomie- und Kontrollverlust**
  - **durch verändertes Körperschema und Selbstbild**
- **durch Ungewissheit über Krankheitsverlauf, künftiges Familien- und Sozialleben**

Krankheitsfolgen

4. Verunsicherung hinsichtlich der sozialen Rollen und Aufgaben

- **durch Trennung von Familie, Freunden, Bekannten**
- **durch Aufgeben wichtiger sozialer Funktionen**
  - **durch neue soziale Abhängigkeit**

5. Veränderte Umgebung:

  - **durch neue Beziehungen mit Ärzten und Pflegekräften**
  - **durch Hospitalisation**
  - **durch Konfrontation mit neuen Verhaltensregeln, Werten und (Fach-)Sprache**

6. Bedrohung des Lebens:

  - **durch akute Krise oder chronische Progredienz**
  - **durch Vielzahl von Verlusterlebnissen**

Ziele der Rehabilitation

- Funktionen und Körperstrukturen
- Aktivitäten
- Teilhabe

Bio-psycho-soziales Modell der ICF (WHO)

Gesundheitsproblem

(Gesundheitsstörung oder Krankheit, ICD)

Körperfunktionen und -strukturen

Aktivitäten

Teilhabe

Umweltfaktoren
- materiell
- sozial
- verhaltensbezogen

persönliche Faktoren
- Alter, Geschlecht
- Motivation
- Lebensstil

Funktionale Gesundheit

Eine Person ist funktional gesund, wenn – vor ihrem gesamten Lebenshintergrund –

1. ihre körperlichen *Funktionen und Körperstrukturen* allgemein anerkannten Normen entsprechen
2. sie nach Art und Umfang das tut oder tun kann, wie es von einem Menschen ohne Gesundheitsprobleme erwartet wird *(Aktivitäten)*
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Art und in dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Schädigung der Körperfunktionen/-strukturen und Aktivitätseinschränkungen erwartet wird *(Teilhabe)*.

Return to work-ausgewählte Items

Wie denken Sie selbst über Ihre zukünftige Erwerbstätigkeit?

- **Ich möchte so schnell wie möglich wieder erwerbstätig sein**
- **Erwerbstätig zu sein, ist für mich wichtig, aber nur, wenn meine Gesundheit das zulässt**
- **Ich glaube, ich möchte nicht mehr erwerbstätig sein**

Haben Sie einen Antrag auf Rente gestellt?

- **Ja - Ich beabsichtige aber in naher Zukunft einen Rentenantrag zu stellen**
- **Nein**

Wie bald nach Abschluss der Reha-Maßnahme hoffen Sie Ihre Erwerbstätigkeit wieder aufzunehmen? Innerhalb von:

- **einem Monat - drei Monaten - sechs Monaten - zwölf Monaten**
- **überhaupt nicht**

Wenn Sie an Ihren derzeitigen Gesundheitszustand und Ihre berufliche Leistungsfähigkeit denken: Glauben Sie, dass Sie bis zum Erreichen des Rentenalters berufstätig sein können?

- **Sicher – Vermutlich - weiß nicht - vermutlich nicht - auf keinen Fall**
- **bin nicht berufstätig**

Indikationsspezifische Konzepte: Neurologie

Häufig als AHB nach Schlaganfall, auch als allgemeine Heilbehandlung bei chronischen neurologischen Erkrankungen.

Im Mittelpunkt stehen:

- Gezielte Krankengymnastik
- Neuropsychologie (Hirnleistungstraining)
- Sprachtherapie
- Ergotherapie
- Hilfen bei Krankheitsverarbeitung

Rehabilitative Angebotsformen und Interventionen

- ***Form***
  - Allgemeine Heilmaßnahme
  - Abschlussreha
  - Frühkreha

- **Setting**
  - stationär
  - ambulant / teilstationär
  - Nachsorge

- **Indikationsspezifische Angebote, u.a.**
  - ortho, neuro, kardio, onko
  - Sucht, Psychosomatik

Körperbehinderung

Definition

„Eine Körperbehinderung ist im allgemeinen Sprachgebrauch eine überwindbare oder dauernde Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit infolge einer Schädigung des Stütz- und Bewegungssystems oder einer anderen organischen Schädigung...“ (Bleidick 1985)

