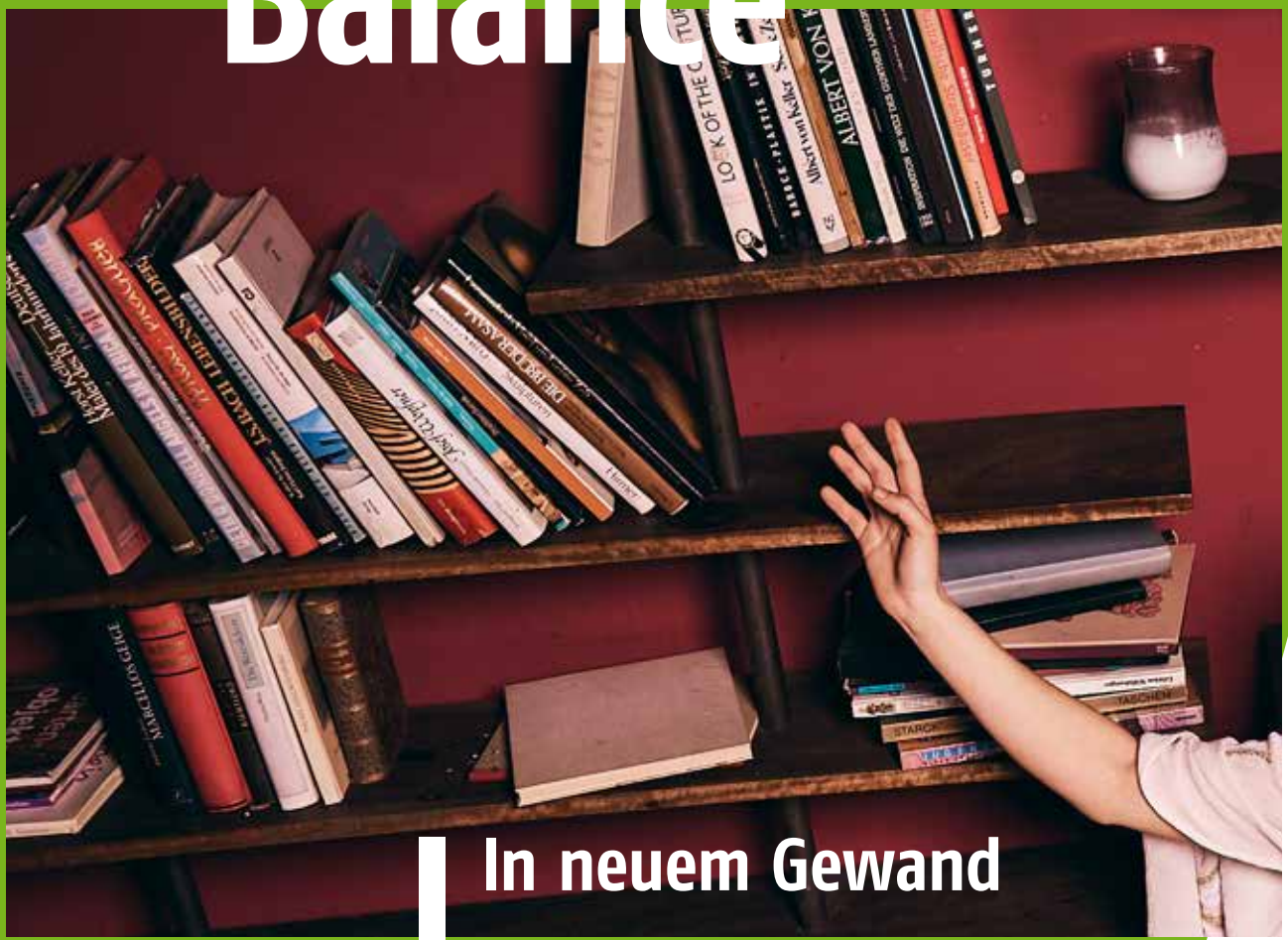
InBalance

Leben mit Manie und Depression



In neuem Gewand

Die InBalance präsentiert sich neu und zeigt neue(s) Gesicht(er) | **2**

Der Trialog ist kein Selbstläufer, sondern muss gelernt werden | **6**

Wie bleiben Angehörige in Balance? | **17**

18. Jahrgang | Ausgabe 2023

Mitgliederzeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. (DGBS)

www.dgbs.de

Editorial

Die InBalance in neuem Gewand

Im letzten Jahr bekam die Redaktion der* InBalance *durch eine neue trialogische Zusammensetzung in einem engagierten Team, das sich inzwischen regelmäßig trifft und sehr gut zusammenarbeitet, frischen Wind. Sie erschien zudem durch die Kunstwerke von Betroffenen und Angehörigen viel farbenfroher als sonst. Sowohl für die Aufmachung als auch für die Inhalte erhielten wir viel Lob und Anerkennung. Diese Ausgabe erscheint nun in einem insgesamt überarbeiteten Design. Bilder und Kunst sollen dabei weiterhin ihren Platz bekommen.

So sind in dieser **InBalance** Fotos der Reihe „Bipolar" der Fotografin Mica Wintermayr verteilt. Auch das Gedicht auf der letzten Seite dieser Ausgabe ist Bestandteil dieses Projekts. Mica Wintermayr erläutert ihr Projekt wie folgt: „Eine bipolare Frau ist zu allererst ein weibliches Wesen. Die Besonderheit ist, dass ihre Persönlichkeit durch extreme Phasen geprägt ist. Das macht ihr Leben anspruchsvoller, weil sie sich dieser Herausforderung stellen muss. Ein Leben mit Depression und Manie – und dazwischen – im vollen Bewusstsein ihres Ichs. In vielen Gesprächen mit den Teilnehmerinnen wurden die sehr individuellen, starken und symbolischen Bilder der Bipolarität identifiziert, alle Details besprochen und authentisch umgesetzt. Alle Frauen waren in einer stabilen Phase. Nur so war es möglich, die Symbolik ihrer Manie und Depression fotografisch festzuhalten. Dieses Kunstprojekt hat den gesellschaftspolitischen Aspekt, sich gegen die Stigmatisierung dieser Einzelgruppe einzusetzen. Es steht stellvertretend für viele andere Einzelgruppen, die sich gegen Vorurteile und Diskriminierung täglich erwehren müssen. Die Fotos zeigen „Gesicht und Seele". Ungeschminkt, intim und verletzlich reichen sie somit dem Betrachter die Hand. Sehen, Fühlen und Begreifen führen zu Offenheit, Toleranz und Akzeptanz."

Zur Entstehung des Projekts

Mica Wintermayr, die im Vorfeld keinerlei Erfahrungen mit Bipolaren Störungen hatte, sich aufgrund einer Fernsehserie dafür interessierte und dadurch die Idee für dieses Fotoprojekt bekam, beschäftigte sich im weiteren Verlauf sehr ausgiebig mit dem Thema. Es war ihr klar, dass sie das Projekt ärztlich begleitet wissen wollte und gewann dafür zunächst Psychiater und Psychotherapeut Dr. Peter Teuschel. Nachdem sie gemeinsam einen Aufruf zu ihrer Idee in das Bipolar-Forum stellten und dafür starke Kritik ernteten, wendete sich Teuschel direkt an die DGBS und stellte die Idee dort vor. Während Mica Wintermayr bereits über andere Wege eine erste Interessentin für das Projekt gewinnen konnte und diese fotografierte, gab es in Kooperation mit Nadja Stehlin von der DGBS einen Aufruf sowohl im Newsletter als auch auf der DGBS-Webseite. In der Folge fanden teilweise stundenlange, ausführliche Gespräche mit weiteren interessierten Frauen statt. Dabei wurde es auch häufig emotional. Sowohl bei den Frauen als auch bei der Fotografin flossen Tränen während des Austausches über die persönlichen Geschichten, welcher für eine passende Idee bezüglich der Bilder essentiell war. Die Auswahl der Teilnehmerinnen erfolgte sehr sorgfältig, denn durch das Projekt sollte keinesfalls eine Instabilität ausgelöst werden. Die Frauen entwickelten über einen längeren kreativen und emotionalen Prozess mit der Fotografin gemeinsam, wie die persönlich empfundenen Krankheitsphasen am besten bildlich und farblich dargestellt sowie mit Zitaten untermalt werden können. Es wurden insgesamt fünf Frauen, zum Teil in mehreren Sitzungen, und zu der Zeit manchmal unter erschwerten Covid-Bedingungen, an unterschiedlichen Orten fotografiert. Das Projekt wurde durchweg medizinisch fachlich begleitet. Nach dem Ausscheiden aus Zeitgründen von Dr. Peter Teuschel übernahm dies Dr. Farah Klöhn-Saghatolislam aus München.

Für Mica Wintermayr ist das Besondere an dem Projekt, dass hier, im Gegensatz zu anderen Fotoprojekten zu Bipolaren Störungen, auch die Augen und Gesichter gezeigt werden – anstelle von anonymen Silhouetten in dunklen Gängen. Dies ist nicht selbstverständlich, bedeutet es doch ein gewisses „Outing" für die fotografierten Frauen und in Bezug auf die Erkrankung tatsächlich „Gesicht zu zeigen". Mica Wintermayr war es zudem wichtig, dass sie verschiedene Altersgruppen von Frauen einbezieht.

Ergebnis sind eine ganze Reihe von ausdrucksstarken Bildern. Dabei werden vier Frauen jeweils mit einem Bild zu den beiden Phasen Depression und Manie dargestellt und eine Frau zeigt ein Bild zur Depression sowie zwei Bilder zur sog. „Mischphase", in denen sowohl Symptome der Manie als auch der Depression gleichzeitig vorliegen. Die Bilder wurden 2021 zunächst im Rahmen von „Denkraum Deutschland" als Teil der Gesamtausstellung „feminin" in der Pinakothek der Moderne, und im Sommer 2022 beim 2. Trialogischen Symposium Bipolare Störung in München ausgestellt. Im Herbst 2022 setzte sich das Kunstprojekt gegen viele andere Mitbewerber durch und wurde für eine prominente Ausstellung beim Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) in Berlin ausgewählt. Die Resonanzen sind durchweg positiv, sowohl von Betroffenen als auch von Angehörigen, Profis und allgemein Kunstinteressierten.

