

# **Bipolares Netzwerken vor Ort – Strukturen und Zusammenarbeit zwischen KH, Tagesklinik, PIA, Niedergelassenen und SHG am Beispiel eines PE-Kurses für Angehörige (Familie) und Betroffene**

1. Triologisches Team: Psychiater, Angehörige & Betroffene
2. Teilnehmer: Betroffene und Partner bipolar Erkrankter
3. Sitzungen Ablauf: Einführung, Wiederholung zu Beginn, kurze Folien mit Diskussion
4. Hausaufgaben: Folien und Arbeitsblätter aus PE-Handbüchern und Manualen
5. Materialien: PE-Informationen aus dem Netz, Aufsätze, Abbildungen und Tabellen, eigene Erfahrungen
6. Feedback
7. Fortsetzungskurs: Herbst / Winter 2011 ???

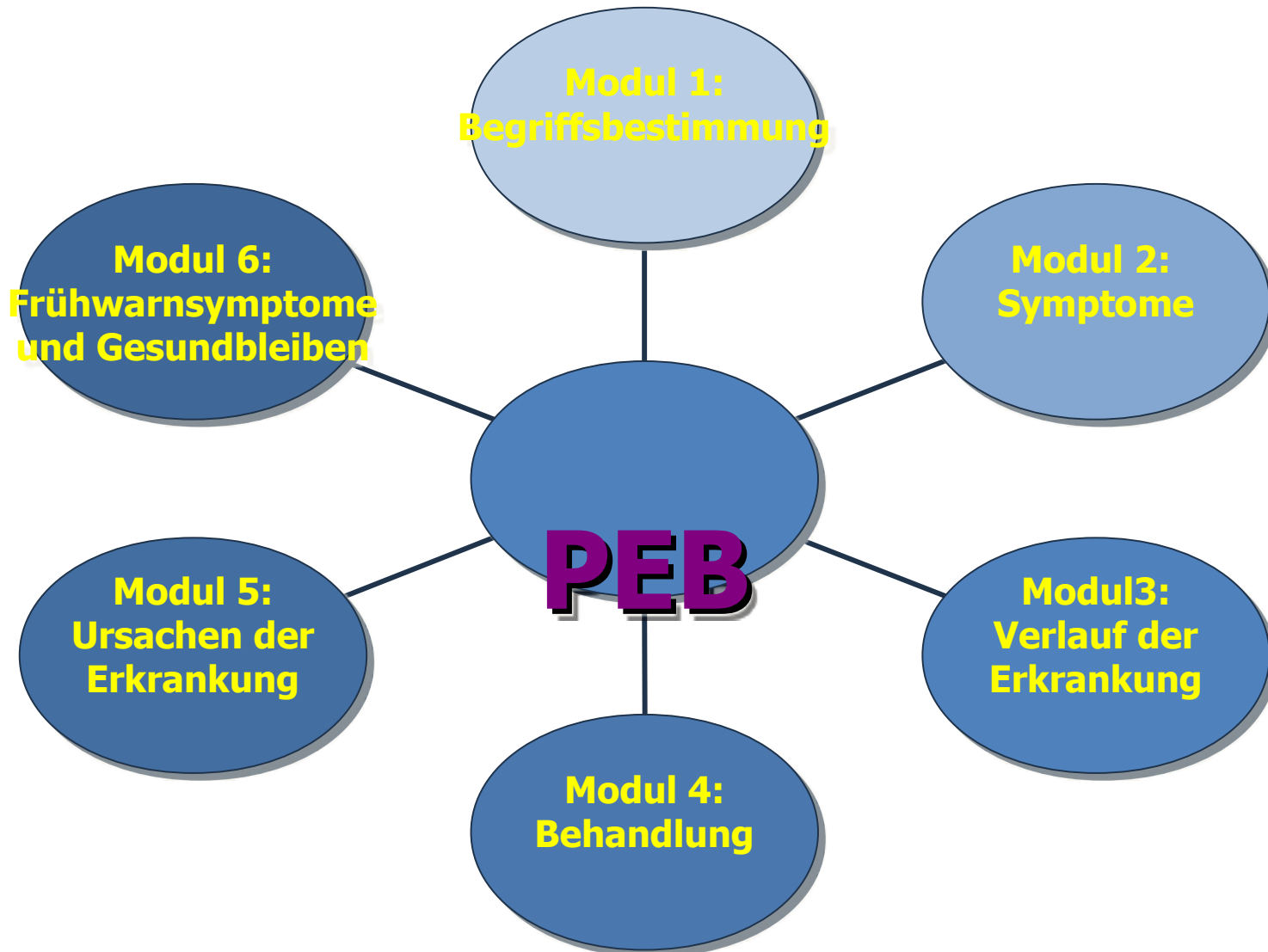
# Zusammensetzung der Gruppe und Ablauf der Sitzungen

- Angehörige (5)
- Betroffene (9)
- Präsenz bei 8 Sitzungen (Ø 9 Personen)
- Quote der Aussteiger (21,43 %)
- Kurze Einführung mit Folien des PEB-Kurses von Erfurth und anderen
- Schwerpunkt: Erfahrungsaustausch zu den jeweiligen Sitzungsthemen

# KURZPSYCHOEDUKATION FÜR BIPOLARE PATIENTEN PEB

## Modul 1: Begriffsbestimmung

### 1.1 PEB das einfache Kurzprogramm in 6 Modulen



# Inhaltsverzeichnis 1

## **Modul 1: Begriffsbestimmung**

- 1.1 PEB - das einfache Kurzprogramm in 6 Modulen**
- 1.2 Psychoedukation - was ist das?**
- 1.3 Psychoedukation - was ist das?**
- 1.4 Bipolare Störung? Was ist das?**
- 1.5 Abgrenzung der bipolaren Störung**
- 1.6 Begriffserklärung**

## **Modul 2: Symptome**

- 2.1 Depression**
- 2.2 Atypische Depression**
- 2.3 Hypomanie**
- 2.4 Die dunkle Seite der Hypomanie**
- 2.5 Manie**
- 2.6 Mischzustand**

## **Modul 3: Verlauf der Erkrankung**

- 3.1 Verlauf bipolarer Störungen: Beispiele**
- 3.2 Verlauf bipolarer Störungen: Beispiele**
- 3.3 Feuer und Asche**
- 3.4 Verlaufsformen bipolarer Störungen ohne und mit Rapid Cycling**
- 3.5 Komorbidität**
- 3.6 + 3.7 Stimmungskalender (Life Chart)**

# Inhaltsverzeichnis 2

## **Modul 4: Behandlung**

- 4.1 Therapieansätze zur Behandlung bipolarer Störungen
- 4.2 Soziotherapie
- 4.3 Psychotherapie
- 4.4 Soziale Rhythmus-Therapie
- 4.5 Medikamentöse Therapie (nach Greil und Schmidt):  
Akuttherapie, Erhaltungstherapie und Phasenprophylaxe
- 4.6 Phasen der medikamentösen Therapie
- 4.7 Modell der chemischen Synapse
- 4.8 Die häufigsten Nebenwirkungen medikamentöser Therapie

