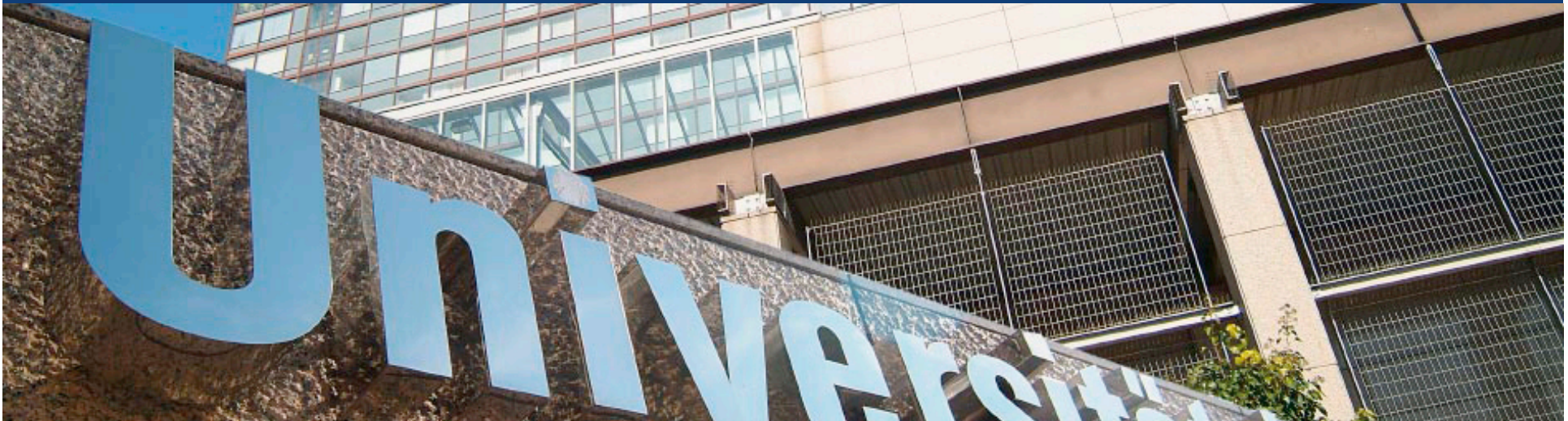




**UNIKLINIK  
KÖLN**



**Studierende mit psychischen Erkrankungen  
– Herausforderungen für die Gestaltung von  
Studium und Beratung**

**Dr. Dipl.-Psych., Rainer Weber**



# Herausforderungen

- Information
- Sensibilisierung für die Studierenden mit psychischen Erkrankungen und für sich selbst!



# psychisch krank versus psychisch gesund?

der spinnt

der hat eine Macke

die ist ja hysterisch

die hat eine Depression

der ist irgendwie komisch

die ist wie ihre Mutter

der Herr B. hat seine Prüfung geschafft

die Frau M. hat jetzt eine feste Beziehung, das wird schon werden mit ihrer Prüfung



- körperliche (somatische) Merkmale (z.B. Hautrötung, Schwellung etc.)
- Indirekte (nicht sichtbare) Merkmale (z.B. auffälliges Röntgenbild)
- (quantifizierbare) abnorme Laborparameter (z.B. Blutwerte etc.)



## Wann ist jemand krank? (nach Rief & Stenzel, 2012)

Idealnorm:	Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens
Statistische Norm:	Intelligenz, Blutdruck, Laborwerte
Soziale Norm:	durch die Gesellschaft definiert (Sexualverhalten)
Subjektive Norm:	durch das Individuum selbst festgelegt
Funktionale Norm:	kann jemand, die ihm übertragenen Funktionen erfüllen (Arbeit, soziale Beziehungen etc.)



## psychische Erkrankung oder psychische Störung

- Krankheitskonzept für den Bereich des Seelischen eher problematisch
- keine Kausalangaben möglich
- Verzicht auf den Begriff der Krankheit in den gängigen Klassifikationssystemen (ICD-10 und DSM-V)



## wodurch zeichnen sich psychische (auch) Störungen aus?

- statistische Seltenheit
- Abweichung von sozialen Normen im Erleben und Verhalten
- die Betroffenen leiden unter der Störung (cave: PD)
- Einschränkungen in wichtigen Funktionsbereichen (Beziehungen, Arbeitsleben etc.)



## wie zeigen sich psychische Störungen? (nach Wittchen, 2012)

- die Art und Weise, wie (und auch ob) Menschen ihre Gefühle erleben und äußern (Beispiel: Alexithymie)
- die Art und Weise, wie Menschen denken, urteilen
- die Art und Weise, wie Menschen sich verhalten (Motorik und soziale Interaktion)
- körperliche bzw. biopsychologische Anzeichen (Herzschlag, Schwitzen, Erröten etc.)