Lähmungen Bewegungsstörungen

Zentral bedingt (ZNS) **Infantile Cerebralparese** • Spastische Lähmung • Athetose • Ataxie	**Peripher bedingt (Nervenleitungen)** • Querschnittslähmung • Spina bifida • Kinderlähmung • Muskelschwund

Schädigung des Skelettsystems

- Dysmelien Fehlbildungen der Gliedmaßen)
- Wachstumsanomalien – Kleinwuchs
- Spaltbildungen (Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte
- Wirbelsäulendeformationen

Krankheitskonzept

- Emotionale, kognitive und handlungsbezogene Ressourcen (Belastbarkeit) des Ich
- Abwehr/Coping, spezifische konflikthafte Erlebensmuster, Selbstreflexion, -wahrnehmung, Affekttoleranz und –steuerung, Beziehungsfähigkeit
- Leidensdruck: Diskrepanzerleben zw. Distress und Kompensationsmöglichkeiten
- Therapiemotivation: Leidensdruck und Krankheitsgewinn (affektiv); Konzept und Erwartung (kognitiv)

Chronifizierungsfaktoren

- **<u>maladaptive Krankheitsverarbeitung</u>**
- **dysfunktionales Krankheits- und Leistungskonzept;**
- **Fixierung auf medizinische Unterstützung;**
- **Ausmaß an Aktivitätseinschränkungen;**
- **eingeschränkte Partizipation an unterschiedlichen Lebenskontexten (z.B. interaktionelle Einschränkungen);**
- **sozialer Rückzug;**
- **bedrohte körperliche und psychische Integrität;**
- **dysfunktionale soziale Unterstützung**
- **Rentenwunsch/ -antrag;**

Maladaptive Bewältigungsstile

- (fatalistisches) Akzeptieren: *„Es ist nicht mehr zu ändern, ich muss mich dreinschicken“.*
- Passive Kooperation: *„Die wissen schon, was sie tun“.*
- Resignation: *„Ich glaube, es hat alles keinen Sinn mehr“*.
- Selbstbeschuldigung: *„Ich verdiene es nicht besser“.*
- Isolieren: *„Das hat mich überhaupt nicht beunruhigt“.*

Prinzip der Somatisierung

- Ich reproduziere Symptome, die Du nicht erklären kannst!
- Ich präsentiere Dir Körperbeschwerden, aber keine seelischen Probleme!
- Ich mache mir Sorgen um mich und stehe deshalb immer wieder vor Deiner Tür!
- Die Bedrohung meiner Gesundheit lässt keine Kompromisse zu!

Verhaltenstherapeutisches Risikomodell

Unterscheidung von auslösenden und aufrechterhaltenden / chronifizierenden Bedingungen

Auslösende Bedingungen:

1. *genetische u. psychobiologische Variablen,*
2. *erhöhte Depressivität u. Ängstlichkeit u. damit verbundener sozialer Rückzug,*
3. *Krankheitsmodelle, die während der Kindheit u. Jugend erlernt worden sind,*
4. *Verstärkung von Krankheitsverhalten durch das soziale Netzwerk aber auch durch das medizinische u. paramedizinische System,*
5. *aus 3. u. 4. resultieren spezifische maladaptive Bewertungs- u. Einstellungsmuster, die das Risiko zur Ausbildung somatoformer Beschwerden erhöhen*

Aufrechterhaltende u. chronifizierende Bedingungen:

1. *selektive Aufmerksamkeit (somatosensorische Verstärkung),*
2. *katastrophalisierende Bewertung körperlicher Mißempfindungen*
3. *Erhöhung von Schon- und Vermeidungsverhalten,*
4. *sozialer Rückzug u. Steigerung der Aufmerksamkeitsfokussierung*

Zur Verursachung

- Bindung: z.B. unsichere Bindung -> Katastrophisierung, stärkere Symptomklage
- Kindheitstraumatisierungen
- Chronische Krankheiten der Familie
- Eigene Krankheitserfahrung: kortikale Engrammierung

Verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze

- Informationen zum Krankheitsbild
- Förderung eines psychosozialen Krankheitskonzeptes
- Arbeit an der dysfunktionalen Körperwahrnehmung
- Bearbeitung der katastrophisierenden Bewertungen (Gedanken)
- Unterstützung einer adaptiven Krankheitsverarbeitung; z.B. körperliche Aktivierung und Förderung von sozial aktiverem Verhalten