## **Modul 5: Ursachen der Erkrankung**

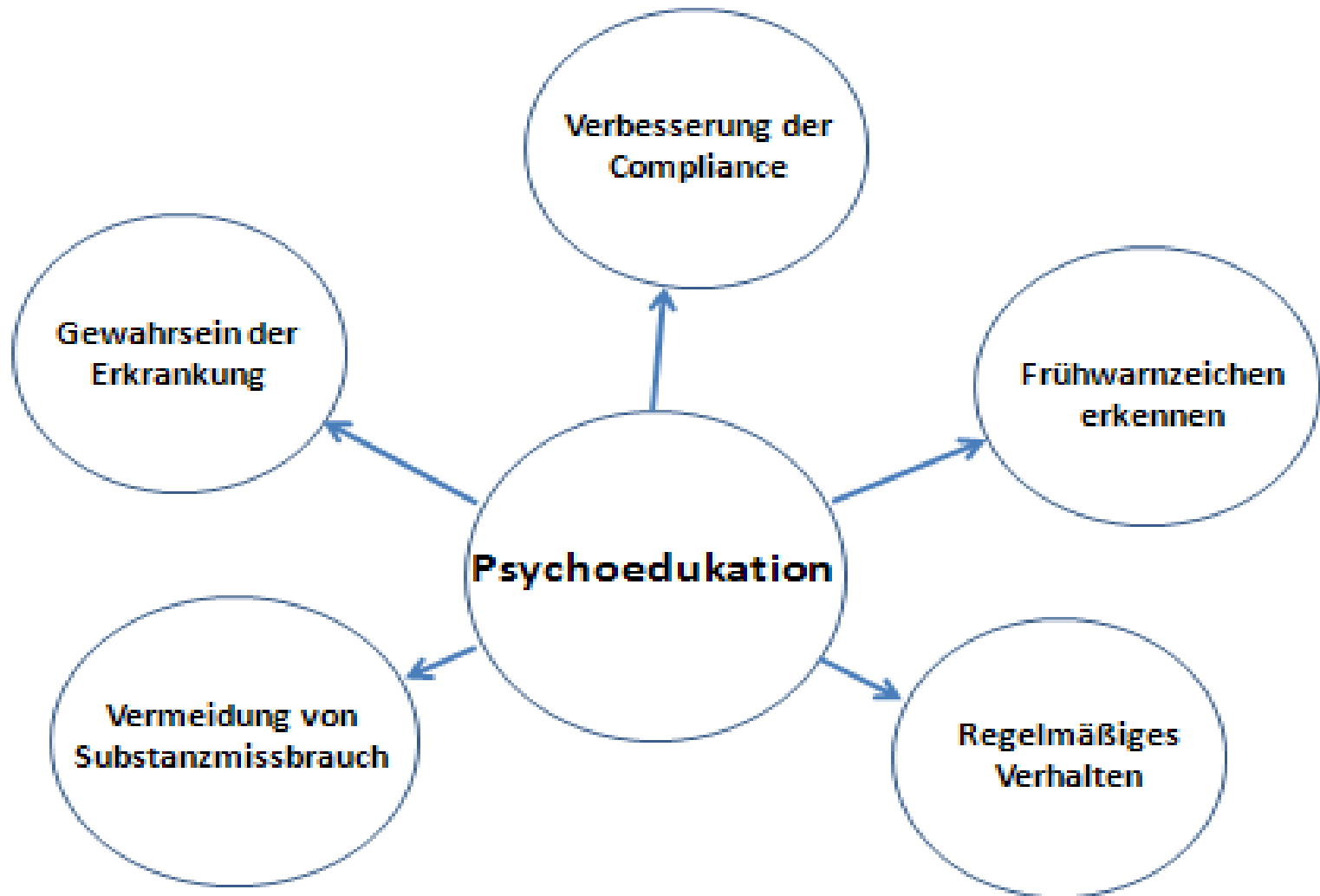
- 5.1 Ursachen
- 5.2 Ursachen
- 5.3 Erhöhte Empfindsamkeit
- 5.4 Stressoren

## **Modul 6: Frühwarnsymptome und Gesundbleiben**

- 6.1 Crescendo-Modell der Manie
- 6.2 Crescendo-Modell der Depression
- 6.3 Frühwarnsymptome können sein ...
- 6.4 Frühwarnsymptome
- 6.5 Was tun bei Frühwarnsymptomen?
- 6.6 Krisenplan
- 6.7 Gesund bleiben - fit werden? Wozu?
- 6.8 Gesund bleiben - Gesund ernähren
- 6.9 Bewertung

# Ziele der Psychoedukation

## Colom & Vieta, Barcelona 2006



# Vorteile einer PE - Gruppe

1. Zusammenstellung motivierter TeilnehmerInnen.
2. Wechselseitiges Verständnis und Unterstützung der Angehörigen und Betroffenen untereinander.
3. Psychoedukation reduziert Stigmatisierung.
4. Die Wahrnehmung der bipolaren Störung wird gefördert.
5. Der Kurs vergrößert das soziale Netzwerk der Angehörigen und Betroffenen.
6. Der Kurs ist effizienter (wirtschaftlicher) , erreicht mehr Personen als Einzelintervention.

# Fragen über Fragen

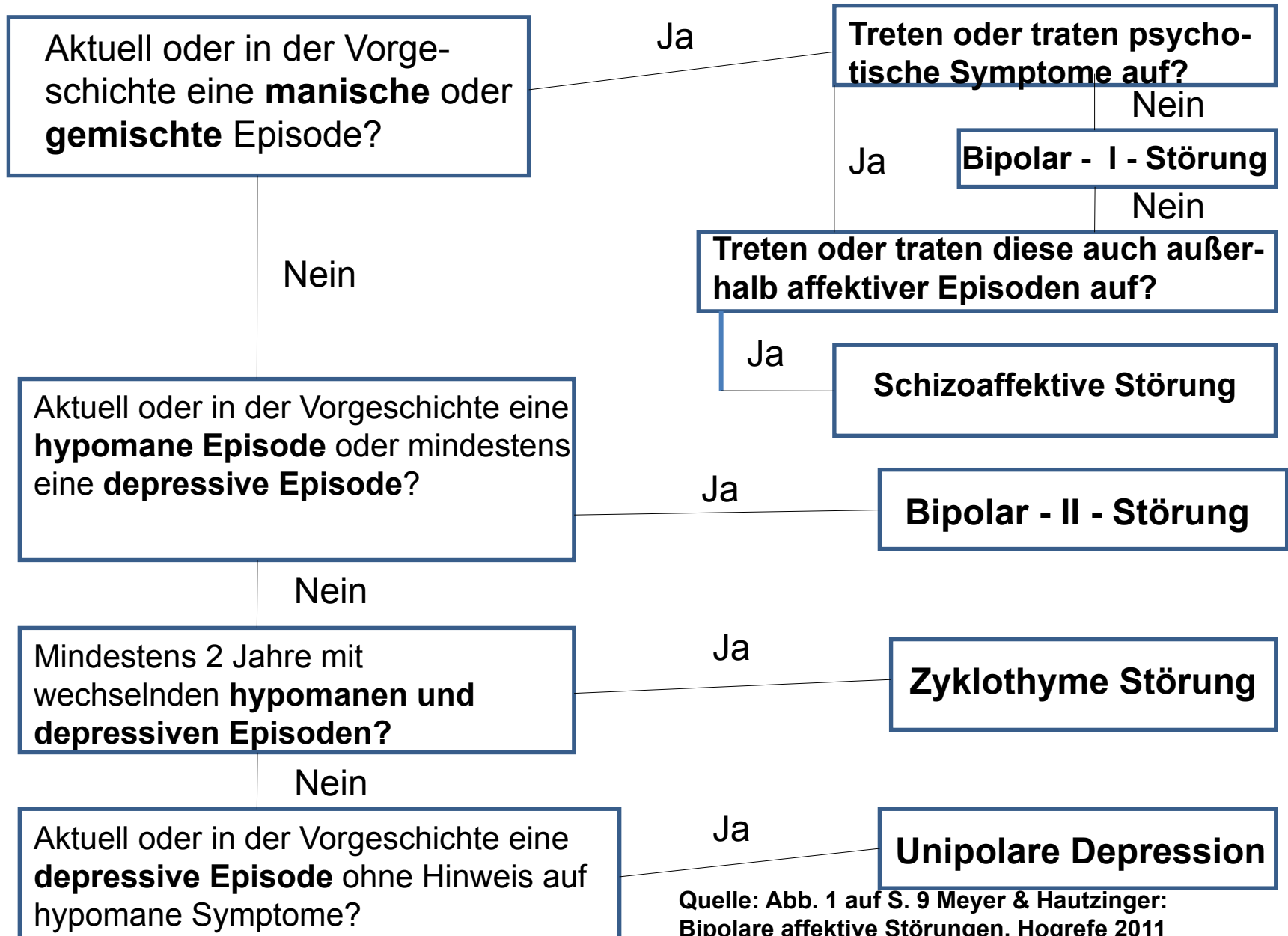
- Ursachen der Erkrankung
- Formen und Verlauf
- Faktoren (Genetik, psychosoziale Bedingungen, Stress, Coping, Resilienz, Recovery, Remission)
- Richtige Diagnose (unbehandelt, Fehldiagnosen)
- Eigene Erfahrungen (u. a. eigene Anteile)
- Richtige Behandlung (Medikamente (ja oder nein), Psychotherapie, alternative Methoden)
- Lebensstil, Früherkennung, Rückfallverhütung