## vom Symptom über das Syndrom zur Diagnose

- Leitsymptome konzentrieren sich auf das Erleben und Verhalten eines Patienten ohne ätiologische Annahmen
- Symptomen sind jedoch zunächst unspezifisch:
- Appetitlosigkeit, Antriebslosigkeit, Lustlosigkeit, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen können Symptome einer Affektiven Störung sein (Depression)
- jedoch auch vieler anderer psychischer oder somatischer Erkrankungen!



## Welche kennen Sie?

Depression

Schizophrenie

Persönlichkeitsstörung

Angsstörung

Sucht

Essstörungen

.....



## Wie häufig kommen Psychische Störungen vor?

- Studie zur Gesundheit Erwachsener In Deutschland (DEGS)
- Zusatzmodul “Psychische Gesundheit” durch das Robert Koch, Bundesministerium für Gesundheit und die Stiftung der DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde)
- repräsentative Bevölkerungsstichprobe (Alter 18-79; N=4.448 vollständig Untersuchte)
- state-of-the-art Diagnostik (diagnostisches Interview etc.)
- Welcher Anteil der Bevölkerung ist oder war in den letzten 12 Monaten von einer oder mehreren psychischen Störungen betroffen?



## 12-Monats-Prävalenz

Anorexie	0,7 %
Körperlich bedingte Psychische Störung	0,9%
Medikamentenmissbrauch	1,5%
Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	2,4%
Psychotische Störung	2,4%
Bipolare Störung	2,8%
Somatoforme Störung	3,3%
Zwangsstörung	3,8%
Unipolare Störung	8,2%
Alkoholstörungen	11,2%
Angststörungen	16,2%



## DEGS (Wittchen et al. 2012)

Jedes Jahr sind 33,3% der Bevölkerung von mindestens einer Störung betroffen (95% KI: 31,8-34,8)

Frauen: 35,9% (95% KI: 33,3-38,0)

Männer: 30,7% (95% KI: 28,6-32,9)



## DEGS-Studie (Wittchen et al. 2012)

- mehr als 1/3 der Befragten haben mehrere Diagnosen (z.B. Angst und Depression, Angst und Suchterkrankung)
- höchste Raten in der Altersgruppe 18-34 (45%)
- mit steigendem Alter erfolgt ein Anstieg der Komorbiditätsrate
- ähnliche Raten wie in der EU (38,2%)
- nur 1/3 aller Betroffenen haben Kontakt zu Behandlungseinrichtungen!!



## 2 Screening Fragen

- 1) Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?
- 2) Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

(Whooley et al., Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. J Gen Intern Med, 1997, 12: 439-445)



Nicht jeder der traurig ist, hat eine Depression!!

## Diagnostik der Depression nach ICD-10

### Hauptsymptome

- gedrückte Stimmung
- Interessenlosigkeit/  
Freudlosigkeit
- erhöhte Ermüdbarkeit/  
Antriebslosigkeit

### Zusatzsymptome

- Konzentrations-und  
Aufmerksamkeitsstörungen
- vermindertes Selbstwertgefühl
- Schuldgefühle
- negative Zukunftsperspektive
- Suizidale Gedanken
- Schlafstörungen
- Appetitlosigkeit





Nicht jeder der traurig ist, hat eine Depression!!

## Diagnosevarianten

Abhängig von Anzahl der Haupt- und Zusatzsymptome und der Dauer

2 Hauptsymptome	2 Zusatzsymptome	> 2 Wochen	leichte Depression
2 Hauptsymptome	3-4 Zusatzsymptome	> 2 Wochen	mittlere Depression
3 Hauptsymptome	mind. 4 Zusatzsymptome	> 2 Wochen	schwere Depression

Etwa 70% der Patienten mit Depression suchen ihren Hausarzt wg. körperlicher Beschwerden auf: Kopfschmerz, Magenbeschwerden, Erschöpfung, Beklemmungen in der Brust etc. (Simon et al, 1999)

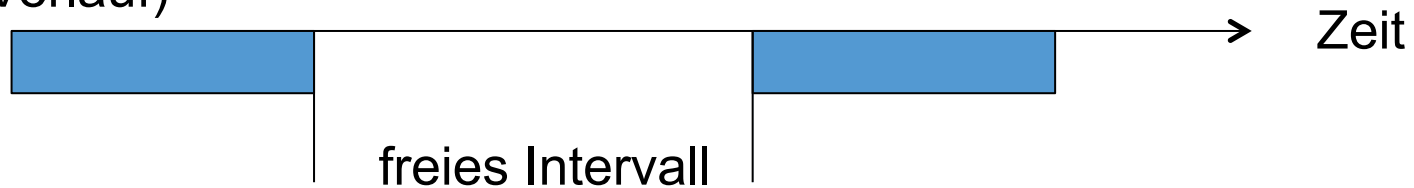


# Verlaufsformen der Depression (Beispiele)

## a) einzelne depressive Episode



## b) schwere Depression (phasischer Verlauf)



## c) Dysthymie (depressive Verstimmung > 2 Jahre)





# Prokrastination

## als Teil einer Depression, Angststörung oder ADHS diagnostizierbar

- Arbeitsstörung
- Probleme in der Prioritätensetzung
- Schwierigkeiten in der Abgrenzung von alternativen Handlungstendenzen
- defizitäres Zeitmanagement
- Angst vor Versagen
- Fehleinschätzung der Aufgaben und der Leistungsfähigkeit
- .....