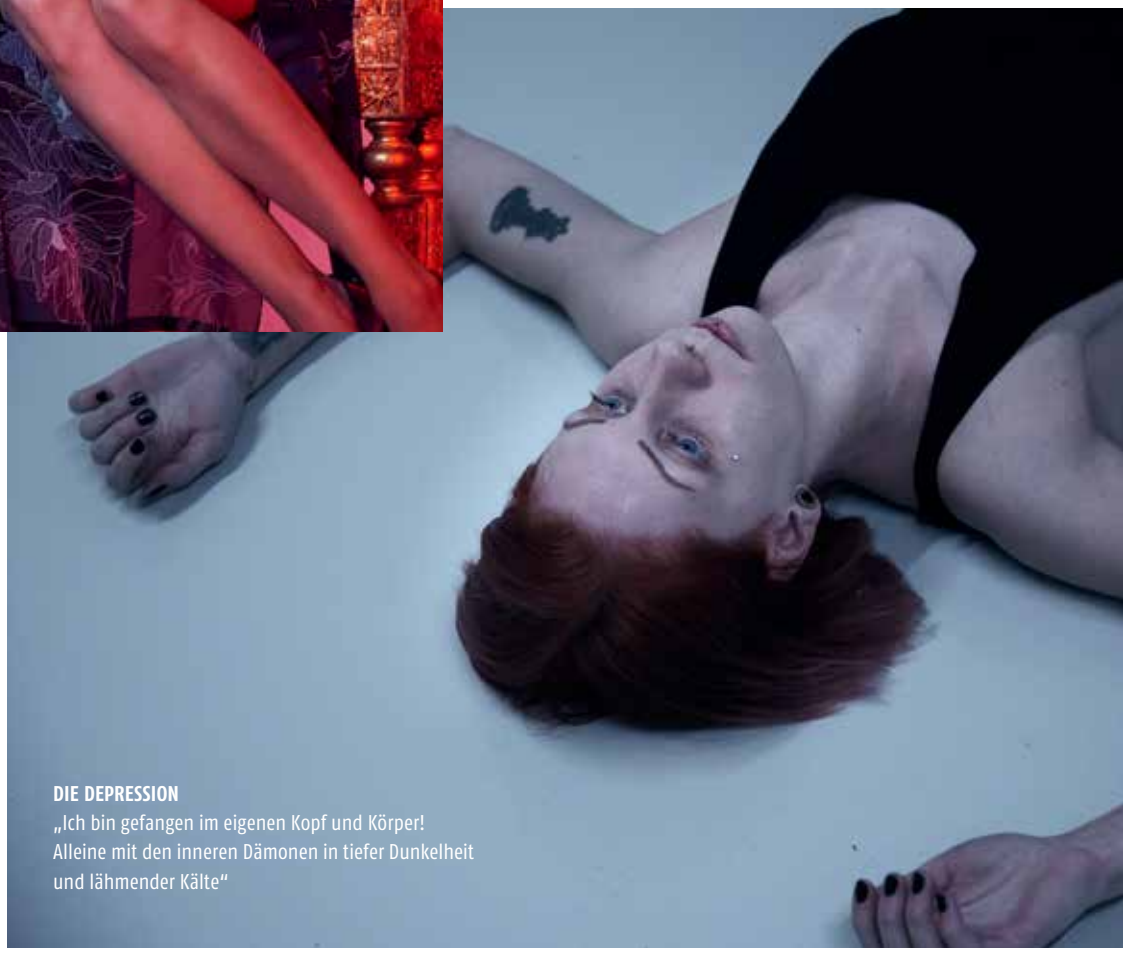
Neben den Bildern finden Sie in dieser Ausgabe wieder zahlreiche interessante Themen: Erfahren Sie mehr über das neu erschienene Handbuch der DGBS zu der S3-Leitlinie Bipolarer Störungen, beantworten Sie für sich die Frage, ob Sie mit einer Bipolaren Störung eventuell eine Anerkennung einer Schwerbehinderung beantragen sollten oder tauchen Sie in die Besonderheiten der Bipolaren Störungen im Alter oder in Bezug auf Schlaf ein. Erfahren Sie zudem was man unter der sog. Co-Abhängigkeit der Angehörigen versteht. Dazwischen kommen immer wieder Aktive der DGBS und ihre verschiedenen Perspektiven des Trialogs zu Wort. Der Trialog ist auch wichtig in der Partizipativen Forschung, für die es in der DGBS seit einiger Zeit eine aktive Arbeitsgruppe gibt und die sich hier vorstellt.

Haben Sie Themenwünsche, die wir in der **InBalance** mit einem Artikel behandeln sollten? Möchten Sie Lob oder Kritik äußern? Dann melden Sie sich bitte unter der Mailadresse: feedback_inbalance@dgbs.de – Es ist uns ein Anliegen, die Mitgliederzeitschrift der DGBS gern weiter zu verbessern und für Sie interessant zu gestalten. ■

Magdalena Meyer, Nadja Stehlin

DIE MANIE
„Ich bin stark und unantastbar, strahlend und reizvoll!
Ich bin energiegeladen und unaufhaltsam, zerstörerisch und
ungenügsam! Ich kann ALLES, Ihr NICHTS! Ich bin eine Königin!

Nadja H.



DIE DEPRESSION
„Ich bin gefangen im eigenen Kopf und Körper!
Alleine mit den inneren Dämonen in tiefer Dunkelheit
und lähmender Kälte“

S3-Leitlinien verstehen und anwenden – praktisches Handbuch der DGBS

Schäfer, Stehlin, Scharfenberger (Hg.)
Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen
Handbuch für Betroffene und Angehörige
216 Seiten, 25 Euro
ISBN 978-3-96605-200-9
E-Book: 24,99 Euro
Psychiatrie Verlag

Das Handbuch der DGBS zur S3-Leitlinie Bipolare Störungen richtet sich sowohl an Betroffene und Angehörige als auch an Personen aus helfenden Berufen und alle allgemein Interessierten und stellt ein fundiertes Nachschlagewerk dar. Es behandelt auch nicht alltägliche Situationen wie z.B. altersspezifische Besonderheiten, Familienplanung und das Vorhandensein von körperlichen und/oder psychiatrischen Mehrfacherkrankungen im Zusammenspiel mit Bipolaren Störungen.

Zudem zeigt das Handbuch die wichtigen Aspekte eines gelebten Trialogs (Zusammenarbeit von Behandelnden, Betroffenen und Angehörigen) auf. Praktisch und ein echter Mehrwert sind die konkreten Tipps und Hinweise am Ende von jedem Kapitel, die dabei helfen können, den Umgang mit Bipolaren Störungen im Alltag besser bewältigen zu können.

Idee und Entstehung des Handbuches

Leitlinien geben Empfehlungen dazu, wie Erkrankungen festgestellt und behandelt werden sollten. Sie richten sich vor allem an Ärztinnen und Ärzte, aber auch an alle anderen Fachleute im Gesundheitswesen. Mit Hilfe von Leitlinien wird das aktuelle medizinische Wissen zusammengefasst. Nutzen und Risiken von Untersuchungen und Behandlungen werden abgewogen, um daraus Empfehlungen zum Umgang mit Erkrankungen zu entwickeln. Leitlinien sind, im Gegensatz zu Richtlinien, nicht rechtlich bindend. Somit dürfen Ärztinnen und Ärzte von der in der Leitlinie empfohlenen Behandlung abweichen, wenn dies in der individuellen Situation der Betroffenen besser geeignet ist. S3 bedeutet, dass die Leitlinie der höchsten Qualitätsstufe entspricht.

Die „S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen“ wurde erstmals im Jahr 2012 nach einheitlichen Standards von einer Arbeitsgruppe entwickelt, die aus Experten und Expertinnen aus verschiedenen Fachbereichen wie Psychiatrie, Psychotherapie, Neurologie und Pharmakologie sowie von Bipolaren Störungen selbst Betroffenen und Angehörigen bestand. Sie war damit die erste Leitlinie, die trialogisch entwickelt wurde. Sie wurde in einem umfassenden Prozess entwickelt, der aus mehreren Schritten bestand:

- Formulierung von Leitlinienfragen: Die Arbeitsgruppe definierte die Fragen, die in der Leitlinie beantwortet werden sollten, auf der Grundlage der vorhandenen Evidenz (wissenschaftliche Erkenntnisse) sowie der klinischen und persönlichen Erfahrung der trialogischen Experten und Expertinnen.
- Systematische Überprüfung der Evidenz: Die Arbeitsgruppe führte eine umfassende Suche nach wissenschaftlichen Artikeln zu Studienergebnissen durch, bewertete diese kritisch und nahm sie in die Leitlinie auf.
- Formulierung von Empfehlungen: Auf der Basis der wissenschaftlichen Grundlagen und der umfangreichen Erfahrungen der Experten und Expertinnen wurden Empfehlungen für die Behandlung von Bipolaren Störungen formuliert.
- Konsensbildung: Die Empfehlungen wurden von der Arbeitsgruppe diskutiert und bei Bedarf überarbeitet, um Konsens zu erreichen.
- Externe Begutachtung: Die Leitlinie wurde von unabhängigen Experten und Expertinnen begutachtet, um sicherzustellen, dass sie wissenschaftlich fundiert und praxisrelevant ist.

Leitlinien müssen regelmäßig aktualisiert werden. Die letzte Aktualisierung der Leitlinie zu Bipolaren Störungen erfolgte im Jahr 2019. Da sie, wie alle S3-Leitlinien, medizinisch-fachlich ausgelegt ist, ist auch die Bipolar-Leitlinie für Betroffene, Angehörige und andere Interessierte häufig schwierig zu verstehen. Zudem umfasst sie 592 Seiten. Als trialogische Fachgesellschaft ist es der DGBS wichtig, dass Behandelnde gemeinsam mit Betroffenen und Angehörigen über die individuelle Behandlung und Therapie entscheiden, damit es im Umgang mit Bipolaren Störungen zu einer gemeinsamen Entscheidungsfindung auf Augenhöhe kommt. Somit ist es notwendig, dass auch Betroffene und Angehörige die Leitlinie lesen und verstehen können. Aus diesem Grund hat die DGBS ein Handbuch herausgegeben, in dem die aktuelle Leitlinie kompakt und verständlich zusammengefasst wird.

Übrigens: Aktive Expertinnen und Experten der DGBS sind auch bei Aktualisierungen oder Neuentwicklung von Leitlinien eingebunden, die Menschen mit Bipolaren Störungen ebenfalls betreffen können. So enstehen aktuell beispielsweise Leitlinien zum Umgang mit Suizidalität sowie zu Psychosen mit komorbider (gleichzeitig vorliegender) substanzbezogener Störung (Sucht).

„Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen – Handbuch für Betroffene und Angehörige“ hat 216 Seiten und ist als Buch und E-Book direkt beim Psychiatrie Verlag oder im Buchhandel erhältlich. ■

Nadja Stehlin

Wieso 25 Euro für ein Handbuch zur Bipolaren Störung ausgeben?

- Das Handbuch ist ein kompaktes Nachschlagewerk zu Bipolaren Störungen und ihrer Behandlung.
- Zielgruppen sind Betroffene, Angehörige, Selbsthilfegruppen sowie fachpsychiatrische und medizinische Berufsgruppen.
- Aktuelles und gesichertes medizinisches Fachwissen wird in allgemein-verständlicher Sprache wiedergegeben.
- Die fundierte medizinische Fachinformation unterstützt den Austausch mit Behandelnden, gibt Hinweise für den Umgang mit der Erkrankung und unterstützt die Prävention.
- Facharztübergreifende Themen wie körperliche und seelische Begleit- und Mehrfacherkrankungen sind ebenso übersichtlich gegliedert wie das wichtige Thema Schwangerschaft/Geburt/Stillzeit.
- Medikamente, Psychotherapieangebote und unterstützende Therapien werden hinsichtlich ihres Nutzens und bestehender Risiken anhand der wissenschaftlichen Empfehlungen der aktuellen S3-Leitlinie bewertet.

DIE DEPRESSION
„Ich weiß keinen Ausweg mehr. Wenn ich sie alle nehme, ist es einfach vorbei."

DIE MANIE
„Es ist so schön auf der Welt zu sein. Durch die Gräser und Sträucher zu tanzen, durch Flüsse zu wandeln, die Natur zu spüren. Ich habe einfach Lust auf Leben!"

Interview

„Aber es musste auch gelernt werden …“

Jeder Mensch ist anders. Jede psychische Krise ist eine persönliche Erfahrung. Die Bereitschaft, verstehen zu lernen, setzt die Erkenntnis voraus, dass professionelles Wissen ebenso begrenzt ist wie die Allgemeingültigkeit eigener Erfahrung.

Genauso vielfältig wie der Mensch ist auch der Trialog. Im Trialog leben die Beteiligten ein erfahrungsgestütztes, ganzheitliches Verständnis psychischer Erkrankung. Denn: Irren ist ein menschlicher Lösungsversuch.*

Die Vielfalt des Trialogs wollen wir in einer neuen Interview-Serie darstellen, die wir in dieser Ausgabe beginnen: Betroffene, Angehörige und Profis werden zu ihren Erfahrungen zum Trialog befragt. Dabei soll es gern auch kontrovers zugehen … Wir starten die Serie mit dem ehemaligen Vorsitzenden der DGBS, Prof. Martin Schäfer.

Lieber Herr Schäfer, was ist eigentlich Trialog?

Unter Trialog versteht man erstmal einen intensiven Austausch dreier verschiedener Gruppen. Im Rahmen der Psychiatrie ist das der Austausch zwischen Psychiatrie- oder Psychoseerfahrenen, professionell therapeutisch Tätigen und Angehörigen. Auf die Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störung bezogen ist es ein Austausch „auf Augenhöhe“ zwischen Betroffenen, Angehörigen und Experten oder Profis.