# Denken, Gefühle und Verhalten

Depression	Hypomanie	Manie

# Abb. 1: Differentialdiagnostischer Entscheidungsbaum bipolarer affektiver Störungen

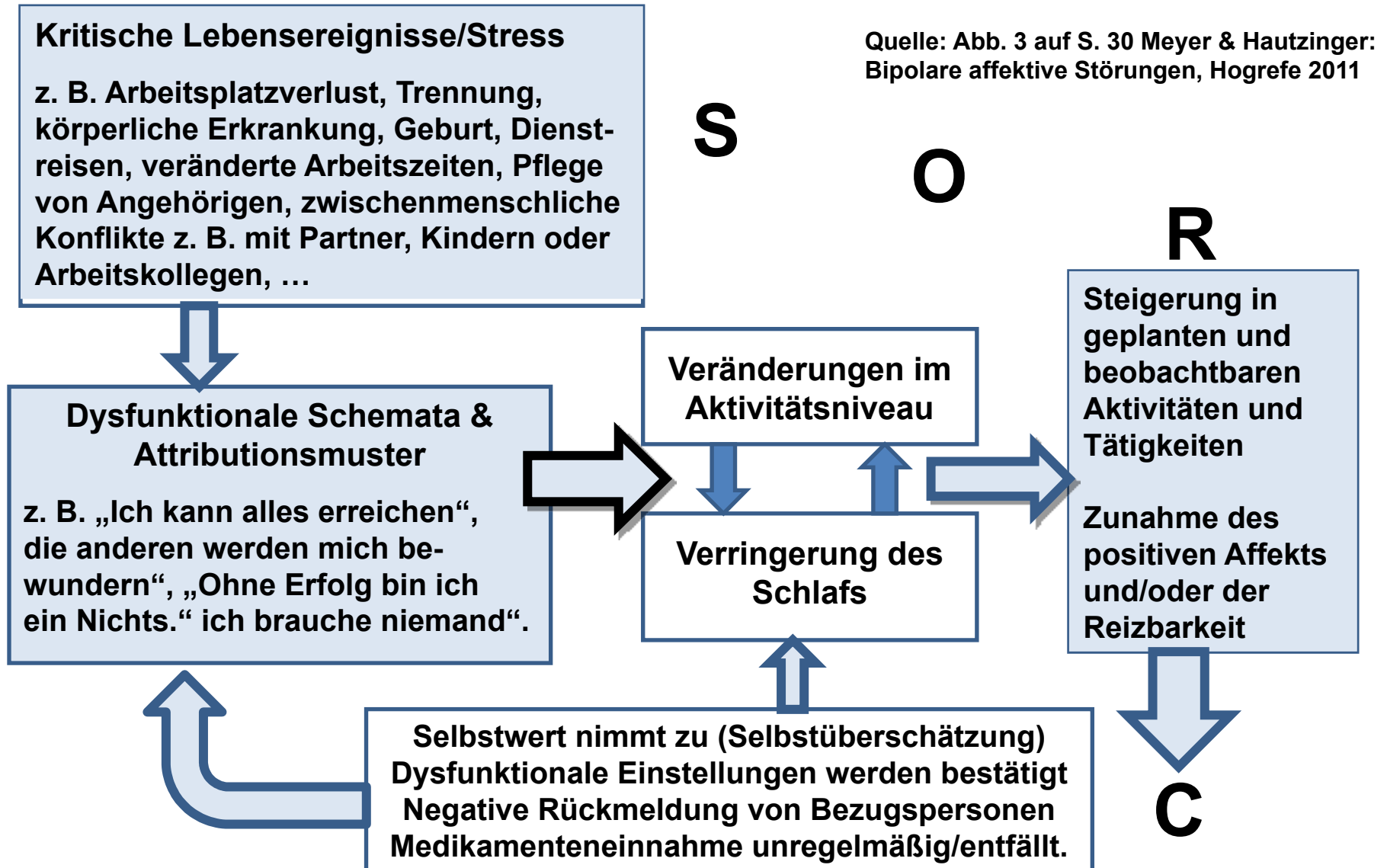


Quelle: Abb. 1 auf S. 9 Meyer & Hautzinger:  
Bipolare affektive Störungen, Hogrefe 2011

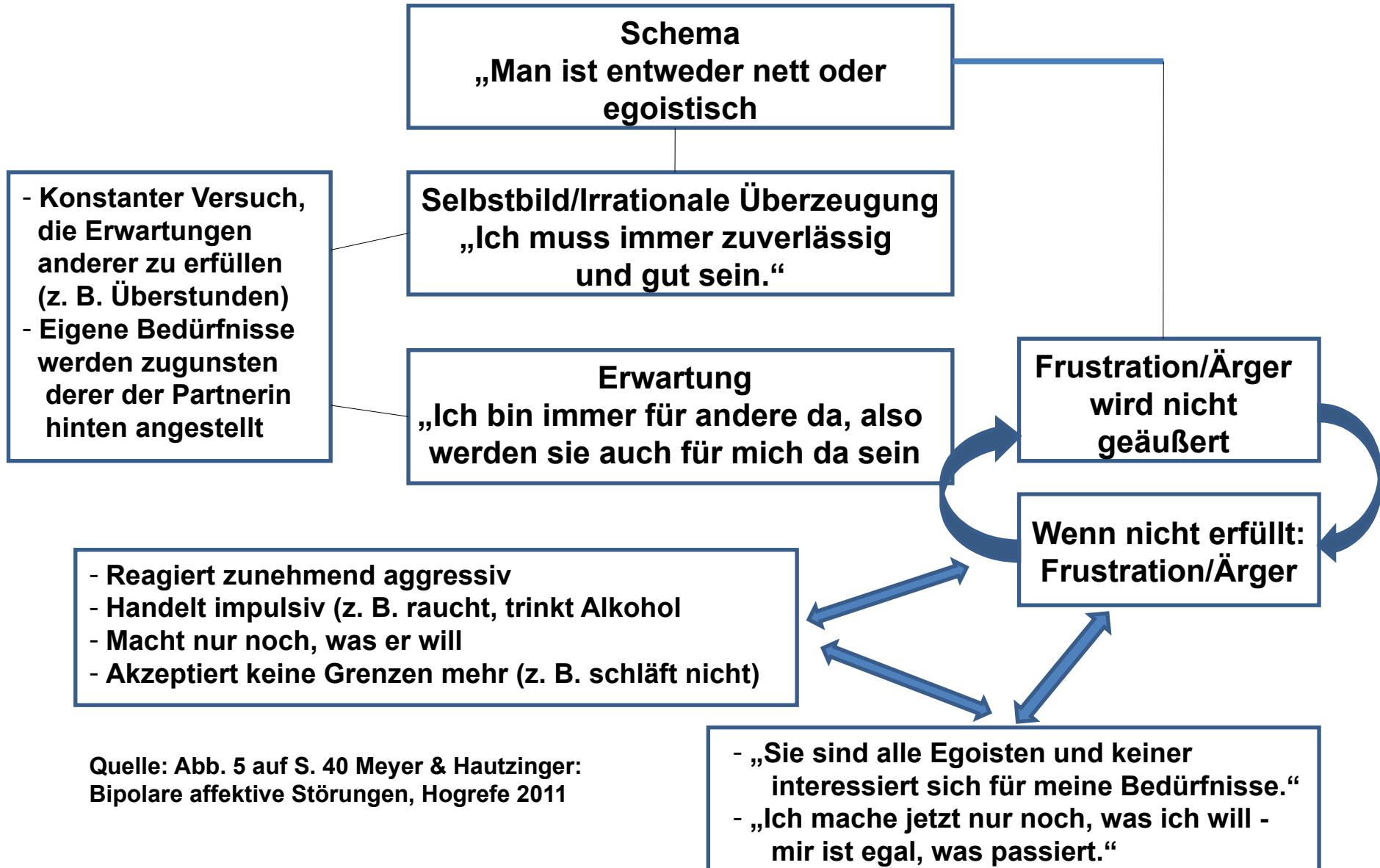
**Tab. 3: Kategorisierung „bipolarer“ Verhaltensdimensionen bezogen**