Psychodynamische Erklärungs- und Behandlungsansätze

- Psychodynamische Konzepte gehen davon aus, dass die heterogene Gruppe der somatoformen Störungen, durch unterschiedliche intrapsychische Bedingungen verursacht sind

- Somatoforme Beschwerden
- als Reaktionen auf aktuelle „konflikthafte“ Belastungen;
- auf dem Hintergrund einer neurotischen Problemstellung (unbewußter intrapsychischer Konflikt);
- als Ausdruck von Persönlichkeitsstörungen; z.B. Grundstörung im Bereich des Gehaltenwerdens; Versorgt- und Geschütztwerdens, mangelnde Affektregulation;

Psychodynamische Behandlungsansätze bei somatoformen Störungen

- Somatoforme Störung als Reaktion auf aktuelle Belastungen:
- **Therapeutisches Vorgehen:**
- verhaltenstherapeutische Ansätze;

  den aktuellen Konflikt fokussierende Kurztherapie;

- Somatoforme Störung auf dem Hintergrund einer neurotischen Problemstellung;
- **Therapeutisches Vorgehen:**
- verstehender Zugang;
- Arbeit mit der Übertragung;
- Arbeit am Widerstand;
- Herausarbeitung des unbewußten konflikthaften Materials

Psychodynamische Behandlungsansätze bei somatoformen Störungen

- Somatoforme Beschwerden als Ausdruck einer Persönlichkeitsstörung;

- **Therapeutisches Vorgehen**
- Förderung des Wahrnehmens und Erkennens von Affekten;
- körperliche Symptome als Fokus von Affekten (Affektäquivalent);
- Bearbeitung von Affekten;
- Körperbezogene therapeutische Arbeit als „Brückentherapie“

Verstärkte Wahrnehmung von Körpersignalen

- Amplifikatoren I
  - Arousal
  - Distress
  - HPA Achse
  - Sensibilisierung

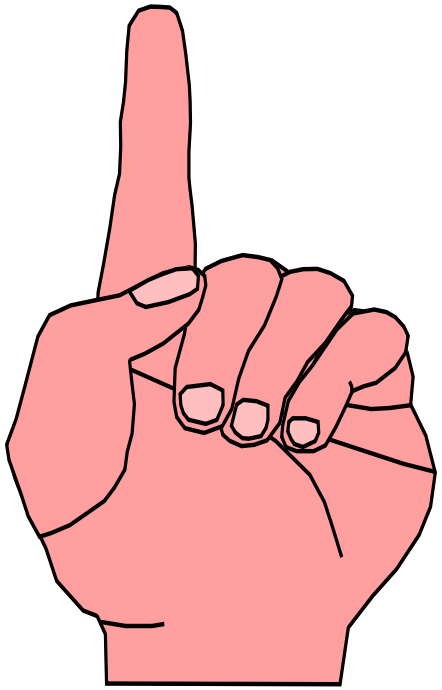
- Amplifikatoren II
- Selektive Aufmerksamkeit
- Gesundheitsbezogene Angst
- Depression
- ….

Chronifizierungsfaktoren beim Schmerz oder somatoformen Störungen

- erhöhte und selektive Wahrnehmung von Körpersignalen und psychischen Beeinträchtigungen
- Katastrophisierende Selbstbeobachtung und Interpretation
- dysfunktionales Krankheits- und Leistungskonzept
- Fixierung auf medizinische Unterstützung
- Existentielle Bedrohung, Angst vor Ausgrenzung und Stigmatisierung

- **Gelernte Hilflosigkeit und fehlendes Gefühl von Selbstwirksamkeit**
- **Wachsendes Ausmaß an Aktivitätseinschränkungen**
- **eingeschränkte Partizipation an unterschiedlichen Lebenskontexten (z.B. interaktionelle Einschränkungen);**
- **Wiederholte Krankschreibung; Herausfallen aus dem Arbeitsprozess;**
- **sozialer Rückzug;**
- **All dieses kann in Rentenwunsch/ -antrag münden**