Die DGBS ist die einzige trialogisch organisierte psychiatrische Fachgesellschaft. Eigentlich erstaunlich, weil der Trialog inzwischen in aller Munde ist … Da stellt sich uns zuerst die Frage: War die DGBS immer schon trialogisch?

Nein, die DGBS wurde im Rahmen einer internationalen Konferenz für bipolare Erkrankungen 1999 als wissenschaftliche Gesellschaft gegründet. Unter den 11 Gründungsmitgliedern war nur ein Nicht-Profi (der Geschäftsführer). Im Fokus standen Grundlagenforschung sowie die Förderung der Diagnostik und Therapie, aber auch Öffentlichkeitsarbeit für die damals noch relativ unbekannte Diagnose „Bipolare Störung“.

Sie sind in der DGBS im Vorstand erst aktiv geworden, als der Trialog schon programmatische Grundlage der DGBS war. Wie es zur trialogischen Ausrichtung der DGBS insgesamt kam, werden wir in der nächsten* in balance *berichten. Sie können uns aber sicher einiges darüber erzählen, was der Trialog denn für die praktische Verbandsarbeit bedeutet …

Zunächst einmal und am wichtigsten: die Öffnung der Mitgliedschaft für alle befruchtete den Austausch von Betroffenen, Angehörigen und Profis auf den Jahrestagungen. Aber es musste auch gelernt werden, mit manischen oder depressiven Phasen einiger Teilnehmer umzugehen. Aus meiner Sicht war es wichtig, dass die Betroffenen selbst Wege fanden, sich möglichst stabil auf Augenhöhe in die Fachdiskussionen einzubringen.

Später forderte die steigende Anzahl von Betroffenen mehr Freiheiten, einen eigenen Bereich innerhalb der DGBS und auch ein eigenes finanzielles Budget. Letzteres ging leider nicht lange gut und konnte letztlich nicht nachhaltig umgesetzt werden. Auch der Versuch, die Geschäftsführung auf ein betroffenes Mitglied zu übertragen zeigte, dass depressive Phasen in Folge hoher Belastung die Vereinsarbeit phasenweise lahmgelegen können.

So lernte die DGBS im Laufe der Zeit, dass für eine gelingende, konstruktive und lehrreiche Zusammenarbeit neue Strukturen geschaffen werden müssen, die auch Krankheitsphasen berücksichtigen. So muss z. B. der Vorstand selbstverständlich trialogisch zusammengesetzt sein, erste Vorsitzende sollten aber nicht selbst betroffene Professionelle bleiben, die alle größeren finanziellen Transaktionen abzeichnen müssen.

Wir alle sollten aufgrund unserer Erfahrung stets bedenken, dass bei den Betroffenen eine hochaktive und intensive Mitarbeit nicht vor Krankheitsphasen schützt, sondern auch eine extreme Belastung darstellen kann und hier Fürsorge für die Betroffenen, aber auch Sicherheit für den Verein wichtig sind.

Ist der Trialog in der DGBS heute „gesichert“ – was muss man tun, damit er lebendig bleibt?

Der Trialog ist aus der jetzigen DGBS nicht mehr wegzudenken. Vorstand und Referate sind streng trialogisch aufgestellt. Das führte auch dazu, dass sich die DGBS von der Pharmaindustrie unabhängig gemacht hat. Stattdessen wird die Jahrestagung seit Jahren von der Aktion Mensch gefördert. Als Selbsthilfeorganisation erhält die Geschäftsstelle Unterstützung von den Krankenkassen. Zudem kann die DGBS unterschiedliche Förderanträge stellen. Kurz: Die ganze Förder- und Finanzierungsstruktur der DGBS baut auf dem Trialog auf. Das macht einen großen Unterschied zu den klassischen Fachgesellschaften. Darin liegt ja gerade auch der Reiz der Gesellschaft mit ihren kreativen Projekten, Beratungsangeboten, Schulungen und Publikationen wie der Patientenleitlinie. Als besonderes innovatives Beispiel gilt das „Referat betroffene Profis“, in dem der Trialog nochmal eine besondere Bedeutung erfährt.

Verlassen wir mal kurz die DGBS und schauen uns die Psychiatrie im Ganzen an, die klinische und ambulante Versorgung, die Rehabilitation … Wie ist es hier aus Ihrer Sicht um den Trialog bestellt?

Bezüglich der gesamten Psychiatrie hat sich der Trialog noch nicht in dem Umfang wie bei der DGBS entwickelt, es ist jedoch Bewegung im System – zumindest in der ambulanten Versorgung und in Institutsambulanzen. Arztpraxen haben das Problem, dass trialogische Arbeit nicht vergütet wird.

Auf Steuerungsebene wird die Mitsprache von Angehörigen und Betroffenen über ihre Verbände zunehmend ermöglicht oder gar erwartet: zu nennen sind hier politische Anhörungen über die Entwicklung psychiatrischer Versorgung, die Leitlinienentwicklung oder auch die Vergabe von Forschungsmitteln, Patientenpräferenz und -Orientierung und deren praktische Umsetzung – nicht nur bei der Bipolaren Störung.

In der therapeutischen Praxis kommt es sehr auf die persönliche Haltung der Profis an, ebenso aber auf die Erwartungen, Einstellungen und die Emanzipation der Betroffenen und Angehörigen. Eine trialogische Haltung entwickeln wird man nur, wenn man einen Vorteil darin sieht – was bringt Ihnen als Profi in Ihrem beruflichen Alltag der Trialog ganz konkret?

Die Frage ist wichtig. Die Haltung der Profis musste sich natürlich entwickeln. In der DGBS können Sie erleben, dass der Einbezug trialogisch erfahrener Betroffener ein unglaubliches Wissen offenbart und welche Entlastung das bringen kann. Als therapeutisch tätiger Mensch kann ich mich darüber freuen, dass gut informierte und aufgeklärte Patientinnen und Patienten (und Angehörige) kommen, denn aktive Mitarbeit, Motivation und ihre spezifische Erfahrung können den Behandlungserfolg immer verbessern. Ein selbstbewusstes Auftreten der Betroffenen und Angehörigen ist hilfreich, wobei es nicht zu fordernd sein sollte, keine Seite darf überheblich auftreten.

Ich selbst habe in meiner Arbeit viel aus der Somatik gelernt, wo Patientenverbände für sich selbst, aber auch für die ärztliche Seite viel erreicht haben: in der Öffentlichkeitswahrnehmung, der Entwicklung neuer Therapien und auch in der Finanzierung und Förderung von Forschung. Hier hieß es nicht Trialog, aber es galten Augenhöhe ohne offizielle Regeln, ein freundliches Miteinander, Offenheit, gute Strukturen und eine fruchtbare Zusammenarbeit von ärztlichen Fachgesellschaften, Betroffenen- und Angehörigenverbänden.

Die Arbeit der DGBS zeigt, dass das auch in der Psychiatrie möglich ist. Da feste und zuverlässige Strukturen für Menschen mit psychischen Erkrankungen aber schwerer stabil durchzuhalten sind als ich es in der Inneren Medizin gesehen habe, stellt die trialogische Fachgesellschaft aus meiner Sicht die stabilste und durchsetzungsfähigste Form der Zusammenarbeit dar.

Man muss aber auch ehrlich sagen, dass es für Betroffene in der Psychiatrie in vielen Bereichen noch sehr schwer ist, sich zu organisieren und eine intensive Selbsthilfearbeit zusammen mit Profis durchzuhalten. Als Beispiel sei der Bereich der schizophrenen Psychosen genannt …

Aber zurück zur Frage: Im klinischen Alltag macht mir der Trialog das Leben leichter, weil ich durch das „Mehrwissen" bei Betroffenen und Angehörigen auf viel höherem Niveau Gespräche führen kann. Es macht Spaß, mit aufgeklärten Betroffenen und Angehörigen zu diskutieren. Anstrengend ist allerdings manchmal der Druck durch die erhöhte Erwartungshaltung. Nicht immer hat man die Zeit, die sich alle wünschen, nicht immer kann man alle therapeutischen Optionen abdecken. Man kann sich leider nicht zerrreißen, aber letztendlich können Wünsche und Ideen immer etwas Neues einleiten, über die man sich letztendlich selbst weiterentwickeln kann.

Haben Sie einen Tipp für Ihre Kolleginnen und Kollegen, trialogisches Denken für ihre berufliche Zufriedenheit zu nutzen?

Auch das ist ein ganz wichtiger Punkt. Wir versuchen in der DGBS stetig, jungen Ärztinnen und Ärzten das trialogische Miteinander näher zu bringen, sie dafür zu interessieren und es in ihrem Alltag als selbstverständlich zu etablieren. Wir würden uns freuen, wenn noch mehr Berufsgruppen wie Pflegekräfte, Psychotherapeutinnen oder Sozialarbeiter an der Jahrestagung teilnähmen.

Hier würden die Betroffenen und Angehörigen unter unseren Mitgliedern den Profis aller Berufsgruppen das trialogische Miteinander schmackhaft machen, zeigen, dass er Spaß macht und die berufliche Arbeit befruchtet. Konkret: dass man gemeinsam und neutral über Probleme diskutieren kann, die alle kennen, die man aber ganz unterschiedlich erlebt – nicht zu verwechseln mit Einzelfall-Diskussionen. Im Idealfall entstehen Einsichten, die eben nicht nur vielen Betroffenen helfen, sondern genauso auch den Profis im klinischen Alltag. In keiner anderen Fachgesellschaft können Profis von Betroffenen lernen oder sich so intensiv und frei austauschen, ohne eben als Arzt oder Profi agieren zu müssen. In diesem Zusammenhang sind neuere Analysen interessant, die bestätigen, dass auch in der Therapie der Bipolaren Störung die systemische Arbeit, also den Einbezug von Betroffenen und Angehörigen, der Einzelpsychotherapie deutlich überlegen ist.

Und schließlich ist es für therapeutisch tätige Menschen natürlich extrem erfreulich, wenn in einer trialogischen Kommunikation nicht nur die Betroffenen selbst positive Rückmeldungen geben, sondern auch die Angehörigen. Das sind ja letztendlich die Momente, die uns zufrieden machen, motivieren und für die wir diesen Beruf ergriffen haben. ■

Die Fragen stellten Magdalena Meyer und York Bieger.

* In Anlehnung an die „Philosophie der Psychoseseminare" in: https://www.trialog-psychoseseminar.de/ (Zugriff: 20.06.2023)

„Der Trialog ist kein Selbstläufer." Martin Schäfer

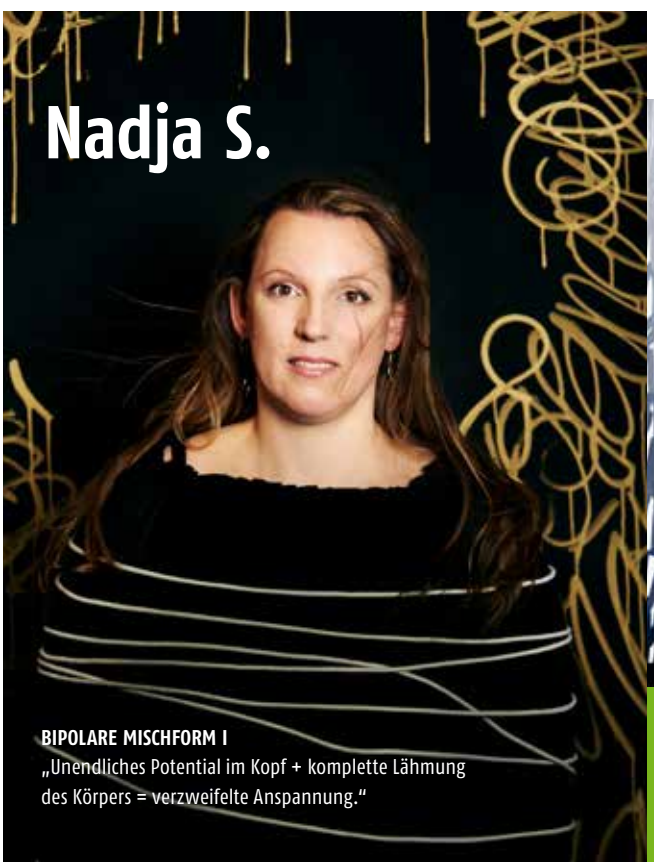
Partizipative Forschung: Mit Menschen forschen

Die Forschung zur Bipolaren Störung hat in den letzten Jahrzehnten enorme Fortschritte gemacht und hat ein Wissen erschaffen, welches von Einzelpersonen kaum noch überblickt werden kann. Trotz dieser Fortschritte wirkt sich dies jedoch kaum auf die klinische Praxis oder die Lebensqualität bipolar erfahrener Menschen aus. Viele Menschen mit Erfahrungsexpertise zur Bipolaren Störung erleben Forschung als weit entfernt von ihrer Lebensrealität bzw. den Herausforderungen, denen sie sich tagtäglich stellen. „Partizipative Gesundheitsforschung" will diese Kluft schließen und Menschen mit Erfahrungswissen an den Prozessen der Forschung beteiligen.