		(Hypo-)Manie = = BAS		Depression = = BAS
<b>Motorisch</b>	<b>Lokomotion Sprache Mimik</b>	<b>hyperaktiv schnell, vermehrt ausdrucksvoll</b>		<b>verlangsamt schleppend, verringert ausdruckslos</b>
<b>Anreiz- Belohnungs- Motivation</b>	<b>Hedonie  Wunsch nach Aufregung / Neuem</b>	<b>exzessives Interesse und Lust exzessive Beschäftigung mit vielen und neuen Tätigkeiten</b>		<b>anhedon, interesselos  Vermeidung von Stimulation</b>
<b>Stimmung</b>		<b>gehoben, euphorisch reagibel</b>		<b>gefühllos, depressiv, nicht reagibel</b>
<b>Unspezifische Erregung („Arousal“)</b>	<b>Appetit Energie Schlaf Denken  Aufmerksamkeit</b>	<b>verringert grenzenlos, gesteigert verringertes Schlafbedürfnis schnell, Ideenflucht geschärft bis ablenkbar</b>		<b>erhöht Leicht ermüdbar, energielos Hypersomie, Tagschlaf verlangsamt, Entscheidungsprobleme verringert, schwerfällig</b>

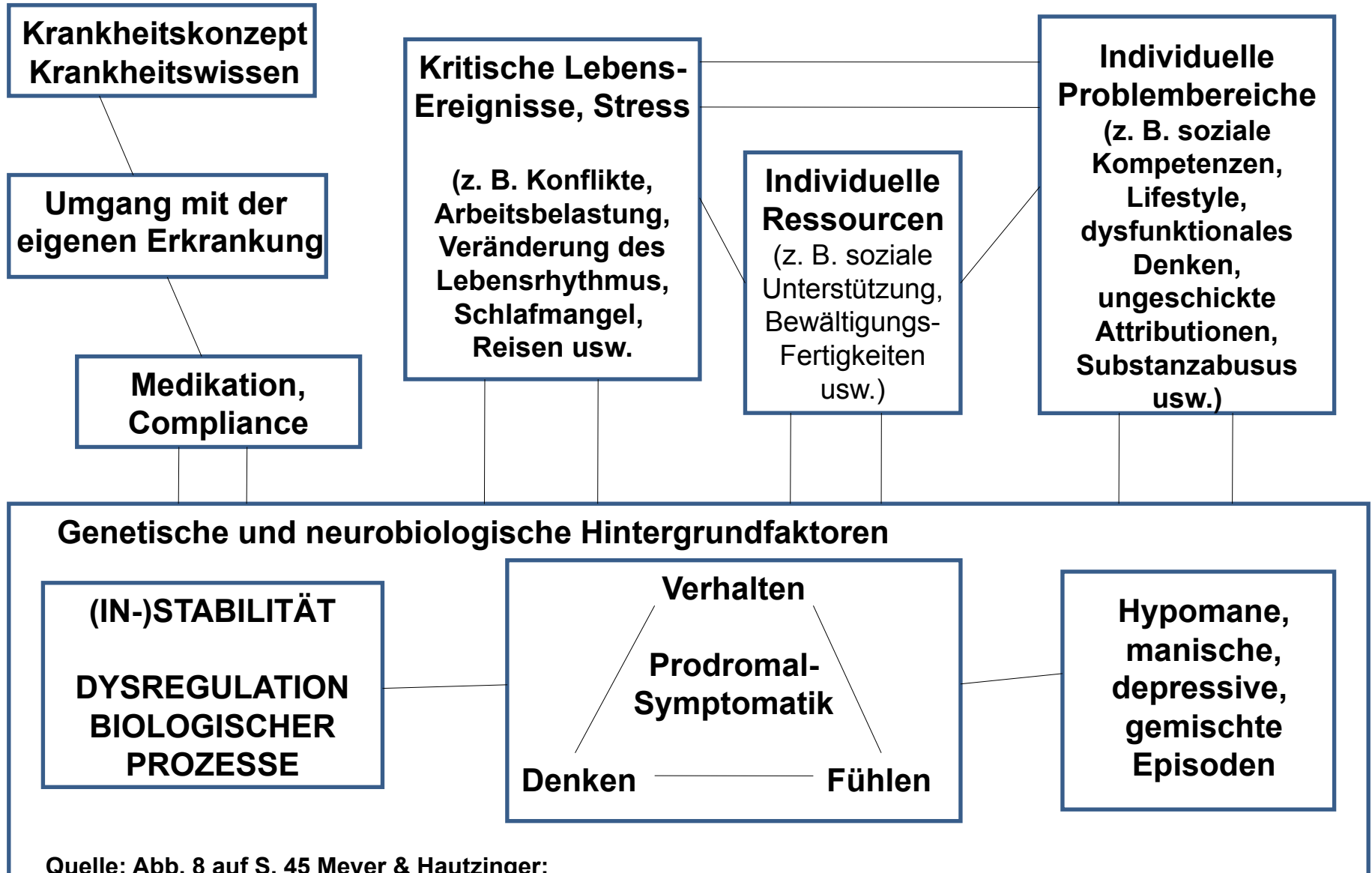
# Abb. 3: Kognitiv-behaviorale Aufschaukelung hin zu einem manischen Zustand



# Abb. 5: Kognitive Fallkonzeption manische Symptome



# Abb. 8: Krankheitsmodell



# Denken, Gefühle und Verhalten bei Erhalt der richtigen Diagnose

- Eigenes Beispiel: „Todesurteil“
- Kay Redfield Jamison:

„Die endlose Befragung endete schließlich. Mein Psychiater sah mich an, da war keine Unsicherheit in seiner Stimme: „Manisch-depressive Krankheit.“ Ich bewunderte seine schonungslose Offenheit. Ich wünschte ihm Heuschrecken auf seine Hände und Pocken auf sein Haus (sinngemäß: Die Pest an den Hals). Stille, unglaubliche Wut. Ich lächelte freundlich. Er lächelte zurück. Der Krieg hatte gerade begonnen“.