# Wie kann ich mit einem depressiven Patienten/ Studierenden umgehen?

**.....nicht behandeln wollen, das sollen andere tun!**

- Beziehungsaufbau entscheidend
- Termine z.B. nicht frühmorgens
- Ressourcen erarbeiten, “archivieren”
- positives feedback
- Gesprächsdauer anpassen (Konzentrationsschwierigkeiten)
- keine guten Ratschläge, dadurch stagnieren die Gespräche
- “leichteste” Anzeichen von Aktivität heraushören
- .....
- Suizidalität
- Absprachefähigkeit (setzt gute Beziehung voraus)?
- nicht bagatellisieren (“sie sind doch noch jung”)



## Was kann ein depressiver Patient/Studierender in mir auslösen?

- Helfen wollen
- Hilfe wird nicht angenommen
- Hilflosigkeit
- Gefühl kontrolliert zu werden
- Ungeduld
- Genervtheit
- Impuls zu widersprechen
- ausgelaugt sein
- “der will ja gar nicht, dass man ihm hilft”
- Verachtung
- Gefühl entwertet zu werden
- .....

Gegenübertragung beachten!



# Persönlichkeitsstörungen

**.....nicht behandeln wollen, das sollen andere tun!**

Von gesund nach krank.....

Eigenart	Persönlichkeitsakzentuierung/ Störung (Auswahl)
gewissenhaft, zuverlässig	zwanghaft
anhänglich, loyal	abhängig, dependent
selbstkritisch, abwartend	ängstlich-selbstunsicher
Sprunghaft, spontan	Borderline, emotional instabil
ehrgeizig, selbstbewusst	narzisstisch
.....	

Prävalenzangaben schwanken zwischen 5 und 10%



# Persönlichkeitsstörungen

- Entgegen der Häufigkeit sind diese Patienten eher selten in Psychotherapien zu finden
- Ich-synton
- eher bei Komorbidität!
- hohe Stigmatisierung



# Persönlichkeitsstörungen

**.....nicht behandeln wollen, das sollen andere tun!**

- Persönlichkeitsstörungen sind der Interaktion spürbar!
- das Gegenüber wird verwickelt
- starre Interaktionsstrukturen, wenig Flexibilität
- Mentalisierungsdefizite
- maladaptive Beziehungszirkel (Übertragung/  
Gegenübertragung)





# Persönlichkeitsstörungen

## Beispiel Borderline-Persönlichkeitsstörung

- Störung im Bereich der Affektregulation
- Störung im Bereich der sozialen Interaktion
- Störung im Bereich der Identität



# Borderline-Persönlichkeitsstörung

- berufliche Distanz schaffen
- klare Grenzen abstecken:
- Terminvereinbarungen, Gesprächsdauer eher kurz
- bei Entwertungen, Vorhaltungen z.B. Protokolle anfertigen und gegenzeichnen lassen
- auf eigene Reaktionen achten
- Meta-Ebene
- vom teleologischen zum reflexiven Modus



## ...nicht behandeln!

- Prävalenz liegt bei 1% der Gesamtbevölkerung
- In der Regel chronischer, schubartiger Verlauf
- Tod durch Suizid liegt bei 10-15% (bis zu 50% Suizidversuch)
- körperliche Erkrankungen (wenig compliant, Nikotinabusus)
- Positiv-(Plus-) Symptome: Halluzinationen, Wahnsymptome, bizarres Verhalten, desorganisierte Sprechweise, Zerfahrenheit
- Negative-(Minus-) Symptome: Antriebsarmut, Affektverflachung, Vwerarming des Denkens/Sprechens, Interessenlosigkeit (Anhedonie)



# Schizophrenie: Diagnose-Algorithmus nach ICD-10

- Mindestens ein eindeutiges Symptom (zwei oder mehr, wenn weniger eindeutig) der Gruppen 1-4 oder mind. 2 Symptome der Gruppen 5-8

1	<b>Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug</b>
2	Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühle des Gemachten: Körperbewegungen, Gedanken, Wahrnehmungen
3	kommentierende oder dialogische Stimmen
4	anhaltender, kulturell unangemessener und völlig unrealistischer Wahn
5	anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität
6	Gedankenabreißen oder Einschlebung in den Gedankenfluss
7	katatone Symptome wie Erregung, Haltungsstereotypien
8	negative Affekte wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, flache Affekte

fast ständig während eines Monats oder länger vorhanden (Diff.-Diagnostik!)



