

Jahrestagung der Landesarbeitsgemeinschaft Dienste NRW in Kooperation mit dem BVÖGD, der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf und dem Gesundheitsamt Düsseldorf

Junge psychisch Kranke
20.10.2011 in Düsseldorf

Protokoll AG 5

Psychische Erkrankungen in der Adoleszenz: eine Bedrohung der sozialen Entwicklung Prof.Dr. Matthias Weisbrod

Fragestellungen:

1. Warum haben Menschen mit psychischen Erkrankungen Schwierigkeiten im sozialen und beruflichen Kontext ?
2. Wie kann ich als Profi im SpDi bei der oft zu Beginn der Erkrankung noch unspezifischen Symptomatik zu einer klaren Einschätzung kommen – ist der/ die Betroffene nur faul, unmotiviert oder krank ? Und was kann ich als Profi im SpDi dann anbieten, das interessant genug ist für Betroffene und auch angenommen wird ?
3. Wie gehe ich als Profi im SpDi damit um, wenn mir von der entlassenden Klinik unterschiedliche Entlassungsdiagnosen für ein/e Betroffene genannt werden – bspw. Schizophrenie mit Borderline, ADHS und Asperger ? Wie kann mit dieser Ausgangslage eine angemessene Nachsorge einleiten ?
4. Was ist bei fehlender Krankheitseinsicht ?

Anregungen/ Diskussion zu den Fragestellungen:

1. Effektives soziales Verhalten erfordert
 - ▲ Kognition
 - ▲ soziale Wahrnehmung (z.B. Emotionen in der Mimik anderer Personen erkennen)
 - ▲ Fertigkeiten (z.B. adäquate Mimik, Gestik, Artikulation, Timing - „man muss schon selbst etwas anbieten können“)

Soziale Faktoren sind von wesentlicher Bedeutung für die menschliche Arbeitsleistung. Kognitive Fähigkeiten sind der beste prädiktive Faktor für den Erfolg in der Arbeitsbiografie. Hinweis auf strukturierte diagnostische Verfahren. Beste Aussagen über Aufmerksamkeitsleistungen, Lernen und Gedächtnis. Es existieren spezielle Trainingsprogramme zur Verbesserung von Kognition und sozialen Fähigkeiten, z.B. für PatientInnen mit schizophrenen Erkrankungen integriertes psychologisches Trainingsprogramm (IPT).
2. Neurobiologisch kann man bei Amotivationalität 2 Komponenten unterscheiden: Sich nicht auf etwas Gutes freuen können, keinen Drive haben – sich aber trotzdem freuen können, „wenn man da ist“. Das kann man therapeutisch nutzen, um vom 2.Schritt aus den 1.Schritt wieder in Gang zu bringen.

3. Diagnosen sind Konventionen. Sie nützen den Kliniken, da die Vergütung von Diagnosen resp. Schwere der Erkrankung abhängig ist, dem Arzt, da er mit der Diagnose ein Krankheitsmodell hat, die Prognose stellen kann und die Behandlung entsprechend gestalten kann. In wissenschaftlichen Untersuchungen wurde festgestellt, dass nur in etwas mehr als 20% die Diagnose des Arztes mit der eigenen Einschätzung des Patienten übereinstimmt. Eine Diagnose muss ein Modell vermitteln, mit dem der Patient im Alltag etwas anfangen kann, dann nutzt sie dem Patienten (Struktur, Perspektive).

4. Bei jedem Patienten findet sich ein Stück Einsicht insoweit, als dass er sich vorstellen kann, dass andere Dinge anders sehen als er das tut. Solche Punkte können Ansatzpunkte für ein Gespräch sein. Dabei sollte man u.U. nicht in diagnostische Kategorien hinein gehen sondern auf die Symptomebene. Erfahrungsgemäß kann man mit Patienten relativ gut über kognitive Beeinträchtigungen sprechen, denn das spüren sie, da haben sie Leidensdruck. Kognitive Bereiche (bspw. Geteilte Aufmerksamkeit, Reaktionszeit, Verarbeitungsgeschwindigkeit) kann man differenziert mit PatientInnen besprechen.

Dorgeloh