- **Patient mit manisch-depressiver Krankheit** (selbst übersetzt aus Frederick K. Goodwin & Kay R. Jamison: Manic depressive illness, 1990, Oxford University Press; später bekannte die Mitautorin in ihrem Buch *An unquiet mind*, dieser Patient zu sein)“

# Was hilft auf dem Weg zur Gesundheit?

- Akzeptieren der Erkrankung
- Entscheidung, sich angemessen zu behandeln
- Änderung des Lebensstils
- Regelmäßige Tagesstruktur
- Gesunder und regelmäßiger Schlaf
- Stress reduzieren und Erhöhen der Stresstoleranz
- Gesunde Ernährung und Bewegung
- Aufbau eines Hilfe-Netzwerkes
- Notfallpass und Hilfeplan



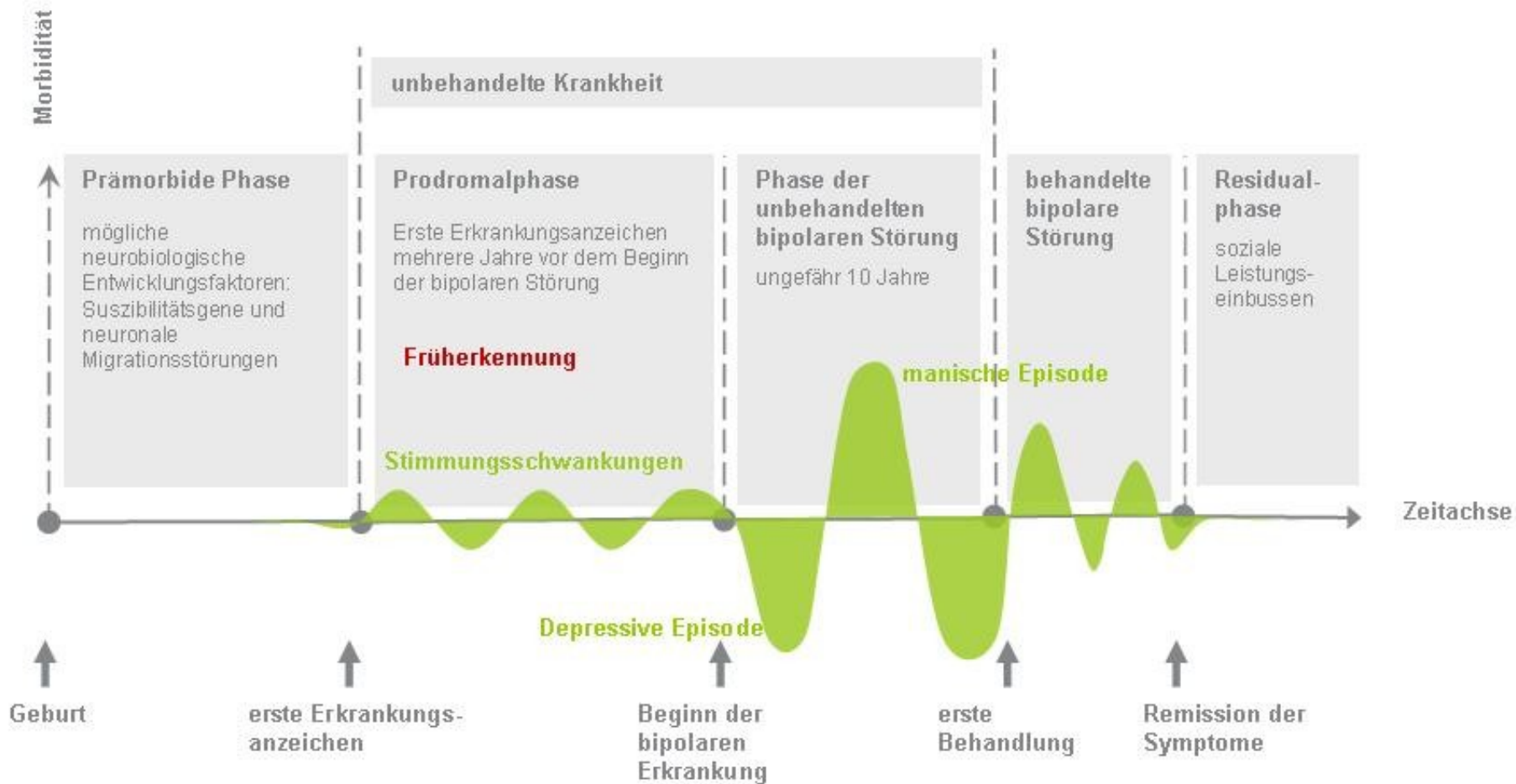
# LifeChart & Stimmungskalender

- Verlaufskurve der bisherigen Episoden und freien Intervalle (ggf. Verwandte, Freunde, Arztberichte hinzuziehen)
- Stimmungstagebuch Meyer: Manisch-depressiv?)
- Stimmungskalender (PEB Erfurth et al.)



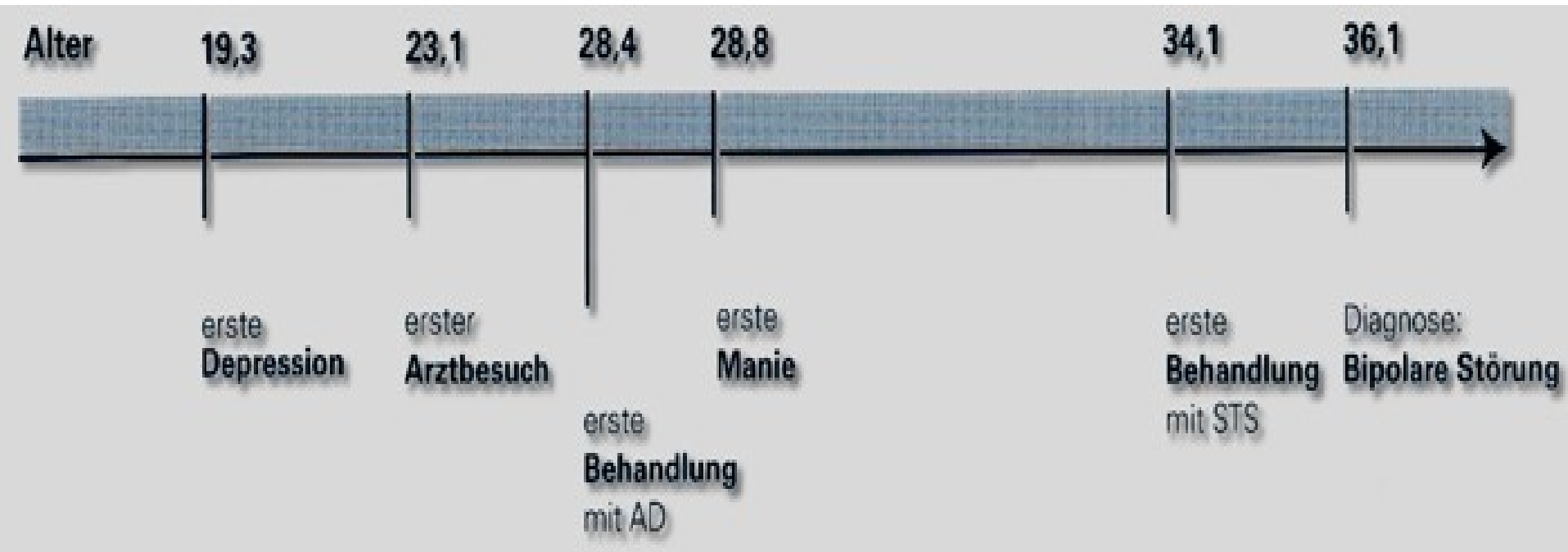
# Ursachen und Verlauf bipolarer Störungen