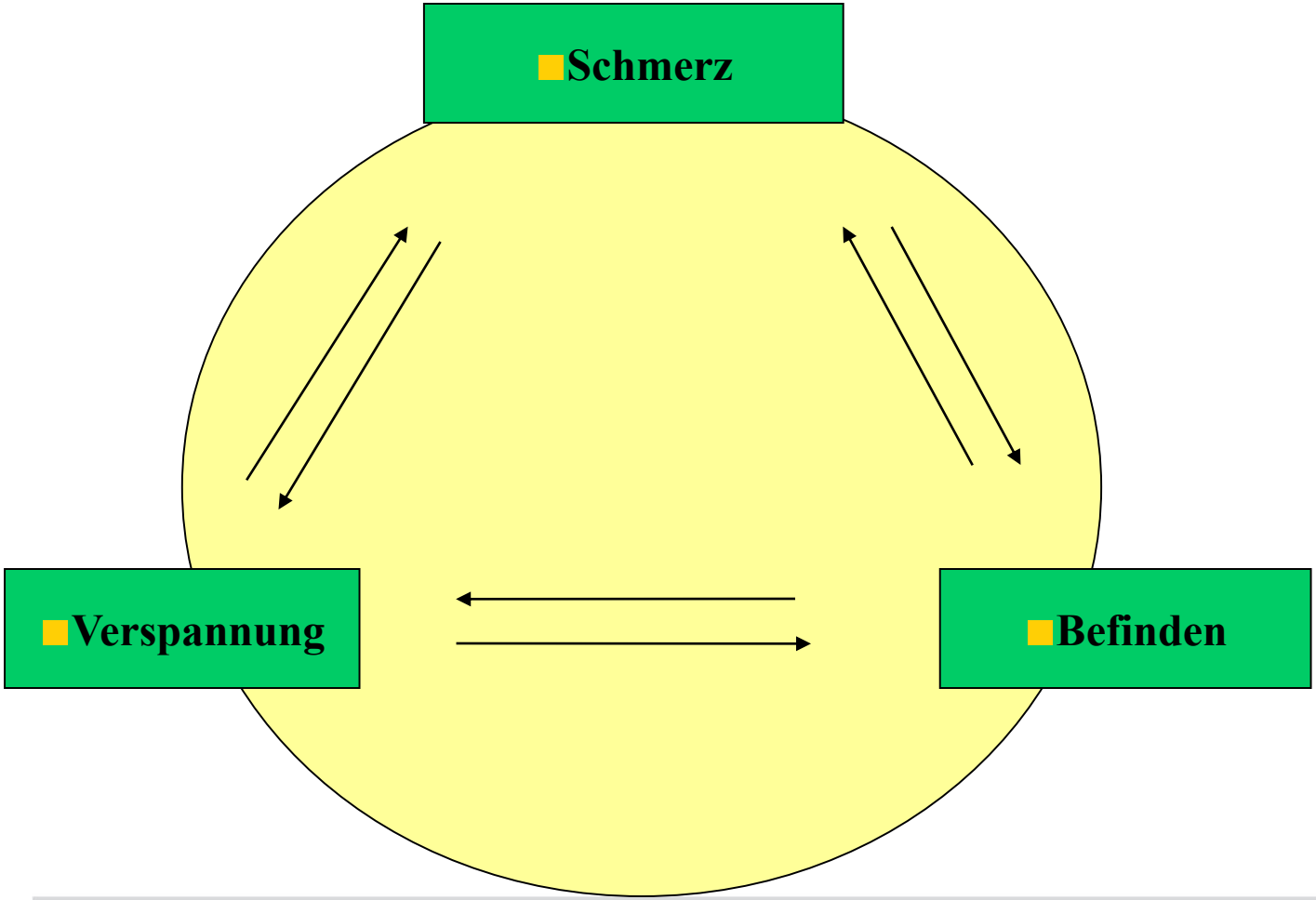
Chronische Schmerzerkrankungen werden häufig durch psychische und soziale Faktoren (mit-) beeinflusst.