Der Ansatz der Partizipativen Forschung ist schon einige Jahrzehnte alt und eng verbunden mit Begriffen wie „Teilhabe", „Inklusion" oder „Empowerment". Auf europäischer Ebene ist er oft schon fest in die Wissenschaft integriert. Partizipative Gesundheitsforschung (PGF) wurde in Deutschland lange vernachlässigt. Dennoch zeigen sich in den letzten Jahren rasante Entwicklungen, die Forschende und Menschen mit Erfahrungsexpertise vor große Herausforderungen stellen. Zunehmend wird die Beteiligung von Menschen mit gelebter Expertise Voraussetzung, um erfolgreich Forschungsgelder beantragen zu können. Das gilt sowohl für die Entwicklung der Fragestellungen und des Studiendesigns, als auch für die Durchführung, Auswertung und Publikation der Ergebnisse. Während es hierzu z. B. in England schon feste Strukturen gibt und Menschen mit Erfahrungswissen sogar im Angestelltenverhältnis an Forschungsprojekten beteiligt werden, hinkt Deutschland hinterher und ist dadurch im Werben um internationale Forschungsgelder im Nachteil.

Partizipative Forschung wird oftmals als sogenanntes Stufenmodell der Beteiligung dargestellt (Abbildung Seite 10). In den ersten Stufen beraten Menschen mit Erfahrungsexpertise Forscher bei der Planung, z.B. als Mitglieder in Beiräten. Dies wird derzeit weitgehend am häufigsten praktiziert. Sämtliche Entscheidungsmacht über forschungsrelevante Aspekt liegt hierbei jedoch weiterhin bei den professionell Forschenden. Einige Modelle sprechen hier noch von einer Vorstufe der Partizipation. In den weiteren Stufen „echter Partizipation" findet eine Mitbestimmung, teilweise Entscheidungskompetenz oder sogar Entscheidungsmacht statt. Menschen mit Erfahrungswissen leisten also eigene Beiträge im Forschungsprozess und arbeiten z.B. an der Gestaltung, Interpretation und Auswertung von Fragebögen. Anfragen an die DGBS von Forschenden beziehen sich derzeit ausschließlich auf die Beratung durch krankheitserfahrene Menschen, z. B. in Beratungsgremien

Die Themen, zu denen Expert*innen aus Erfahrung im Bereich der Bipolaren Störung beitragen können, sind vielfältig. Einer der wichtigsten Beiträge der PGF ist die Konzentration der Forschung auf Fragen, die den Erfahrungsexperten am wichtigsten erscheinen. Während die Forschung derzeit von Themen wie Genetik,



BIPOLARE MISCHFORM I
„Unendliches Potential im Kopf + komplette Lähmung des Körpers = verzweifelte Anspannung."

BIPOLARE MISCHFORM II
„Wenn der Geist aufgibt und der Körper aktiv bleibt, wird es gefährlich."

Neurobiologie, Beschreibung von Krankheitsbildern oder Versorgung dominiert ist, fordern Erfahrungsexperten eine Fokussierung auf lebensnähere Themenfelder, wie medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung oder Lebensstil und psychosoziale Faktoren. Auch Prävention und positive Aspekte (wie z.B. Kreativität) der Bipolaren Störung sollten öfter beforscht werden.

Bipolare Störungen sind mit schwerwiegenden Folgen für den betroffenen Menschen verbunden. Die Anzahl und Dauer von Krankenhausaufenthalten, der Verlust von Lebensjahren sowie die Suizidrate machen deutlich, dass wir dringend verbesserte Behandlungsmöglichkeiten brauchen – die PGF könnte hier einen wertvollen Beitrag leisten. So werden durchaus häufige Fragen von Erfahrungsexperten wie „Was sind die Risiken, wenn ich keine Medikamente oder eine geringere Dosis nehme?" selten in den derzeitigen Forschungsdesigns beantwortet.

Ein Problem in der Behandlung und auch deren Erforschung ist oft die Non-Adhärenz, also das Nicht-Annehmen oder Ablehnen von Behandlungsempfehlungen oder -angeboten. Ein direkter Einbezug der Erfahrungsexperten kann hier wichtige Einblicke geben. Obwohl die Forschung bereits heute zunehmend auf Themen wie Nebenwirkungen und mangelnde Krankheitseinsicht eingeht, berichten Erfahrungsexperten immer wieder, dass sie Medikamente absetzen, da die Medikamente sie in ihrer Lebensqualität und Funktionalität im Alltag behindern oder diese nur unzureichend verbessern. Tatsächlich spielt die gewonnene Lebensqualität in Studien zur medikamentösen Behandlung oft kaum eine Rolle. Denn meist wird zur Bewertung eines Medikaments nur die Symptomreduktion herangezogen und andere Behandlungsergebnisse werden vernachlässigt. Eine kanadische partizipative Forschungsgruppe um Erin Michalak (CREST.BD) hat sich diesem Sachverhalt beispielhaft erfolgreich gewidmet. Es wurde gemeinsam mit Erfahrungsexperten ein Fragebogen zur Lebensqualität von Menschen mit Bipolarer Störung entwickelt, der mittlerweile in verschiedene Sprachen übersetzt wurde.

Auch im Bereich der Entstigmatisierung können Erfahrungsexperten einen wichtigen Beitrag leisten. Die Bipolare Störung ist weiterhin mit einem hohen Maß an Stigmatisierung verbunden, wobei manische Symptome wie Größenwahn, Hypersexualität und aggressives Verhalten besonders negativ beurteilt werden. Auch die Stigmatisierung von Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten und selbst Krankheitserfahrungen haben, ist weit verbreitet. Ansätze der PGF eignen sich besonders gut, um mit sozial Benachteiligten oder marginalisierten Gruppen, deren Mitglieder oft einen eingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung und einen geringeren sozialen Status haben, zu forschen. Das Prinzip nicht nur „an Menschen", sondern „mit Menschen" zu forschen, überwindet das gewohnte Machtgefälle und ermächtigt Menschen, die unter einer Stigmatisierung leiden. So bringt PGF Menschen mit Erfahrungswissen in Führungsrollen, fördert die Entwicklung neuer Fähigkeiten, zeigt Selbstwirksamkeit auf und verbessert die soziale und berufliche Perspektive.

Die klinische Forschung befasst sich seit vielen Jahren mit der Beschreibung von Krankheitsbildern, deren Ursachen und Behandlungen. Jedoch berichten viele der Menschen mit Erfah-

DIE DEPRESSION
„Und dann bin ich ... nichts ..."

rungswissen zur Bipolaren Störung, dass sie auch erhebliche Vorteile durch die Erkrankung erfahren. Kay Redfield Jamison, eine selbst erfahrene klinische Psychologin war eine der ersten, die solche Vorteile dokumentierte. Menschen mit eigener Krankheitserfahrung berichten hierbei häufig von erhöhter Empathie, sozialem Engagement, Kreativität und erhöter Produktivität. Ein Forschungsansatz, der mithilfe der PGF verfolgt werden könnte, wäre, wie sich diese Vorteile unter Erhaltung der Stabilität verstärken lassen und somit zu einem erfolgreicheren und zufriedenerem Leben führen können.

Im Zuge der raschen Entwicklungen formierte sich im Frühjahr 2022 zum ersten Mal die Arbeitsgruppe "Partizipative Forschung" der DGBS. Der AG gehören Menschen mit eigenen Erfahrungen, Angehörige und professionell Forschende an. Ziel der Arbeitsgruppe ist es, Ansprechpartner für Forschende zu sein, nach mitforschenden Erfahrungsexperten suchen oder ihre Forschungsidee einem Expertengremium vorstellen wollen. Die AG war bisher an drei Forschungsanträgen für deren Finanzierungen beteiligt und stellt mehrere Mitglieder in den entsprechenden Beiräten der Studien. BIPCOM, ein Projekt, welches die körperlichen Begleiterkrankungen der Bipolaren Störung erforscht, konnte erfolgreich durch den langwierigen Bewerbungsprozess begleitet werden. Studienbeginn der mehrjährigen internationalen Studie war März 2023.

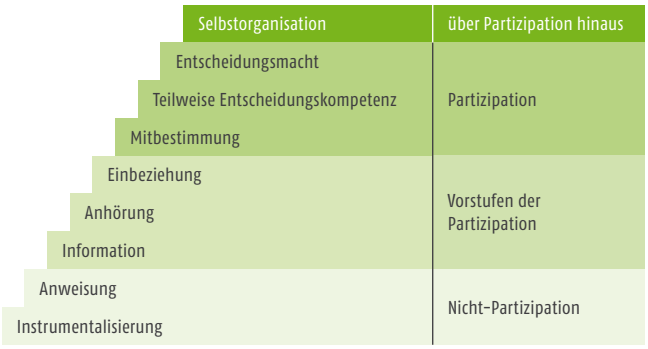


Abbildung 1: Stufen der Partizipation in Wright, Block & Unger in Wright (2010)

Zukünftig sollen weitere Kooperationen aufgebaut werden und die internationale Vernetzung gestärkt werden.

Sollten Sie selbst Interesse haben, sich in der Gruppe zu engagieren oder mit der AG zusammenzuarbeiten, wenden Sie sich gerne an Florian Klingler (f.klingler@dgbs.de). ■

Florian Klingler

Ü 60 und ein bisschen weise

Aus zwei Blickwinkeln reflektiere ich in diesem Text den Prozess des Älterwerdens: Als Allgemeinärztin und als von einer Bipolaren Störung Betroffenen. Mir wurde zunehmend klar, dass der überwiegend chronische Verlauf der Bipolaren Störung im Alter oft mit weiteren körperlichen Erkrankungen einhergeht. Deshalb ist es meines Erachtens notwendig, sich mit gesundheitsfördernden Faktoren zu beschäftigen und diese mit den jeweiligen Fach- und Hausärzten in ihrer Mehrschichtigkeit zu diskutieren.

Eine Orientierung über gesundheitsfördernde Faktoren im Alter bei einer Bipolaren Störung gab mir die aktuelle S3-Leitlinie der DGBS. Im kürzlich erschienenen Handbuch „Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen für Betroffene und Angehörige" (Psychiatrie Verlag) habe ich am Transfer komplexer medizinischer Sachverhalte hin zu einer allgemein verständlichen Sprache mitgearbeitet.* Eine Bipolare Störung ist nach heutigem Wissensstand bislang nicht heilbar, sondern allenfalls steuerbar. Dies bedeutet, dass sich Bipolare Menschen zwangsläufig mit dem Älterwerden auseinandersetzen. Viele Menschen mit Bipolaren Störungen können in Hinblick auf die Chronifizierung mit oft langem Verlauf phasenweise mutlos werden. Glücklicherweise gibt es – zusammen mit weiteren Therapieoptionen – eine meist langjährige und bewährte Medikation, die wir gerne im höheren Alter beibehalten wollen. Der Gedanke an Veränderungen behagt vielen – auch mir nicht, um ehrlich zu sein.