<http://zinep.ch/files/Grafik3.jpg>



# Zeitachse nach Ghaemi

<http://www.psychiatrie-bochum.de/upload/Bofit/timeline.jpg>



**Abbildung 1:** Zeitachse einer spät erkannten bipolaren Störung (nach Ghaemi, 1998)

**Abkürzungen:** *AD*: Antidepressivum, *STS*: Stimmungsstabilisierer (engl.: Mood Stabilizer)





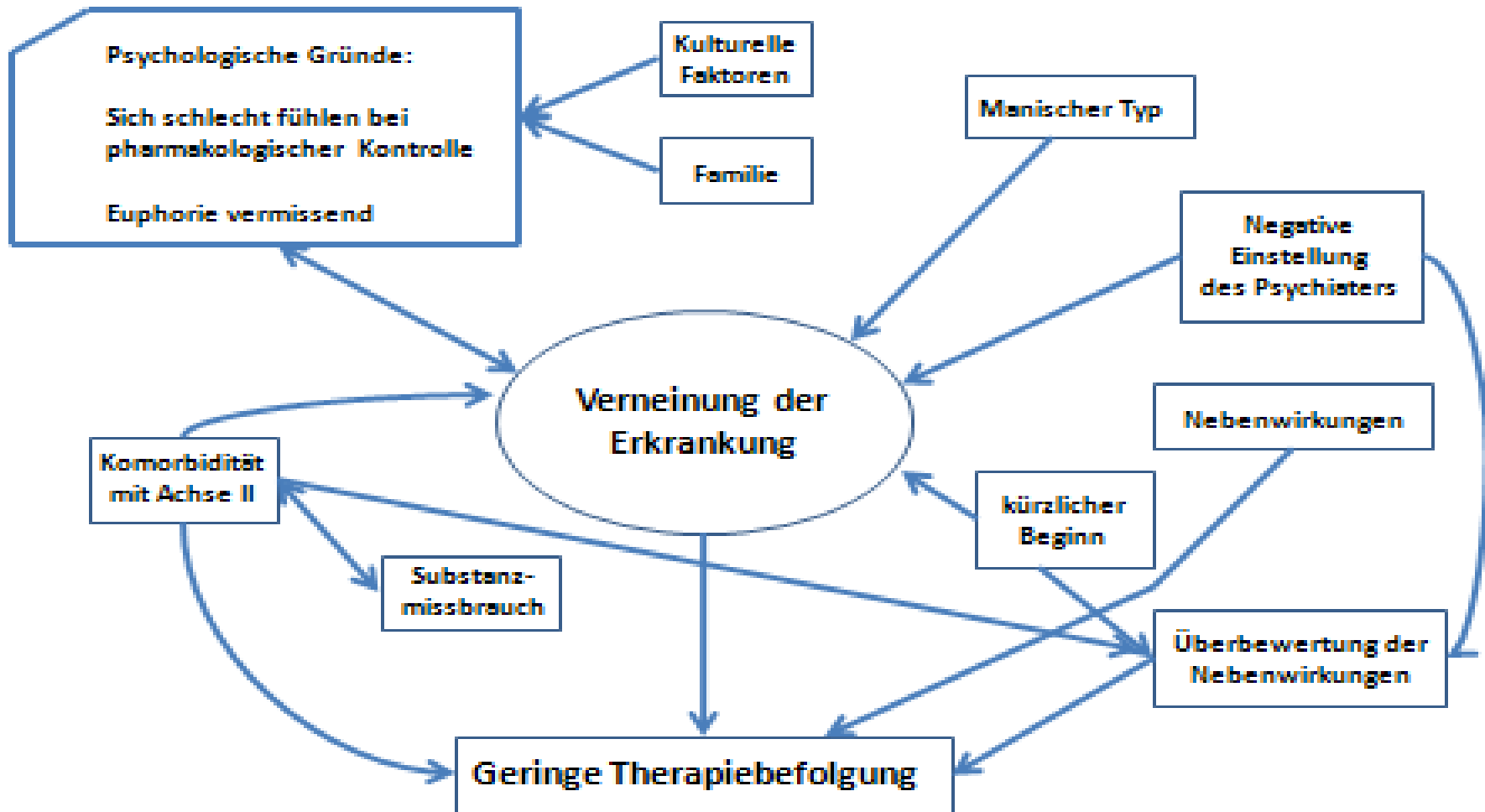


# Medikamente und Drogen

- Welche nehmen Sie aktuell und Erfahrungen mit Stimmungsstabilisierern, Antidepressiva, Neuroleptika, Benzodiazepinen
- Unannehmlichkeiten
- Nebenwirkungen
- Kontrolluntersuchungen (Lithium, Leponex etc.)  
Schilddrüse, Leber, Nieren und sonstige Organe
- Besonderheiten in der Schwangerschaft und Stillzeit
- Sonstige persönliche Stimmungsstabilisierer  
(Alkohol, Drogen, pflanzliche Präparate)
- Esoterik, spirituelle Heilung, alternative Therapien?



# Faktoren, die geringer therapeutischer Befolgung zugeordnet werden (Colom & Vieta, 2006)



# Compliance

- Medikament immer wie vereinbart eingenommen?
- Eigenmächtig ausgeschlichen oder abgesetzt?
- Gründe für die eigenmächtige Änderung?
- Welche Wirkungen beobachtet oder erfahren?

# Häufigste Symptome der Manie und %-Zahlen bipolarer Patienten

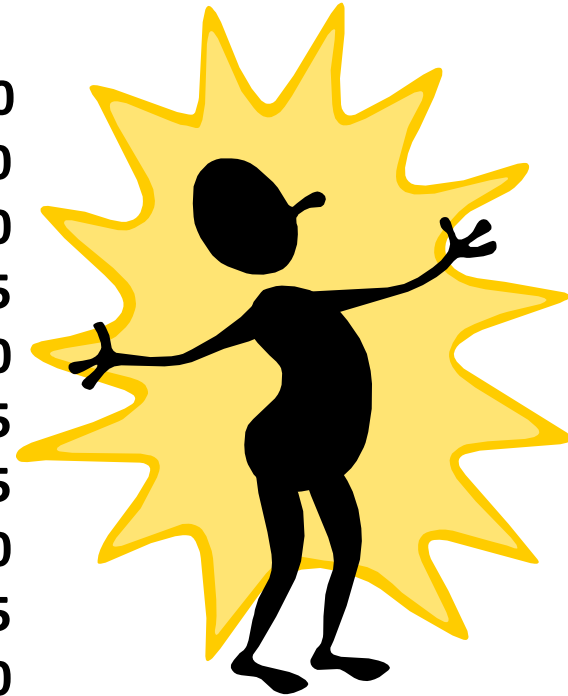
Symptome

Bipolare Patienten  
in %

Vermehrte Aktivität  
erhobene „Hoch“stimmung  
Abnehmendes Schlafbedürfnis  
Redseligkeit  
Rasende Gedanken  
vermehrte Selbstüberschätzung  
leicht zerstreut sein  
vermehrtes Sex-Verlangen  
Reizbarkeit  
Psychotische Symptome  
Alkoholmissbrauch



100  
90  
90  
85  
80  
75  
65  
60  
45  
40  
35



# Häufigste Symptome der Depression und %-Zahlen bipolarer Patienten

Symptome

Bipolare Patienten  
in %

Traurigkeit

86

Energieverlust

86

Schwierigkeit, sich zu konzentrieren

79

negative Wahrnehmungen

64

abnehmender Schlaf

57

Interessenverlust

57

Gewichtsverlust

43

Weinen

43

Appetitverlust

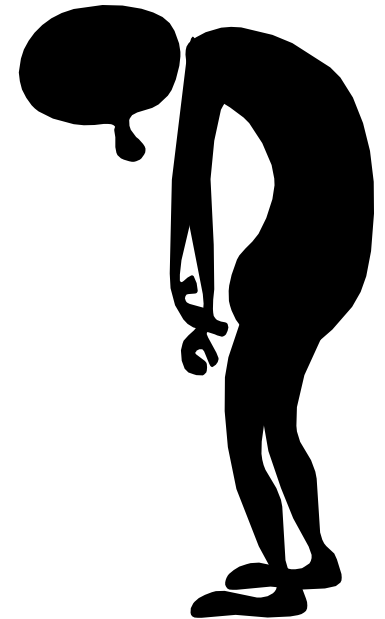
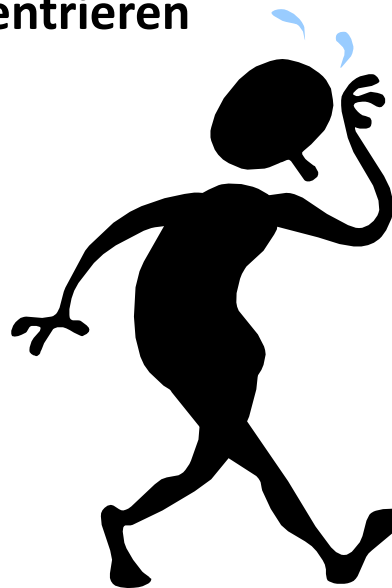
36