- <u>Psychologische Dimensionen</u>
- Affekte (Depressivität, Angst)
- Kognitionen (Pessimismus)
- Verhalten; Vermeiden von
- Körperlichen Anstrengungen
- <u>Soziale Dimensionen</u>
- interaktionelle Variablen
- (Klagen, sich Aktivitäten abnehmen lassen
- Sozialer Rückzug
- U.U.Rentenantragsstellung

- <u>somatische Ebene</u>
- Nozizeptoren
- physiologische Prozesse

Stressmodell des Schmerzes



Probleme und „Auffälligkeiten“ im Arbeitsprozess

- Verminderte körperliche und psychosoziale Leistungsfähigkeit und -belastbarkeit
- Ängstlichkeit und Klagen über die Beschwerden
- Einschränkungen von Aktivitäten, Schonhaltungen
- Hohe Fehlzeiten aufgrund von Krankheitstagen
- Durch Schmerzmedikamente kognitive Beeinträchtigungen (Konzentration und Aufmerksamkeitsstörungen)
- Rentenwunsch bei chronischen Schmerzerkrankungen

Therapie und Prognose

- Psychotherapie mit Integration von körperbezogenen Ansätzen (Bearbeitung der emotionalen und sozialen Probleme)
- Verhaltenstherapeutische Programme zur Förderung eines psychosozialen Zugangs zu den Problemen und zur Bewältigung der Störung
- Prognose: hohe Chronifizie-rungstendenz;

- **Psychologische Schmerzprogramme**
- Ziel: Reduzierung der Schmerzen über die Bearbeitung dysfunktionaler Verhaltensmuster und Kognitionen
- Förderung eines psychosomatischen Schmerzkonzeptes und Motivierung;
- Analyse von auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen;
- Verhaltensanalyse,
  Abbau von Schonverhalten und Überforderung
- Erlernen von Entspannungstechniken,
- Aufbau alternativer, schmerzinkompatibler Verhaltensweisen;
- Genußtraining

Körperbehinderungen aufgrund einer Schädigung des ZNS

Ziele:

Wiederherstellen der Statik und Belastungsstabilität der Wirbelsäule

Konservativ durch spezielle Lagerung, äußere Stabilisierung oder

Operativ durch Reposition und ventrale Osteosynthes/- Spondylodese

Schrittweise Mobilisierung

Entsprechend der Lähmungshöhe weitgehende bzw. völlige Selbständigkeit

Reintegration in Familie, Beruf und Gesellschaft.

Ursachen:

Völlige Unterbrechung der Leitfähigkeit des Rückenmarks, z.B. nach vollständiger Durchtrennung, Quetschung, Tumoren, Infektionen, Durchblutungsstörungen

Querschnittlähmung

Therapie:

Stationär: Gesamte Behandlungsdauer: Akutbehandlung und umfassende Rehabilitation bei komplikationslosem Verlauf ca. 8-10 Monate für Tetraplegiker und ca. 6 Monate für Paraplegiker

Stationär/ambulant: Beruflich-soziale Reha in WfB oder innerbetrieblich

Ambulant: Physiotherapeutische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage
Hilfsmittelkontrolle

Überprüfung der sozialen Situation

Verlauf:

Je nach Grad des Querschnitts und Motivation des Patienten vom totalen Verlust der Bewegungsfähigkeit bis zu nahezu uneingeschränkter Bewegungsfähigkeit und beherrschen von Funktionen.

Körperbehinderungen aufgrund einer Schädigung des ZNS

Cerebralparese

Spastische Lähmung

Ursachen:

Schädigung des Gehirns im Bereich des Bewegungszentrums durch Sauerstoffmangel, Nabelschnurkomplikationen, Hirnblutung, Erbkrankheiten, Schädelhirntrauma

Therapie:

Operativ:

Sehnenverlängerung,

Nervendruchtrennung

Knochenumstellung

Medikamentös:

Antispastika u. Psychopharmaka

Orthopädietechnik :

Funktionsschienen, Kontrakturprophylaxe

andere Hilfsmittel

Physiotherapie:

Bobath, Vojta, Petö, Kosiavkin

Verlauf:

Je nach Grad der Hirnschädigung, der passenden Therapieform und Motivation des Patienten vom umfassender Bewegungseinschränkung bis zu nahezu uneingeschränkter Bewegungsfähigkeit.