Notwendige Anpassung von Medikamenten im Alter

Der Wunsch nach Stabilität und bewährter Medikation steht gerade in höherem Alter oft im Vordergrund. Jedoch treten körperliche gesundheitliche Probleme häufiger auf als bei jüngeren Menschen. Erprobte Medikamente wie z.B. Lithium werden oft verändert abgebaut: Der Abbau erfolgt schneller oder langsamer. Deshalb sollte der Medikamentenwirkspiegel regelmäßig geprüft werden, um unerwünschte Nebenwirkungen zu vermeiden.

Neue Herausforderungen entstehen durch erstmalig im Alter auftretende körperliche Erkrankungen wie Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes (und weitere Erkrankungen). Diese erfordern neben zusätzlichen Medikamenten auch kontiunuierliche Kontrolluntersuchungen. In Hinblick auf notwendige Medikamente gilt: Je höher die verordnete Anzahl an Medikamenten, desto höher die Wahrscheinlichkeit von unerwünschten Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Arzneimitteln. Die S3-Leitlinie (gültig bis 02/2024) empfiehlt Menschen über 65 Jahren nicht mehr als fünf Medikamente gleichzeitig einzunehmen. Die Anzahl von Medikamenten gilt natürlich nur, wenn dies aufgrund der bestehenden Erkrankungen möglich ist.

Sehr empfehlenswert sind ergänzende individuelle Schritte zur Verbesserung von Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten. Auch beim Nikotin- und Alkoholkonsum empfiehlt es sich, schädliche Mengen zu meiden bzw. zu reduzieren. Als Motivierungshilfe und begleitende Anleitung für aktive Gesundheitsvorsorge gibt es Kurse, die teilweise bis vollständig von Krankenkassen finanziert werden. Das Angebot reicht von Autogenem Training über

Raucherentwöhnung bis hin zum Yogakurs. Am Ende des Textes befindet sich ein Link** für förderungsfähige Kurse.

Gesicherte Medikamenteneinnahme

Wenn ich an die Lithium-Einnahme im Alter denke, bauen sich zwei Befürchtungen auf: Lithium kann in seltenen Fällen nach jahrzehntelanger Einnahme Nierenschädigungen auslösen. Wichtig zu wissen: Medikamentennebenwirkungen hängen auch von der Dosierung ab: Je niedriger die Dosis, desto geringer die Nebenwirkungsrate. Heute ist es wissenschaftlich erwiesen, dass bei älteren Menschen der Lithiumspiegel bei weiterhin guter Wirksamkeit gesenkt werden kann, um die Nierenfunktion zu schützen. Auch kann die Lithiumeinnahme auf zwei Einnahmen pro Tag verteilt werden, um drohende hohe „Medikamentenspitzen" im Körper zu vermeiden. Diese Beispiele zeigen, wie eine veränderte Medikamenteneinnahme älteren Betroffenen mehr Schutz vor unerwünschten Nebenwirkungen bieten kann. Falls Lithium abgesetzt werden muss, sollte genau mit dem behandelnden Arzt besprochen werden, durch welches wirksame Medikament es ersetzt werden kann.

Therapieoptionen

Der Verlauf unserer chronischen Erkrankung hängt natürlich nicht nur von der Medikamenteneinnahme ab. Eine gute Nachricht gibt uns die aktuelle S3-Leitlinie in Hinblick auf Psychotherapie, da dort keine altersbedingten Unterschiede oder Einschränkungen festgestellt wurden. Psychotherapie im Alter ist laut S3-Leitlinie wirksam und kann – wie bei jüngeren Menschen – Erfolge erzielen. So sollten wir uns – wie auch Angehörige – nicht scheuen, psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, wenn wir sie benötigen.

Beim Schreiben des Artikels reflektierte ich nochmals, dass alles theoretisch-medizinische und praktische Wissen seine Grenzen hat. Erst das Zusammentreffen von fachpsychiatrischer Behandlung mit gezielter Medikation, stützender Psychotherapie, Psychoedukation, Selbsterfahrung und vor allem der stetige Austausch mit Bipolar Betroffenen, Behandelnden und Angehörigen lassen mich zuversichtlich auf mein Älterwerden blicken. Nicht zu vergessen ist auch der medizinische Fortschritt sowie der Umgang mit seelischen Erkrankungen im Sinne einer Entstigmatisierung, was für Betroffene und Angehörige weniger sozialen Stress bedeutet.

Akzeptanz des Älterwerdens

Älterwerden ist ein Prozess des Körpers und der Seele: Schon Menschen zwischen 50-59 Jahren ohne chronische Erkrankung beschäftigen sich zeitweise mit ihren nicht ergriffenen Lebenschancen, dem beginnenden „Älterwerdungsprozess" ihres Körpers und mit dem Verlust von gewohnter Fitness und Attraktivität. Ich räume ein, dass mein 60. Geburtstag der erste war, der ohne wirkliche Akzeptanz und Gelassenheit endete.

Coping- (Bewältigungs-)strategien

Es ist manchmal für Betroffene und Angehörige nicht leicht, mit einer chronischen psychischen Erkrankung zu leben und damit alt zu werden, im Alter rückblickend auf Vergangenes, Verlorenes, Misslungenes zu schauen und sich im Gegenzug mental immer wieder neu auf Gelungenes, Erfolgreiches und Schönes im Leben zu fokussieren. Es bleibt vielen Betroffenen nicht erspart, extreme Krankheitsphasen zu durchleben. Wer solche Phasen lebenslang immer wieder überstanden und teils mehrfach durchschritten hat, kann stolz auf sich sein. Es ist eine Lebensleistung, durch die viel Lebenserfahrung entstanden ist. Auch eine innere Gewissheit, aus Krankheitsphasen wieder in den Alltag zurückzufinden. Menschen, die bis ins höhere Alter nie länger oder schwerwiegender erkrankt waren, ängstigt schon der Gedanke, sie könnten im Alter erstmalig eine Krankheit entwickeln. Chonisch erkrankte Menschen haben hier mit ihren Copingstrategien – dem Umgang mit schwierig empfundenen Lebenphasen – eindeutig einen Erfahrungs- und Wissensvorsprung.

Ein Beispiel für erfolgreiche Bewältigung von Grenzsituationen findet sich im Leben des Bergsteigers Reinhold Messner, der sich – auch ohne psychische Erkrankung – für ein Leben mit Extremen entschieden hat. Er tat „Verrücktes" und durchschritt als erster Mensch ohne Sauerstoffversorgung die sog. „Todeszone" am höchsten Berg der Erde. Grenzerfahrungen gehören für Messner zum Leben. Dabei wurde ihm vorgeworfen, den Tod seines Bruders auf einer Himalaya-Expedition verschuldet zu haben. Die öffentliche Meinung hat ihn lange aus diesem negativen Blickwinkel betrachtet. Auch Menschen mit Bipolaren Störungen kennen diese „Fokussierung auf das Negative" vebunden mit Schuld- und Schamgefühlen. Fokusiert sich bei Bipolaren Betroffenen ein Gegenüber zu sehr auf die Diagnose, geht dabei u.U. der Blick auf die Lebensleistungen verloren. Messner berichtet über seine Strategie, um diese Negativität zu überwinden: Im Hier und Jetzt zu leben und nach vorne zu blicken. Ich empfinde Messners Lebenseinstellung als hilfreich bei krankheitsbedingten Extremerfahrungen: Messner klammerte sich weder an seine herausragenden Erfolge noch an seine schmerzhaften Misserfolge. Kraft schöpfe er aus den Ideen für die Zukunft und durch erreichte Leistungen. Diese innere Freiheit ermöglicht ihm ein „gelingendes Leben". Mit einem „gelungenen Leben" im Sinne: „Was habe ich erreicht?", beschäftigte er sich hingegen nicht. Menschen mit chronischen Erkrankungen brauchen Vorbilder, die authentisch aufzeigen, wie Leben bereichernd weitergehen und jederzeit gelingend gestaltet werden kann – ungeachtet von Handicaps und Krankheitseinschränkungen. Besonders im Älterwerden benötigen wir Orientierung und Austausch mit gleichaltrigen oder älteren Menschen, damit uns weiterhin und möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben mit der Bipolaren Störung gelingt.

Als leidenschaftliche Radfahrerin, die Berg- und Talfahrten kennt, schließe ich mich mit einem kleinen Augenzwinkern den Worten von Albert Einstein an: „Das Leben ist wie Fahrradfahren, um die Balance zu halten, musst du in Bewegung bleiben." ■

* Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Handbuch für Betroffene und Angehörige S.154-159

** https:portal.zentrale-pruefstelle-praevention.de/portfolio/gkv-sv/suche

Gabriele Schöck

Schlaf hält die Psyche in Balance

Schlaf ist von grundlegender Bedeutung für die körperliche und geistige Gesundheit des Menschen. Schlaf gibt unserem Körper Energie und hält die Psyche im Gleichgewicht. Für diesen Artikel habe ich Dr. Philipp Ritter interviewt. Dieser ist leitender Oberarzt für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carius in Dresden und forscht zum Thema Schlaf bei psychischen Erkrankungen und insbesondere bei Bipolaren Störungen. Dr. Ritter arbeitet außerdem gemeinsam mit der DGBS im relativ jungen Feld der partizipativen Forschung. Trotz anfänglicher Skepsis beschreibt er es heute als wichtig, konstruktiv und hilfreich, die Erfahrungen und Anregungen der Betroffenen und deren Angehörige in seine Forschungsarbeit einfließen zu lassen.

Schlafstörungen sind bei Menschen mit einer Bipolaren Störung ein häufiges und quälendes Problem. Insbesondere in Krankheitsepisoden stellt sich die Frage, wie Probleme mit dem Schlaf am besten gelindert werden können. Dr. Ritter betont, dass Schlaf in der Behandlung von Bipolaren Störungen immer eine wichtige Rolle spielt. Ein stabiler Schlaf-Wach-Rhythmus hat einen nicht zu unterschätzenden, positiven Einfluss auf den Verlauf von Krankheitsepisoden. Studien zufolge kann eine Regelmäßigkeit im Zubettgehen und Aufstehen ein wichtiger Baustein sein, um Stabilität zu gewinnen, Struktur im Alltag zu etablieren und um die Schlafqualität zu verbessern.

Der Mensch verbringt etwa ein Drittel seines Lebens schlafend. Außerdem ist Schlaf auch einfach angenehm und der Moment des Erwachens mit dem Gefühl, den Tag entspannt und ausgeschlafen angehen zu können, ist eine wunderbare Kraftquelle und trägt zur psychischen Gesundheit erheblich bei.

Wie kann sich die Schlafqualität von Menschen mit einer Bipolaren Störung verbessern?

Zunächst stellt sich die Frage der Schlafdauer: Dr. Ritter stellt fest, dass diese individuell unterschiedlich lang sein kann und meistens zwischen 6,5 und 9 Stunden liegt. Entscheidend ist, ob man sich beim Aufwachen ausgeschlafen fühlt. Die angeborene Veranlagung eines Menschen, entweder ein Frühaufsteher-Typ (auch „Lerche“ genannt) oder ein Spätaufsteher-Typ („Eule“) zu sein, kann im Laufe des Lebens nicht wesentlich verändert werden. Vorschriften sind sinnlos, denn jeder Mensch muss seinen individuellen Rhythmus finden.

Fast alle Menschen mit einer Bipolaren Störung kennen es: während einer depressiven oder manischen Krankheitsepisode liegt man nachts wach im Bett, kann nicht einschlafen, wälzt sich in der Depressionsphase grübelnd und zunehmend verzweifelt hin und her, oder verspürt in der Manie keine Müdigkeit und könnte die Nacht zum Tag machen. Der Schlafforscher Philipp Ritter empfiehlt bei Schlafstörungen (Insomnie), nicht liegenzubleiben, sondern das Bett zu verlassen, auf elektronische Geräte zu verzichten, und auch nicht den Fernseher einzuschalten. Lesen bei einer Lichtquelle, die gerade dazu ausreicht, die Schrift zu erkennen, ist empfehlenswert. Zusätzlich ergänzt er, dass Schokolade einen wachmachenden Effekt hat.