# Schizophrenie

## Krankheitsbeginn

- Adoleszenz, frühes Erwachsenenalter!
- dem Vollbild geht ein bis zu mehreren Jahre dauerndes Vorstadium voraus (Prodromalphase)
- unspezifische Störungen: sozialer Rückzug, Verringerung der Kommunikation mit anderen, Interessenverlust, Energieverlust,



## Prognose

- etwa 1/3 gute Remission mit psychopathologisch und sozial geringer Symptomatik
- etwa 1/3 mäßiggradige Residualsymptomatik
- etwa 1/3 schwere Endzustände, weitgehend auf Versorgung angewiesen



## **schlechte Prognose**

- lange Prodomalphase
- hereditärer Status (Familienanamnese)
- ausgeprägte Negativsymptomatik
- fehlende stabile Partnerschaft
- schlechte prämorbidie Anpassung



## Umgangsweisen

- akute Phase – fachpsychiatrische Versorgung
- eigene Rolle klären
- Vernetzung
- Drängen führt selten zum Erfolg und zur Erhöhung der Reaktanz
- Zeitrahmen klären
- Ressourcenorientierung
- gegen soziale Isolation arbeiten!





# kurze Zusammenfassung

## Umgang mit Studierenden mit psychischen Erkrankungen

- “...irgendetwas ist komisch hier”
- “...ich habe den Eindruck, er versteht mich gar nicht”
- “...dann kommt immer, das “ja.aber”, das macht mich wahnsinnig.”
- die Studierenden (auch mit psychischen Störungen) interagieren so, wie sie immer interagieren, auch in der Beratungssituation!



# Übertragung und Gegenübertragung

- Konzept nicht nur auf die therapeutische Situation beschränkt!
- Wahrnehmung und Bewertung sozialen Verhaltens wird durch die eigene (Lebens-) Erfahrung bestimmt.
- (gilt nicht nur für den Studierenden !!)
- beides ist fehleranfällig!
- Personen mit psychischen Störungen sind in einer eher rigiden Umwelt großgeworden, wenig Flexibilität möglich



## Unger et .al (2012) IBS Fachtagung, Berlin BEST-Studie

- Eine der größten ONLINE-Umfragen unter Studierenden in Deutschland
  - ca. 750.000 angeschriebene Studierende
  - Versand der Einladungsmails durch 160 Hochschulen anhand Stichprobenplan des IHS
  - Das IHS hatte weder Namen noch E-Mails der Studierenden
- ➔ Völlige Anonymität bei der Erhebung



## Art der Beeinträchtigung

Kurzbezeichnung	Frauen	Männer	Gesamt
Bewegung	3%	5%	4%
Hören/ Sprechen	3%	4%	3%
Sehen	5%	6%	5%
Psychisch	47%	42%	45%
Chronisch-somatisch	20%	19%	20%
Teilleistungsstörung	4%	7%	6%
Sonstige	4%	5%	5%
Psychisch + chronisch	4%	3%	3%
Mehrfach	10%	10%	10%
Summe	100%	100%	100%



## Beeinträchtigungen bezogen auf 45% Total (Mehrfachennungen)

Angststörung	38,5%
Angststörung/somatisch	43,4%
Depression	78,4%
Essstörung	18,3%
Magen/Darm/psychisch	25,4%
Persönlichkeitsstörung	14,8%
Psychose	4,9%



## Wie sind die in der BEST-Studie angegebenen Daten zu den psychischen Erkrankungen interpretierbar?

- grobe Eckdaten!
- Selbsteinschätzung - Validität der Diagnosen?
- Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen?



## Beratung im Hochschulbereich DSW, 2006

- Psychologische Beratung
- Sozialberatung
- Beratung für Studierende mit Behinderung und chronischer Krankheit



# Beratung an Hochschulen

- Studienberatung als Dienstleistung der Hochschulen (gesetzliche Verpflichtung)
- Ausbildungswege zum Studienberater nicht standardisiert
- Professionalisierung der Beratung durch Gesellschaft für Information, Beratung und Therapie an Hochschulen e.V.





# Grenzen der Studienberatungsarbeit

## **Beratung kann und darf keine Psychotherapie sein!**

- Psychotherapie als heilkundliche Tätigkeit, die an staatliche Vorgaben orientiert ist
- Staatliche Anerkennung der Ausbildungsstätten
- Approbation als Psychologischer oder Ärztlicher Psychotherapeut



**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**