Körperbehinderungen aufgrund einer Schädigung des ZNS

Symptome: Athetose - unwillkürliche, langsame, geschraubt-wurmförmige Spreiz-, Streck- und Beugebewegungen; besonders betroffen sind Hände, Finger und Füße

Ursachen:

Schädigung des Gehirns im Bereich des Bewegungszentrums durch Sauerstoffmangel,

Nabelschnurkomplikationen, Hirnblutung, Erbkrankheiten, Schädelhirntrauma

Das Zusammenspiel der Muskulatur ist gestört

Cerebralparese

Athetose

Therapie:

Orthopädietechnik :

Korsett zur Rumpfstabilisierung, Rollstuhl

andere Hilfsmittel

Ergotherpie:

gezieltes Greifen, Bewegungskoordination

Logopädie:

Schlucken und Artikulation

Physiotherapie:

Bobath, Vojta, Petö, Kosiavkin

Verlauf:

Je nach Grad der Hirnschädigung und der konsequenten Therapie und Hilfsmittelversorgung kann eine gute Stabilität in der Aufrichtung und der gezielten Bewegungen erreicht werden.

Körperbehinderungen aufgrund einer Schädigung des ZNS

Cerebralparese

Ataxie

Ursachen:

Erkrankungen des Kleinhirns
(Entzündliche Prozesse, Hirnblutung,
Schlaganfall, Krebserkrankung, Vergiftung
durch Alkohol oder Medikamente

Therapie:

Orthopädietechnik :

Korsett zur Rumpfstabilisierung, Rollstuhl
andere Hilfsmittel

Ergotherapie:

gezieltes Greifen, Bewegungskoordination

Logopädie:

Schluckstörungen und Artikulation

Physiotherapie: Bobath, Vojta, Petö, Kosiavkin

Symptome :

Die Ataxie ist eine Bewegungsstörung.
Es bedeutet, dass zielgerichtete Bewegungen
nur schwer möglich sind.
Das Gehirn verliert die Fähigkeit die
Bewegungen zu steuern.
Also wird das Greifen von Gegenständen,
ebenso erschwert, wie das Gehen und auch
das Sprechen.

Schädigung des Skelettsystems

Therapie:

richtet sich nach der Ursache der Skoliose, dem Alter des Betroffenen und dem Grad der Fehlstellung. Bei einer beginnenden Skoliose stehen vor allem krankengymnastische Maßnahmen im Vordergrund, später kommt die Behandlung mit einem Korsett hinzu. Bei einer ausgeprägten Skoliose ist eine operative Korrektur erforderlich. Durch frühzeitige angemessene Therapie bestehen meist gute Aussichten auf Heilung.

Formen:

Skoliose

Lordose

Kyphose

Rückratverkrümmung

Therapie:

bei Lordose und Kyphose

Bürostühle bzw. Sitzkissen

Bauch und Muskeltraining

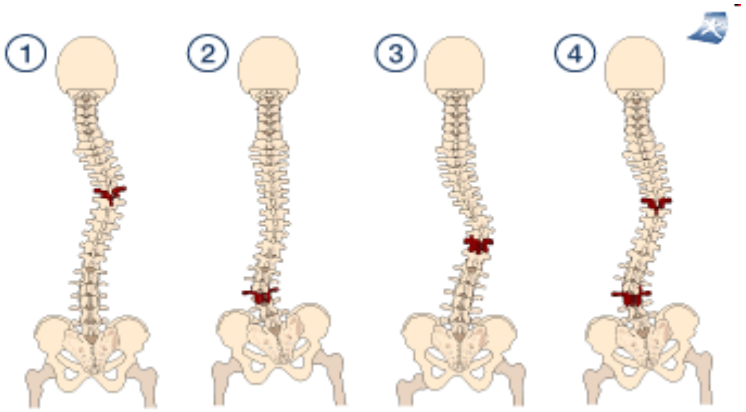
Stützkorsett

Ursache:

Bei Skoliose zu 90% unbekannt, angeboren, durch Muskel oder Nervenverletzung

Bei Lordose und Kyphose ist es meist eine schlechte Haltung, schwere Arbeit oder Osteoperose

Die Skoliose lässt sich je nach Verlauf der Krümmung in den verschiedenen Bereichen der Wirbelsäule in unterschiedliche Formen einteilen:



Thorakale Skoliose; 2 Lumbale Skoliose; 3 Thorakolumbale Skoliose; 4 Thorakale und lumbale Skoliose

thorakale Skoliose: Wendepunkt der Hauptkrümmung im Bereich der Brustwirbelsäule
lumbale Skoliose: Wendepunkt der Hauptkrümmung im Bereich der Lendenwirbelsäule
thorakolumbale Skoliose: Wendepunkt der Hauptkrümmung im Bereich der Übergangsbereich zwischen Brust- und Lendenwirbelsäule
thorakale und lumbale Skoliose: Krümmungswendepunkte im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule
Dabei kann die für eine Skoliose kennzeichnende Verbiegung der Wirbelsäule verschiedene Richtungen zeigen:
linkskonvexe Skoliose: Wirbelsäule ist nach links gebogen
rechtskonvexe Skoliose: Wirbelsäule ist nach rechts gebogen

Empowerment

Die Befähigung Betroffener, ihre Situation selbst „in die Hand zu nehmen“ und nach ihren Vorstellungen zu verändern.

das Anstiften zur (Wieder-)Aneignung von Selbstbestimmung über die Umstände des eigenen Lebens.

Pädagogische Begleitung bei Menschen mit Körperbehinderung

Situationsanalyse,
Ressourcen ermitteln mit
dem Klienten

Ziele formulieren mit dem Klienten

Lebensplanung

Empowerment

Üben wie können die
Ziele umgesetzt werden,

was brauche ich dazu an
Unterstützung

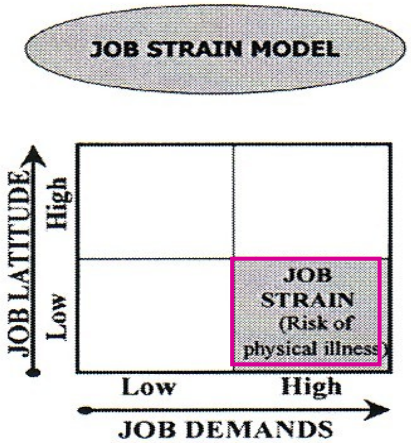
Fehler machen lassen

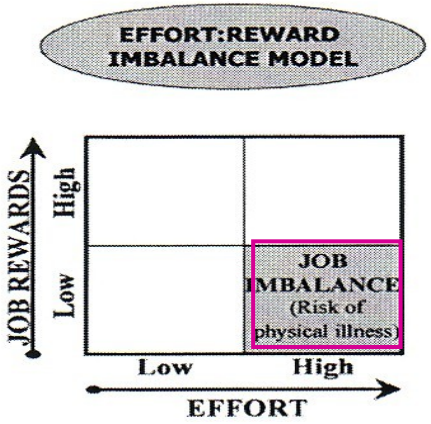
Regelmäßige Auswertung der
Ergebnisse

und neue Ziele

Die Entwicklung muss für alle
erkennbar dokumentiert werden

WORK - RELATED - STRESS





- **Job-Strain-Model (Karasek et al.)**
  - *Konstellation von „high demand and low control“ („low latitude“)*
  - ***erste Studie bereits 1928***
  - ***„Gefühl, ich bin im Druck und kann es nicht steuern, wenig Einfluss“***
  - ***korrelliert deutlich mit der Entwicklung von Hypertonie und KHK***
  - *Oft assoziert mit SES/Sozialer Gradient*
- **Effort-Reward-Imbalance**
  - *Konstellation von „high effort and low reward“, wenig Anerkennung*
  - ***RR 2.4 für kardiale Mortalität (Kivimaki et al.)***
- **Arbeitsplatzunsicherheit**
  - *Umfrage BAG 2002: 11% betroffen*