Somatische Symptome

36

Reizbarkeit

29



# Häufigste Gründe für den Abbruch der Therapie



Fig. 5: Ergebnis der BEAM Studie bipolarer Patienten über die häufigsten Gründe des Abbruchs der Behandlung (Morselli et al. 2003)

# Feuerlöscher-Karte für den Notfall

Psychiater:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Für ein „Hoch“:</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Erhöhe die Dosis um ____ Tablette</li></ul>
Psychiatrisches Krankenhaus:	<ul style="list-style-type: none"><li>- Schlafe 10 Stunden</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Trinke keinen Kaffee</li></ul>
Psychologe:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Für ein Tief:</li></ul>
Helfer:	<ul style="list-style-type: none"><li>- Schlafe max. 8 Stunden</li><li>- Ruf Verwandte und Freunde an</li></ul>
Andere:	<ul style="list-style-type: none"><li>- Spiele Fußball</li></ul>



# Was ist bei einer Dekompensation zu tun? - 1 -

## Was in einer hypomanischen, gemischten oder manischen Phase zu tun ist

1. Wenn ihre „Liste operativer Warnungen“ ihnen sagt, dass sie rückfällig werden könnten, oder ihr Helfer ihnen diese Möglichkeit nahelegt, ist der erste Schritt ihren Psychiater oder Psychologen ausfindig zu machen, sogar per Telefon, sodass er oder sie den Rückfall herausfinden kann oder ihnen sagen kann, dass es eine nicht krankhafte Schwankung ist.
  2. Erhöhen sie die Zahl der Schlafstunden auf ein Minimum von 10, selbst wenn sie die Medikamente wie vom Psychiater verschrieben benötigen. Häufig sind lange Schlafenszeiten für 3 oder 4 Tage ausreichend, um eine beginnende Dekompensation zu verhindern, wenn sie rechtzeitig entdeckt ist.
  3. Begrenzen sie die Zahl der Aktivitäten und sortieren sie alle aus, die nicht absolut notwendig sind. Normalerweise ist die Hilfe ihrer Verbündeten notwendig, um zu entscheiden, welche Aktivitäten nicht notwendig sind. Erinnern sie sich: Einzig wichtig ist ihre Gesundheit und die Vermeidung eines Rückfalls; das überwiegt jeden Job oder soziale Verpflichtung.
  4. Verbringen sie max. 6 Stunden mit aktiven Tätigkeiten. Der Rest des Tages sollte für Ruhen oder entspannende, nicht-stimulierende Tätigkeiten reserviert sein. Sie sollten sich verhalten, als ob sie eine Grippe haben: viel Bettruhe, wenig Fernsehen, wenig Ausflüge und eine Menge Ruhe.
  5. Versuchen sie niemals ihre Überaktivität und vermehrte Energie dadurch zu überwinden, dass sie sich verausgaben durch eine Menge physischer Übungen, um sich zu ermüden und zum Normalzustand zurückzukehren. Dies ist wie der Versuch, eine Feuer mit Benzin auszulöschen: je mehr Aktivitäten sie ausüben, umso mehr werden sie stimuliert, umso schlimmer wird die Episode verlaufen. Physische Übungen müssen minimiert werden.
  6. Reduzieren sie Reize: Vermeiden sie sich sehr stimulierenden Einflüssen auszusetzen (Diskothek, Demonstration oder Einkaufszentrum) und umgeben sie sich mit erholsamer Umgebung (ruhige, kaum leichten, wenigen Leuten).
  7. Vermeiden sie stimulierende Getränke wie Kaffee, Tee, Cola und sogenannte Energie-Getränke (Taurin, Ginseng, Koffein oder Derivate dieser Substanzen enthaltend). Vermeiden sie auch Multivitamine, weil sie manchmal auch diese Substanzen enthalten.
- Es liegt klar auf der Hand, dass Alkohol und andere Drogen vermieden werden sollten. Auch wenn der Psychiater ihnen eine geringe Menge von Alkohol erlaubt haben sollte, beispielsweise Bier an Wochenenden, ist es wünschenswert, nicht zu trinken, wenn sie vermuten, dass eine Episode beginnt.
8. Begrenzen sie die Geldausgabe: Verhindern sie den Zugang zu Kreditkarten (jemand, dem sie vertrauen, kann sie verwahren, bis die gefährliche Episode verschwindet) und verschieben sie alle Einkäufe wenigstens für 2 Tage.
  9. Treffen sie niemals wichtige Entscheidungen, wenn sie vermuten, dass sie beginnen, an Symptomen einer Hypomanie zu leiden. Bis der Psychiater oder Psychologe die Existenz einer Episode ausschließt stellen sie alle Entscheidungen zurück.
  10. Geben sie sich niemals die Erlaubnis „ein wenig höher zu gehen.“ Erinnern sie sich, dass je höher sie gehen, umso tiefer sie fallen werden.



# Was ist bei einer Dekompensation zu tun? - 2 -

## Was für eine mögliche depressive Phase zu tun ist

1. Versuchen sie ihren Psychiater per Telefon zu erreichen. Wenn eine depressive Phase beginnt oder wenn sie vermuten dies geschieht, sollten sie den Psychiater nicht wechseln, weil der Psychiater im Bereitschaftsdienst ihre depressiven Symptome überschätzen könnte, nicht wissend, dass sie eine bipolare Störung haben, und dies zu einem übermäßigen Gebrauch von Antidepressiva führen könnte.
2. Sie sollten niemals ihre depressiven Symptome selbst medikamentös behandeln. Nehmen sie weiterhin die Medikamente, wie vom Psychiater verschrieben, ein.
3. Schlafen sie meistens 8 Stunden, denn längerer Schlaf kann die Depression verschlechtern. Um die Schlafzeit zu begrenzen, kann es nützlich sein, die Aktivitäten für den morgen zu planen. Schlafen sie niemals während einer Ruhenszeit (Siesta).
4. Versuchen sie ihr Aktivitätsniveau zu erhöhen, auch wenn das gerade das Gegenteil dessen ist, was sie tun wollen. Lassen sie keine ihrer täglichen Aktivitäten aus.
5. Es ist sehr wichtig für sie, sich körperlich zu betätigen; wenn sie nicht zur Gymnastik oder zum Schwimmen gehen können, versuchen sie mindestens eine halbe Stunde an jedem Tag spazieren zu gehen.
6. Treffen sie keine wichtigen Entscheidungen – diese sollten nur getroffen werden, wenn sie völlig klar bei Verstand sind. Sie sollten nicht durch Pessimismus und Verzweiflung, charakteristisch für depressive Zustände, beeinflusst sein.
7. Konsumieren sie keinen Alkohol, Marihuana oder Kokain, um sich aufzuheitern oder zu aktivieren: Diese Substanzen werden sie nach wenigen Stunden noch depressiver machen. Wenn sie keine Angstprobleme haben, können sie zur Anregung zwei Tassen Kaffee am Morgen trinken.
8. Versuchen sie Ideen der Minderwertigkeit oder des Pessimismus aus der richtigen Perspektive zu betrachten: Sie sind nur das Ergebnis einer biochemischen Stoffwechselstörung im Gehirn. Wenn sie darüber mit einer Vertrauensperson oder ihrem „Verbündeten“ sprechen, werden sie ihnen möglicherweise sagen, dass sie die Wichtigkeit dieser Ideen vergrößern.
9. Versuchen sie ein regelmäßiges Programm einzuhalten; viele Depressive fühlen sich nachmittags besser, sodass sie immer später zu Bett gehen und dabei mit auf den Kopf gestellten Schlafstunden enden. Es ist das Beste damit fortzufahren, während des Tages zu leben und der Nacht zu schlafen.
10. Betreiben sie den Besuch ihres Psychologen: Er wird ihnen einen Rat geben, wie diese anfängliche Dekompensation zu behandeln ist. Wenn sie suizidale Ideen haben, sprechen sie immer darüber.