Auch in der Depression empfiehlt es sich, den Wecker zu stellen und sich danach anzustrengen, wach zu bleiben. Das Haus zu verlassen und sich dem Tageslicht auszusetzen hat ebenfalls einen wachmachenden Effekt. Der Versuch, während einer Depression den Tag – so gut es geht – aktiv zu gestalten und dem Rückzug zu widerstehen, kann dazu führen, dass abends ein höheres Maß an Müdigkeit empfunden wird und das Einschlafen leichter fällt. Dies wiederum kann helfen, in die besonders regenerativen Tiefschlafphasen zu gelangen, die für die körperliche und geistige Erholung von Bedeutung sind. Auch Sport kann während einer Depression sehr hilfreich sein, sollte aber 4–6 Stunden vor dem Schlafengehen beendet werden. Ein Mittagsschlaf ist erlaubt, wenn der Nachtschlaf gut ist.

Am Abend hilft es, keine aufwühlenden Dinge zu tun. Den Konsum digitaler Medien zu reduzieren und versuchen mit festen Ritualen runterzukommen, um den Tag ruhig ausklingen zu lassen. Wenn man Probleme mit dem Einschlafen hat, sollte man versuchen, erst dann ins Bett zu gehen, wenn man einen großen Schlafdruck spürt. Notfalls auch erst nach Mitternacht (Schlafrestriktion).

In der Manie erfordert es viel Selbstdisziplin und Übung, äußere Reize zu reduzieren und beruhigende Rituale einzuüben. Ein Einschlafritual könnte im Hören von ruhiger Musik, Meditation oder dem Lesen eines Buches bestehen. Gelingt dies, verbessert sich oftmals die Schlafqualität. ■

Karl-Heinz Düspohl

ANZEIGE

Wenn Licht die Finsternis besiegt

Von psychischen Erkrankungen Betroffene erfahren in unserer Gesellschaft noch viel zu häufig Vorurteile und Ausgrenzung. Es ist für viele unvorstellbar, dass man auch mit einer Bipolaren Störung oder einer Depression ein glückliches und erfülltes Leben führen kann. Nora Hille räumt mit Vorurteilen auf und macht Mut, auch mit einer psychischen Erkrankung einen selbstbestimmten Weg zu gehen.

Nora Hille
Wenn Licht die Finsternis besiegt
Mit bipolarer Erkrankung Leben, Familie und Partnerschaft positiv gestalten
1. Auflage 2023
330 Seiten, 20,00 Euro
ISBN: 978-3-949598-08-1
Palomaa Publishing

DIE DEPRESSION
„Alle wollen mich aus dem Dunklen holen, aber niemand, wirklich niemand kann mich dann noch erreichen. Geblendet vom unendlichen Dunkel welches mich umgibt."

Maria

DIE MANIE
„Ich spüre wie eine Magierin den Widerstreit zwischen dem Guten, Reinen und dem Abgründigen, Bösen. Die Lilie symbolisiert für mich die Reinheit, die Strelizie das Böse. Ich habe Macht über diesen Widerstreit."

Bipolare Störungen und Schwerbehinderung

In der DGBS-Beratung erreichen uns häufig Anfragen dazu, ob und wie man mit einer Bipolaren Störung die Anerkennung einer Schwerbehinderung beantragen kann. Warum sollte man dies tun? Als Mensch mit einer psychischen Störung und insbesondere mit einer anerkannten Schwerbehinderung steht man unter einem besonderen Schutz und es werden Nachteilsausgleiche, wie beispielsweise Behinderten-Pauschbeträge bei der Steuer, Kündigungsschutz, diverse Ermäßigungen oder eine frühere abschlagsfreie Altersrente zugesprochen.

Zu diesem Thema versuchen wir nachfolgend einen allgemeinen Überblick zu bieten. Die Informationen sind allgemein gehalten und ohne juristische Gewähr. Insbesondere bei individuellen Sachverhalten sollte juristischer Rat eingeholt werden, beispielsweise bei Fachanwält*innen für Sozialrecht oder aber bei einem der Sozialverbände.

Was ist eine Schwerbehinderung?

Laut Sozialgesetzbuch liegt eine Behinderung vor bei „Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können“. Neben körperlichen Ursachen können auch diverse psychische Erkrankungen eine solche Beeinträchtigung herbeiführen. Demnach können auch Bipolare Störungen, je nach Ausprägung, für eine (Schwer-)Behinderung ursächlich sein.

Das Bundesversorgungsgesetz legt fest, wann eine Person als behindert gilt und welcher Grad der Behinderung (GdB) bzw. Grad der Schädigung (GdS) ihr zugesprochen wird. Man spricht in diesem Zusammenhang übrigens nicht von Prozenten und ist demnach beispielsweise nicht zu 50 % behindert, sondern man hat einen Grad der Behinderung von 50.

Als Mensch mit Behinderung gilt, wer einen GdB von 20 anerkannt bekommen hat. Eine Schwerbehinderung besteht bei einem GdB von 50 oder mehr. Um die Anerkennung und gegebenenfalls einen Schwerbehindertenausweis zu bekommen, muss ein Antrag beim örtlich zuständigen Versorgungsamt gestellt werden. Dieses ermittelt mithilfe medizinischer Informationen den GdB. Die Formulare, Ansprechpartner und weitere Hinweise finden Sie u.a. auf der Seite www.einfach-teilhaben.de oder wenden Sie sich für Unterstützung bei der Antragstellung an eine Ergänzende Unabhängige Teilhabe-Beratungsstelle (EUTB) vor Ort.

Der GdB bestimmt, welche Nachteilsausgleiche man in Anspruch nehmen kann. Eine gute Übersicht dafür findet sich auf www.betanet.de.

Die Bipolaren Störungen werden in der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV), welche die Grundlage für die Beurteilung und Anerkennung einer (Schwer-)behinderung darstellt, unter die Schizophrenen und Affektiven Psychosen gefasst (Kapitel 3.6 im Teil B). Nachfolgend wird aufgeschlüsselt, welcher Grad der Behinderung bei welcher Einschränkung anerkannt werden kann:

Auszug aus der VersMedV	
Langdauernde (über ein halbes Jahr anhaltende) Psychose im floriden Stadium je nach Einbuße beruflicher und sozialer Anpassungsmöglichkeiten	50 – 100
Schizophrener Residualzustand (z.B. Konzentrationsstörung, Kontaktschwäche, Vitalitätseinbuße, affektive Nivellierung) mit geringen und einzelnen Restsymptomen ohne soziale Anpassungsschwierigkeiten	10 – 20
– mit leichten sozialen Anpassungsschwierigkeiten	30 – 40
– mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten	50 – 70
– mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten	80 – 100
Affektive Psychose mit relativ kurz andauernden, aber häufig wiederkehrenden Phasen	
- bei 1 bis 2 Phasen im Jahr von mehrwöchiger Dauer je nach Art und Ausprägung	30 – 50
- bei häufigeren Phasen von mehrwöchiger Dauer	60 – 100
Nach dem Abklingen lang dauernder psychotischer Episoden ist eine Heilungsbewährung von zwei Jahren abzuwarten.	
GdS während dieser Zeit, wenn bereits mehrere manische oder manische und depressive Phasen vorangegangen sind	50
sonst	30
Eine Heilungsbewährung braucht nicht abgewartet zu werden, wenn eine monopolar verlaufene depressive Phase vorgelegen hat, die als erste Krankheitsphase oder erst mehr als zehn Jahre nach einer früheren Krankheitsphase aufgetreten ist.	

Auszug aus der VersMedV (abgerufen am 08.05.2023) unter:
https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/k710-versorgungsmed-verordnung.pdf?__blob=publicationFile&v=1)

Das bedeutet, dass eine Anerkennung einer (Schwer-)behinderung nur erfolgen kann, wenn die angegebenen Zustände oder Einschränkungen gemäß der VersMedV vorliegen. Diese sollten durch eine ärztliche Stellungnahme, im Idealfall der aktuell Behandelnden (Psychiater, Klinik o.ä.), bestätigt werden.

Das Versorgungsamt wird nach Antragstellung um die Nennung der Behandelnden und Entbindung von der Schweigepflicht zum Einholen von Befunden bitten. Dies führt häufig dazu, dass die Bearbeitungszeit stark verlängert wird. Man kann das Antragsverfahren in der Regel beschleunigen, indem man dem Antrag eine ärztliche Stellungnahme beilegt, die nicht nur die Diagnose und aktuelle Therapie, sondern auch die vorliegenden Einschränkungen privater, und ggf. beruflicher, Natur bestätigt. Die reine Diagnose und aktuelle Therapie zu nennen reicht in der Regel nicht aus. Oft gehen die ausgegebenen ärztlichen Stellungnahmen jedoch nicht darüber hinaus. Es sollten darin die individuellen Einschränkungen aufgeführt werden. Selbst kann man den Vorgang auch unterstützen, indem man eine Übersicht der eigenen Krankheitsgeschichte beifügt. Hier kann man beispielsweise die Krankheitsphasen und Dauern, Klinikaufenthalte, Therapieansätze etc. aufführen und eine Auflistung der vorliegenden Einschränkungen ergänzen. So wird es dem Gutachter leichter fallen eine Entscheidung über den Antrag zu treffen. Eine persönliche Begutachtung findet in der Regel nicht statt.

Es stellt sich manchmal die Frage, wie Anpassungsschwierigkeiten im Sinne der VersMedV bezüglich ihres Schweregrades eingeschätzt werden können. Was sind die Kriterien dafür? Hierzu gibt www.dgbsrechtsschutz.de an:

„Leichte soziale Anpassungsschwierigkeiten liegen vor, wenn eine Berufstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt trotz Kontaktschwäche und/oder Vitalitätseinbuße noch ohne wesentliche Beeinträchtigung möglich ist. Außerdem darf eine wesentliche Beeinträchtigung der familiären Situation oder bei Freundschaften nicht bestehen.

Mittelgradige soziale Anpassungsschwierigkeiten liegen vor, wenn eine psychische Veränderung eine weitere berufliche Tätigkeit grundsätzlich noch erlaubt, aber bereits eine verminderte Einsatzfähigkeit bedingt. Als weiteres Kriterium gelten erhebliche familiäre Probleme durch Kontaktverlust und affektive Nivellierung. Es darf aber noch keine Isolierung geben. Auch ein sozialer Rückzug, der etwa eine vorher intakte Ehe oder Freundschaft stark gefährden könnte, darf noch nicht erfolgt sein.

Schwere soziale Anpassungsschwierigkeiten liegen vor, wenn die weitere berufliche Tätigkeit sehr stark gefährdet oder ausgeschlossen ist. Weitere Kriterien sind schwerwiegende Probleme in der Familie oder im Freundes- oder Bekanntenkreis bis zur Trennung von der Familie, vom Partner oder vom Bekanntenkreis."

Was bedeutet „Gleichstellung"?

Durch eine Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen, über die die jeweils zuständige Arbeitsagentur entscheidet, können Menschen mit einem GdB von 30 oder 40 bestimmte Rechte erhalten, die grundsätzlich erst ab einem GdB von 50 bestehen. Diese Gleichstellung erfolgt nur auf Antrag und bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen nach § 2 Abs. 3 SGB IX. Demnach können Menschen mit einem GdB von weniger als 50, aber mindestens 30, mit schwerbehinderten Menschen (d.h. Menschen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50) gleichgestellt werden. Voraussetzung dafür ist, dass sie ohne diese Gleichstellung ihren Arbeitsplatz voraussichtlich nicht behalten können, oder dass sie die Gleichstellung zur Erlangung eines neuen, geeigneten Arbeitsplatzes benötigen. Man erhält auf diese Weise ebenfalls einen gewissen Kündigungsschutz und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Man erhält jedoch nicht die Berechtigung für alle Nachteilsausgleiche, die ein Mensch mit Schwerbehinderung in Anspruch nehmen kann.

Was sind „Merkzeichen"?

Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis kennzeichnen die Art der Behinderung und ermöglichen damit verbundene zusätzlichen Leistungen und Nachteilsausgleiche. So gibt es beispielsweise das Merkzeichen B, das kennzeichnet, dass eine Begleitung erforderlich ist. Damit wird es ermöglicht, eine Begleitperson kostenlos oder vergünstigt zu befördern oder zu Veranstaltungen mitzunehmen, damit der Person mit Schwerbehinderung und dem Merkzeichen eine Teilhabe ermöglicht wird. Daneben gibt es noch weitere Merkzeichen, die in Bezug auf Bipolare Störungen weniger relevant sind, deren Übersicht und Rechtsgrundlagen jedoch unter www.schwerbehindertenausweis.de ebenso zu finden sind wie eine Übersicht über die jeweiligen Nachteilsausgleiche auf www.betanet.de.

Und wenn mehrere Einschränkungen vorliegen?

Es bietet sich an, bei der Antragstellung alle vorhandenen Einschränkungen aufzulisten, sowohl die psychischen als auch die körperlichen. Ein Blick durch die gesamte Versorgungsmedizin-Verordnung kann dabei hilfreich sein, um nichts zu vergessen. Der Gesamt-Grad der Behinderung wird auf Grundlage aller Einschränkungen berechnet. Dabei wird nicht aufsummiert, sondern es wird der höchste GdB für eine Einschränkung/Erkrankung betrachtet und bewertet, ob durch weitere Einschränkungen/Erkrankungen ein höherer GdB aufgrund einer zusätzlichen Schwere gewährt wird. ■

Nadja Stehlin

ANZEIGE

5. überarbeitete Auflage 2023

Thomas Bock
Achterbahn der Gefühle
Mit Manie und Depression leben lernen
216 Seiten, 20,00 Euro
ISBN 978-3-86739-330-0
E-Book: 13,99 Euro
BALANCE buch + medien verlag

DIE DEPRESSION
„... Siehst du denn nicht die Dunkelheit, die alles einnimmt, mich lähmt. Diese Schwere die alles bestimmt und die Zeit ins Unendliche dehnt ...“

Maggy

DIE MANIE
„... Die Worte fallen mir zu, ich kann sie arrangieren, was auch immer ich tu, mir kann überhaupt nichts passieren, weil alles, was ich anfass wird zu Gold ...“

In Balance zwischen Unterstützung und Helfersyndrom (Co-Abhängigkeit)

Das Leben mit einer seelischen Erkrankung ist eine Herausforderung für Angehörige und Betroffene. Angehörige können als Vertrauenspersonen heilsam sein, Feedback zu Frühwarnsignalen geben und im Notfall unterstützend zur Seite stehen. Die tägliche Sorge um den geliebten Menschen ist für viele Angehörige allerdings eine große Last. Wie schaffe ich den Balanceakt zwischen vorsichtigem Im-Auge-behalten und massivem Kontrollieren? Wenn die Gedanken ständig um das Verhalten des erkrankten Angehörigen kreisen, bestimmen dessen Höhen und Tiefen auch das Befinden der Angehörigen. Diese schränken ihr Leben dadurch massiv ein und werde (mit-)abhängig.

Der Begriff Co-Abhängigkeit wurde zunächst vor allem für die Angehörigen von Menschen mit Alkoholabhängigkeit verwendet. Im Laufe der Zeit wurde er auf weitere Störungsbilder, alle Abhängigkeiten und auch auf seelische Erkrankungen ausgeweitet. Die kleine Silbe „Co" heißt: „zusammen/gemeinsam". Der Begriff der Co-Abhängigkeit vermittelt, dass Angehörige durch Streit, Stress und Überforderung selbst sowohl körperlich als auch psychisch erkranken können und dadurch in eine Abhängigkeit geraten. Manche Fachleute schlagen daher vor, besser von „begünstigendem Verhalten" oder „Helfersyndrom" zu sprechen.

Menschen mit einem Helfersyndrom kümmern sich übermäßig um nahestehende Menschen und vernachlässigen dabei eigene Bedürfnisse, Gefühle und Lebensinhalte. Sie leiden mit. Sie machen sich abhängig von dem, dem sie zu helfen glauben, um ihren Selbstwert zu stabilisieren. Sie sorgen sich von früh bis spät: Wie geht es dem betroffenen Angehörigen? Nimmt er seine Medikamente? Hält er seine Versprechungen ein? Wie geht das Leben weiter? Dieses Verhalten verursacht für manche mehr Leid und Kummer als die Erkrankung selbst. Die typischerweise stattfindenden Auseinandersetzungen sind nicht nur nutzlos, sondern schaden allen Beteiligten. Ständige Streitereien zerstören die Vertrauensbasis der Beziehung. Angehörige fühlen sich ausgeliefert. Sie verzweifeln an der tiefen Kluft zwischen ihrer Liebe und Fürsorge einerseits und dem Gefühl, nichts erreichen zu können, auf der anderen Seite. Häufig kommen zu diesen bereits intensiven Gefühlen noch Wut, Trauer und zunehmende Resignation.

Was können Angehörige tun?

Für mich war es wichtig, mir Rat und Unterstützung zu suchen. Eine Selbsthilfegruppe kann dabei helfen, die Situation besser zu verstehen und zu verarbeiten. Auch die Telefonberatung der DGBS oder die Webseiten speziell für Angehörige können eine Hilfe sein.

Seien Sie sich stets bewusst, dass erwachsene Betroffene nach wie vor mündige und für sich selbst verantwortliche Menschen sind. Es ist deren Aufgabe, sich mit der Erkrankung auseinander zu setzen, um Wege zu finden, sie zu bewältigen. Natürlich können Sie dabei unterstützen. Aber Sie sind nicht dafür verantwortlich, auch wenn sie sich schuldig fühlen.

Schuldgefühle und Scham sind bei vielen stark ausgeprägt. Deshalb wird oft versucht, die Erkrankung um des guten Rufes willen vor der Umwelt, Nachbarn, Arbeitskollegen und Verwandten zu verschweigen. Dies kann zu Vereinsamung führen, aber auf der anderen Seite auch ein wichtiger Schutz sein. Es gibt kein richtig oder falsch, dessen sollten wir uns bewusst sein.

Vertrauen, Ausdauer, Geduld und eine wohlwollende distanzierte Haltung können helfen, die Situation leichter und gelassener zu bewältigen. Sie können dabei lernen, der oder dem Betroffenen auch im Umgang mit der Erkrankung zu vertrauen um sich damit auf Augenhöhe zu begegnen.

Nur wenn Angehörige ihre eigenen Bedürfnisse und Grenzen achten, können sie unterstützen. Schütze dich, dann bist du eine Stütze! ■

Uschi Schneider Eichbaum, Magdalena Meyer

Gesichter des DGBS

Wer sind die Menschen in der DGBS, welche Motivationen bringen sie ein und welche Zukunftsvisionen treiben sie an? Seien Sie neugierig auf die vielfältigen Hintergründe und Tätigkeiten der Engagierten. Lassen Sie sich dazu inspirieren, selbst aktiver Teil und damit ein Gesicht der DGBS zu werden.

Reiner Schmidt, Angehöriger

„Die größte Herausforderung ist es für mich, die Balance zu finden, neben meinem Vollzeitjob und meinen privaten Interessen und Belastungen die wichtige Arbeit für die DGBS zu tun."
„... wir gemeinsam unsere Gesellschaft nachhaltig positiv verändern."

Wer bist Du und wie beteiligst Du Dich in der DGBS?
Mein Name ist Reiner Schmidt ich bin 58 Jahre alt und arbeite in der Entwicklung bei einem großen Automobil-Zulieferer. Meine Frau und ich haben einen Sohn und zwei Enkelkinder, welche uns große Freude bereiten. Soweit es meine Zeit zulässt, engagiere ich mich im Angehörigen-Referat und in der Selbsthilfeunterstützung der DGBS.

Insbesondere das Thema Selbsthilfe liegt mir am Herzen, da ich in Mittelhessen seit fast zehn Jahren eine Selbsthilfegruppe für Menschen mit einer Bipolaren Störung und deren Angehörige mitorganisiere. Dadurch habe ich erfahren, wie hilfreich dieser Austausch über die alltäglichen Herausforderungen ist.

Wie sehen Deine Aufgaben konkret aus?
Im Angehörigen-Referat treffen wir uns monatlich via Zoom und zweimal im Jahr in Präsenz, um uns über verschiedene Projekte und Themen abzustimmen. Im letzten Jahr habe ich eine Präsentation zum Thema: „Sorgen und Nöte von Angehörigen" im Rahmen eines Angehörigentages gehalten. Im Team Selbsthilfeunterstützung habe ich zuletzt einen Workshop mit Präsentation zum Thema „Digitale Selbsthilfegruppen" im Rahmen der Jahrestagung in Frankfurt mitausgearbeitet und durchgeführt.

Welche Herausforderungen siehst Du in Deiner Tätigkeit?
Die größte Herausforderung ist es für mich, die Balance zu finden, neben meinem Vollzeitjob und meinen privaten Interessen und Belastungen die wichtige Arbeit für die DGBS zu tun.

Wieso sollte man sich in der Vereinsarbeit ehrenamtlich beteiligen?
Als meine Frau 2008 die Diagnose „Bipolare Störung" erhalten hat, wollte ich mich über dieses Krankheitsbild informieren, um damit besser umgehen zu können und meine Hoffnung nicht zu verlieren.

Dadurch lernte ich die DGBS kennen und schätzen. Den Verein durch meine Mitgliedschaft zu unterstützen war das Mindeste. Allerdings wurde mir schnell klar, dass es einen großen Bedarf an ehrenamtlicher Tätigkeit in der DGBS gibt. Ohne die noch viel zu wenigen Engagierten kann dieser Verein seine wertvolle Arbeit nicht leisten. Daher fing ich an, kleinere Tätigkeiten, wie zum Beispiel die Pflege der Liste der Selbsthilfegruppen auf der Webseite zu übernehmen.

Welche Vision hast Du für die DGBS?
Mein persönliches Engagement in der DGBS sehe ich als einen eher kleinen Anteil an. Doch viele kleine Puzzleteile ergeben am Ende ein großes Ganzes. In meiner Vision für die DGBS werden deswegen viele neue kleine und größere ehrenamtliche Anteile von engagierten Mitgliedern übernommen, wodurch wir gemeinsam unsere Gesellschaft nachhaltig positiv verändern. Und die DGBS wird weiter Menschen unterstützen, welche als Betroffene und Angehörige von Bipolaren Störungen belastet sind, sowie sich für den Austausch zwischen Profis, Betroffenen und Angehörigen, insbesondere auch im Rahmen der Selbsthilfe, einsetzen. ■

Katja, Betroffene

„Mir wurde die Diagnose genannt und gesagt, ich hätte wenig Einfluss auf den Verlauf, was ich als entmutigend empfand."
„Ich fand den Mut weiterzukämpfen."
„Nun bin ich so stabil, dass ich mich selbst engagieren und anderen Betroffenen Hoffnung schenken kann, nicht allein zu sein."

Wer bist Du und wie beteiligst Du Dich in der DGBS?
Ich bin Katja, 56, habe drei Kinder und stamme aus Südhessen. Nach einer Ausbildung zur Elfenbeinschnitzerin begann ich ein Studium der Kunstpädagogik und Germanistik. 1991 starteten wir in Bayern ins Familienleben. Ich arbeitete als Kunstpädagogin, ich beschäftigte mich mit Malerei. Wir gründeten drei Firmen in einem für mich ganz neuen Bereich – eine riesige Herausforderung, denn 2002 hatte ich die Diagnose Bipolar II erhalten. Wie sollte ich das schaffen? Mittlerweile bin ich seit sieben Jahren stabil und freue mich, nun die InBalance-Redaktion zu unterstützen.

Wie sehen Deine Aufgaben konkret aus?
Ich nehme regelmäßig an Redaktionssitzungen teil. Künftig möchte ich die Themen Kunsttherapie und Kunst in die **in balance** bringen und das Magazin noch bekannter machen.

Welche Herausforderungen siehst Du in Deiner Tätigkeit?
Noch fehlt mir redaktionelle Erfahrung. Außerdem ist es für mich ein großer Schritt, durch meine Mitarbeit öffentlich zu zeigen, dass ich von der Bipolaren Störung betroffen bin.