DIAGNOSTIK

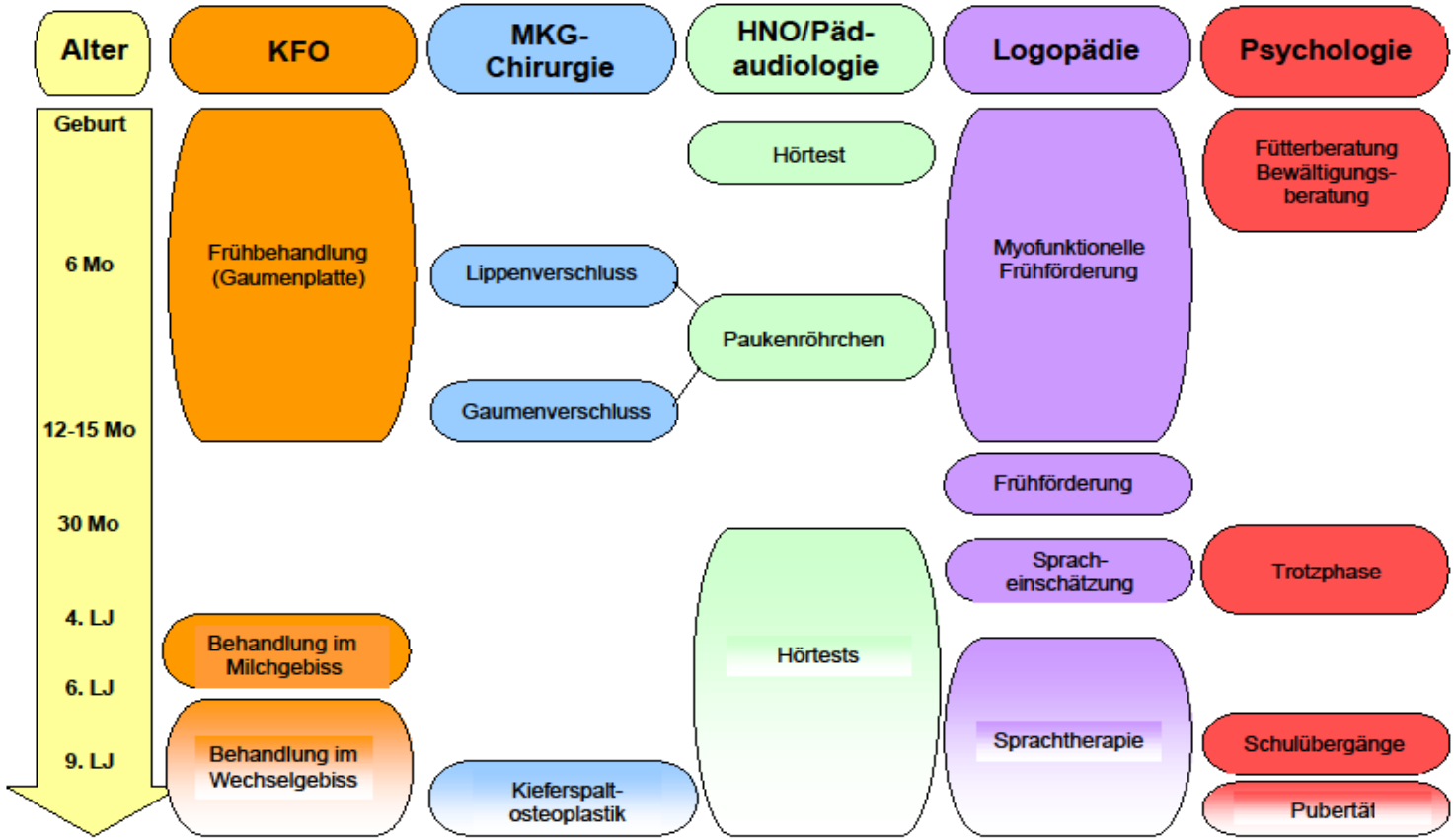
- **Erfassung Psychosozialer Risikofaktoren**
  - Negative Emotionen (Depression, Angst)
  - Persönlichkeitsaspekte (Aerger, Feindseeligkeit)
  - Arbeitsstress und tiefer SES, Migration
  - Soziale Isolation = fehlender „social support“
  - Anamnese oder Fragebogen-Screening (HADS, BDI, STAXI, Cook Medley, PSS)

- **Messung von „Stressparametern“**
  - Cortisolspiegel (Blut, Speichel, Urin)
  - Inflammatorische Marker (CRP, IL-6, TNFα)
  - 24 h HRV-Messungen mit Medilog
- **Messung der kardiovaskulären Reaktivität**
  - „Labortests“ (TILT, Color Stroop, Speech)

THERAP. KONSEQENZEN

- ***Psychosoziale Behandlungsansätze***
  - ***Modifikation des Aergerverhaltens***
  - ***Stressmanagement am Arbeitsplatz***
  - ***Social Support födern***
- ***Psychotherapeutische Interventionen***
  - ***Depression- und Angstbehandlung***
  - ***Traumatherapie***
- ***Spiritualität fördern***
  - ***Vergebungsbereitschaft, Innerer Friede***

Körperbehinderungen aufgrund einer Schädigung des ZNS



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

www.dbkg.de

www.dr-becker-karriere.de