Auch wenn ich im kleinen Kreis schon immer offen mit dem Thema umgegangen bin, weiß ich, dass es leider viele Menschen gibt, die Menschen mit psychischen Erkrankungen abwerten und teils sogar diskriminieren, was sehr verletzend ist.

Wieso sollte man sich in der Vereinsarbeit ehrenamtlich beteiligen?

Ich sehe es als Dienst am Menschen an. Gerade wer neu erkrankt bzw. diagnostiziert ist, hat viele Fragen – wie ich 2002. Mir wurde die Diagnose genannt und gesagt, ich hätte wenig Einfluss auf den Verlauf, was ich als entmutigend empfand. Bei uns auf dem Land gab es keine Anlaufstelle. Zum Glück fand ich im Internet die DGBS. Der Verein war gerade in Gründung, ich trat sofort ein, bekam regelmäßig die **in balance** zugeschickt – ein Zeichen aus der Ferne, dass es Menschen gibt, die helfen wollen.

Ich fand den Mut weiterzukämpfen. Nun bin ich so stabil, dass ich mich selbst engagieren und anderen Betroffenen Hoffnung schenken kann, nicht allein zu sein. Es ist auch mit Bipolarer Störung möglich, sein Leben zu meistern.

Welche Vision hast Du für die DGBS?

Ich wünsche der DGBS viele Neu-Eintritte und dass man mehr finanzielle Unterstützung generieren kann. Ich wünsche mir, dass Veranstaltungen flächendeckend auch auf dem Land angeboten werden. Psychiatrische Praxen sollten mehr Kenntnis von der Arbeit der DGBS bekommen und im optimalen Fall mit ihr gut vernetzt sein, um Patienten schnell Zugang zu Angeboten zu bieten. Ich wünsche mir, dass durch die Arbeit der DGBS der stigmafreie Umgang mit Bipolaren erreicht wird. ■

Astrid Freisen, Selbst Betroffene Profi

© Sebastian Knoth

„Die erste Herausforderung bestand darin, mich öffentlich zur Bipolaren Störung zu bekennen. Diese Scham zu überwinden war ein langer Prozess."
„Ich möchte mehr Frauen in der DBGS und mehr Frauen im Vorstand. Und ich wünsche mir, dass die DGBS jünger wird."

Wer bist du und wie beteiligst du dich in der DGBS?

Mein Name ist Dr. Astrid Freisen, ich bin Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und arbeite an der Uniklinik in Reykjavik auf Island. Ich bin Gründungsmitglied des Referats Selbst Betroffene Profis (SBP) innerhalb der DGBS. Nach meiner Diagnose habe ich nach Selbsthilfegruppen für betroffene Ärztinnen und Ärzte gesucht und abgesehen von Suchterkrankungen überhaupt nichts gefunden. Dadurch ist dann der Wunsch entstanden, selbst tätig zu werden und mich zu engagieren.

Wie sehen deine Aufgaben konkret aus?

Von 2014 bis 2021 hatte ich die Leitung des Referats SBP inne und viel Zeit und Kraft in den Aufbau des Referats investiert. Ich war in der Mail- und Telefonberatung aktiv, in den Zoom-Selbsthilfegruppen und im Referat Öffentlichkeitsarbeit. Ich bin zu Kongressen gereist, um die DGBS zu vertreten. Durch die Abgabe der Leitung und durch den Umzug nach Island ist das weniger geworden. Die Anti-Stigma-Arbeit ist mir weiterhin eine Herzensangelegenheit: Vorträge, Zeitungsinterviews und Podcasts können zur Aufklärung und damit auch zur Entstigmatisierung beitragen. Meine Doppelqualifikation als Profi und Betroffene kann ich in der Mitarbeit an Veröffentlichungen der DGBS einbringen, zum Beispiel in der Leitlinienarbeit oder im Patientenleitfaden. Auch die internationale Vernetzung von Selbst Betroffenen Profis ist mir wichtig.

Welche Herausforderungen siehst du in deiner Tätigkeit?

Die erste Herausforderung bestand darin, mich öffentlich zur Bipolaren Störung zu bekennen. Diese Scham zu überwinden war ein langer Prozess. Denn vor allem zu Beginn meiner Ausbildung hatte ich immer wieder gehört: Psychisch Kranke haben in diesem Bereich nichts zu suchen. Auch deshalb war es eine große Herausforderung selbst zu sagen: Hallo ich bin nicht nur krank, ich bin psychisch krank und eben auch als Psychiaterin tätig.

Die zweite Herausforderung besteht darin, ein gutes Maß zu finden. Wie viel Zeit kann ich neben meinem Beruf, meiner Familie und meinen Freunden investieren, ohne zu riskieren, aus der Stabilität zu geraten? Wann muss ich Stopp sagen? Dafür muss ich meine Leistungsgrenzen gut kennen. Und manchmal brauche ich auch Menschen im Umfeld, die mich erinnern: O.k., Astrid, jetzt musst du wirklich Pause machen.

Wieso sollte man sich in der Vereinsarbeit ehrenamtlich beteiligen?

Das wirkliche Alleinstellungsmerkmal der DGBS ist der Trialog. Als trialogische Fachgesellschaft begegnen sich hier Angehörige, Betroffene, Profis und seit 2014 auch die SBP auf Augenhöhe. Auch in der Rolle der Psychiaterin, als ich noch nichts von meiner eigenen Betroffenheit wusste, war es für mich spannend zu erleben, wie Trialog gestaltet wird: Dass Betroffene und Profis zwanglos aufeinander zugehen, gibt es meines Wissens in anderen Fachgesellschaften nicht.

Genauso wichtig ist die Vernetzung: Speziell der Kontakt zu anderen betroffenen Profis gibt mir sehr viel. Die DGBS ist für mich ein Ort der Begegnung. Das finde ich wirklich wichtig.

Welche Vision hast du für die DGBS?

Ich wünsche mir für die DGBS, dass wir diverser werden. Ich möchte mehr Frauen in der DBGS und mehr Frauen im Vorstand. Und ich wünsche mir, dass die DGBS jünger wird. Wir sollten uns überlegen, wie wir junge Leute gewinnen können.

Ich wünsche mir auch, dass wir die gute Arbeit, die wir leisten, mehr in die Öffentlichkeit tragen und dadurch attraktiver werden. Viele wissen gar nicht, dass es die DGBS gibt – auch unter Profis nicht. ■

Dr.med. Astrid Freisen
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und Autorin

Dr. med. Astrid Freisen
Wir fliegen hoch, wir fallen tief
Eine Psychiaterin spricht offen über ihre Bipolare Störung und zeigt, wie wir damit umgehen können.
256 Seiten, 18,95 Euro
ISBN 978-3-95910-376-3
Eden Books

Mein Balanceakt

Ich bin aus dem Gleichgewicht gekommen,
hab das Licht der Welt vernommen,
einen klaren Einblick ins Dasein bekommen,
und so schwebe ich euphorisch durch die Stadt,
hab alle Regeln und Grenzen satt,
auf dem Markt des Lebens bekomme ich Sonderrabatt,
denn ich bin einzigartig
und das nicht nur auf den ersten Blick.
Die Worte fallen mir zu, ich kann sie arrangieren,
was auch immer ich tu,
mir kann überhaupt nichts passieren,
weil alles was ich anfass wird zu Gold
ich werde vom Leben belohnt und das ganz ungewollt.
Ich bin vom Gefühl der Erkenntnis durchdrungen
Bin vom Zug der Gewöhnlichkeit abgesprungen.
Die Welt leuchtet in den intensivsten Farben,
ihr könnt es nur nicht sehen,
obwohl sie euch schon immer umgaben.
Ihr solltet den Schritt wagen und ein Stück mit mir gehen!
Das ist euch zu extrem? Das ist ja wohl nicht mein Problem!

Ich bin aus dem Gleichgewicht gekommen,
hab einen Einblick in den Abgrund bekommen,
als würden Felsen auf meinem Herzen liegen,
unausdrückbar, wieviel sie wiegen.
Werde ich dem erliegen?
Oder wird der Nebel, der mir die Sicht nimmt, alles beenden?
Ich würde gerne mein Leben spenden, an ein kleines Kind,
welches nicht so viel Glück hat wie ich,
denn ich habe es nicht verdient,
weil es sich nicht geziemt, so undankbar zu sein
und immer nur zu weinen.
Siehst du denn nicht die Dunkelheit,
die alles einnimmt, mich lähmt.
Diese Schwere, die alles bestimmt
und die Zeit ins Unendliche dehnt.
Ich kann nicht aufstehen, bin an mein Bett gefesselt,
kann die Farben der Welt nicht mehr sehen,
als wäre sie verschlüsselt.

Ich bin wieder ins Gleichgewicht gekommen
hab die Polarität der Welt vernommen
Einen Einblick in meine Krankheit bekommen.
Der Schlüssel ist die Chemie in meinem Hirn.
Was eine materialistische Weltsicht,
da ist doch noch mehr was ich bin.
Ich bin eine Seele, ich bin Geist,
bin viel mehr als zu weißt.
Aber wenn ich dasselbe Subjekt,
die Welt wahrnehme ein Objekt,
und dies in zwei verschiedenen Momenten
so unterschiedlich ist wie Tag und Nacht,
liegt das an unterschiedlichen Wahrnehmungsakzenten,
oder ist da ein Dämon, der all das macht?
Wer bin ich und wie ist die Welt?
Und was ist der Klebstoff, der alles zusammenhält?

Bin ich verrückt, oder ist es die Welt um mich herum?
Alles scheint zerdrückt und irgendwie völlig krumm.
Was hält die Welt noch in den Fugen?
Und wohin sind die Beine, die mich trugen?

Bin ich verrückt, oder ist es die Welt um mich herum?
Alles scheint zerdrückt und irgendwie völlig krumm.
Was hält die Welt noch in den Fugen?
Und wohin sind die Beine, die mich trugen?

Magdalena Meyer

Impressum

Herausgeber:

Deutsche Gesellschaft
für Bipolare Störungen e. V. (DGBS)

Kooperatives Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)

DGBS
Klinik für Psychiatrie
Heinrich-Hoffmann-Straße 10
60528 Frankfurt am Main
Telefon (Dienstag u. Donnerstag 13 – 16 Uhr): 069 – 6301 84 398
Bitte nutzen Sie diese Telefonnummer ausschließlich für organisatorische Belange.
E-Mail: info@dgbs.de • Internet: www.dgbs.de

Beratungstelefon (für Betroffene, Angehörige und professionelle Behandler), kostenfrei: 0800 – 55 33 33 55

Montag . . . . . 10 – 13 Uhr
Dienstag . . . . . 14 – 17 Uhr
Mittwoch . . . . . 15 – 18 Uhr
Donnerstag . . . . . 17 – 20 Uhr
Freitag . . . . . 10 – 13 Uhr

Für bipolar Betroffene im Gesundheitswesen (auch anonym):
E-Mail-Beratung: kontakt.sbp@dgbs.de
Wenn Sie eine telefonische Beratung wünschen, schreiben Sie uns eine Mail und bitten um Rückruf.

Redaktion (trialogisch): Ada von Oppen, Altınser Çaka, Anke Ziesemer, Erwin Lenk, Gabriele Schöck, Hubert Schöttes, Jeremy Dünow, Karl-Heinz Düspohl, Katja Mauro-Hildebrand, Magdalena Meyer, Nadja Stehlin, Nicolai Heinrich, Nora Hille, Uschi Schneider-Eichbaum, York Bieger.

Hinweis: Mit Autorennamen gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autor:innen wieder und müssen nicht unbedingt die Meinung der Redaktion widerspiegeln. Die Redaktion der „InBalance“ haftet nicht für die Inhalte der einzelnen Artikel.

Herstellung:
Psychiatrie Verlag, Köln
www.psychiatrie-verlag.de
verlag@psychiatrie.de

Gestaltung:
Michael Schmitz, Arnbruck
www.grafikschmitz.de

DGBS-Mitglieder erhalten ein Exemplar kostenlos.

Erscheinungsweise: 1 x pro Jahr

Auflage: 5.600 Stück