# Wie gehe ich mit Stress um?

## **Probleme rationalisieren**

Die meiste Zeit neigen wir dazu, Probleme über zu bewerten, die uns betreffen. Relativ banale Umstände im Vergleich dazu, was wirklich wichtig ist im Leben, können uns überwältigen, wenn wir sie nicht aus der richtigen Perspektive betrachten. Der Weltuntergang ist nicht gekommen, wenn wir durch eine Prüfung fallen oder eine Bewerbung fehlschlägt. Ein Psychologe kann uns die geeigneten Werkzeuge geben, um unsere Angelegenheiten zu bewältigen.

- **Entspannung**

Für viele Patienten ist es nützlich, Entspannungstechniken zu erlernen und sie wenn notwendig anzuwenden, manchmal mit regelmäßiger Grundlage. Die gebräuchlichsten Entspannungstechniken sind Jacobsens Muskel-Entspannung und Schultz Autogenes Training – weniger körperbetont und mehr auf Gedanken-Kontrolle fokussiert. Jede dieser Techniken kann wertvoll sein für eine Person, die zu Angst neigt oder Stressoren ausgesetzt ist.

- **Atemkontrolle**

In vielen stressigen Situationen ist es nicht möglich zu entspannen, weil diese Techniken eine gewisse Zeit zu trainieren und einen angemessenen Zeitraum benötigen. Kontrollierte oder Zwerchfell-Atmung zu erlernen kann für diese Situationen sehr hilfreich sein, abgesehen davon ist es eine Technik, die sehr häufig von Personen benutzt wird, die mit ihrer Stimme arbeiten und eine hoch-qualitative Atmung benötigen.

# Arbeitsblatt „Was ist, wenn ...?“

... ich gesund bin und keine Symptome habe?	... ich depressiv bin?	... ich hypomanisch werde/bin?
Verhalten	Verhalten	Verhalten
Denken	Denken	Denken
Gefühle	Gefühle	Gefühle
Andere	Andere	Andere

# Arbeitsblatt: Wochenplan zur Alltagsgestaltung und zum Aufbau angenehmer Tätigkeiten

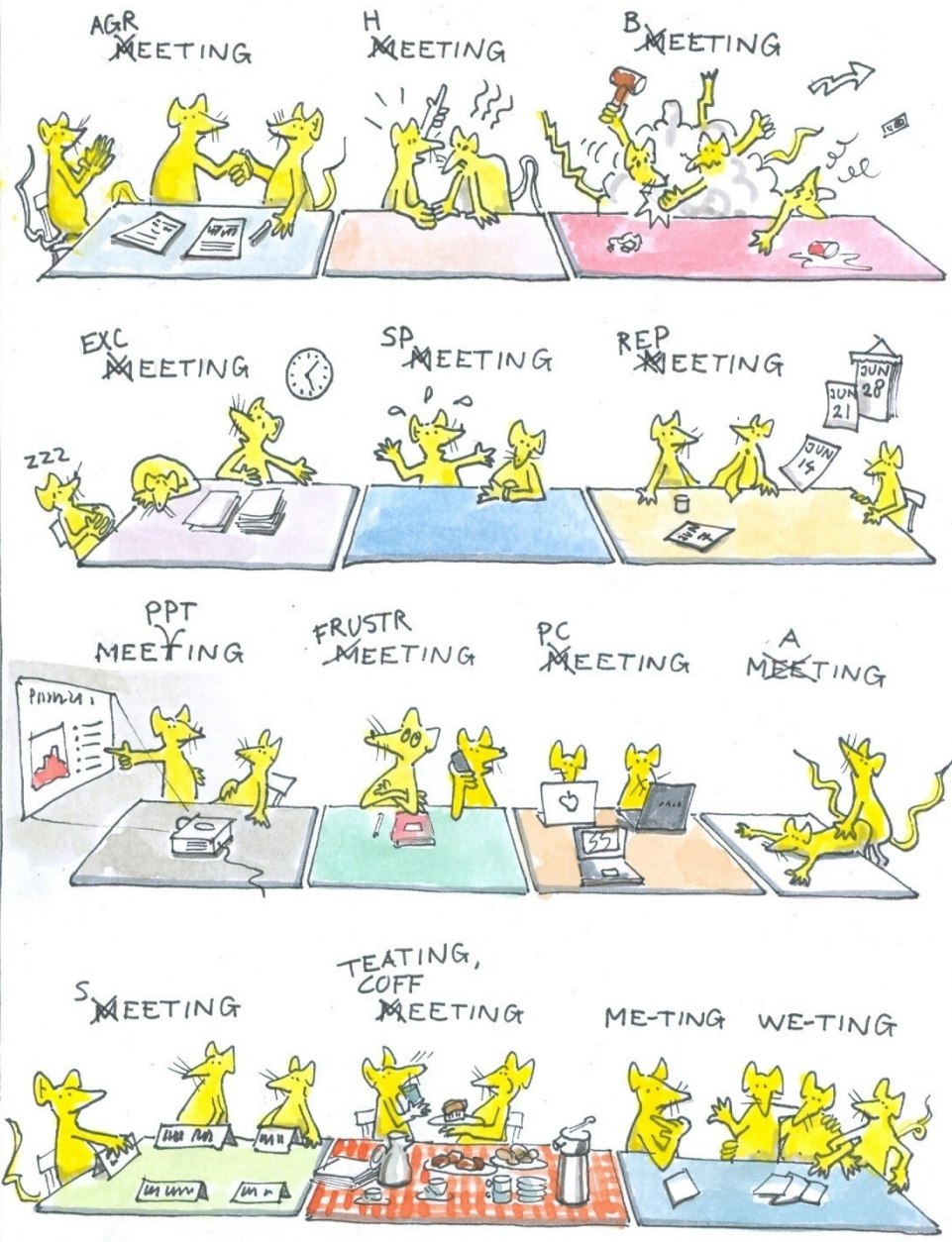
Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
7-8							
8-9							
9-10							
10-11							
11-12							
12-13							
13-14							
14-15							
15-16							
16-17							
17-18							
18-19							
19-20							
20-21							
21-22							
22-23							



# Zehn „Anhaltspunkte“ für Angehörige psychisch kranker Menschen

1. Informiere Dich gründlich und sachlich.
2. Suche nicht in der Vergangenheit nach „Fehlern“.
3. Suche nicht nach „Schuldigen“.
4. Rede nicht mit jedem über die psychische Erkrankung.
5. Fordere Bereitstellung aller sozialpsychiatrischen Hilfen zur Verbesserung der Lebensqualität der Familien.
6. Rede von Deinen positiven und negativen Erfahrungen.
7. Angehörige haben ein Recht auf eigenes Leben.
8. Löse Dich vom Urteil der „Leute“.
9. **Wirf über Bord**, was Du bis zur Erkrankung Deines Familienmitgliedes für unerschütterlich „richtig“ oder „falsch“ gehalten hast.
10. **Leiste Trauerarbeit, aber versinke nicht in ihr.** ... Nimm Dein Familienmitglied an, so wie es ist und versuche nicht, es nach Deinen Vorstellungen zu ändern. Ändern kannst Du nur Dich selber. **Und wie wir alle wissen, ist dies schwer genug ...** *Ingrid Rath BApK, Bonn*

MEETING - CULTURE



Danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Ich habe fertig!



Anregungen zur Diskussionskultur auf der linken Seite

## Publizierte Therapiemanuale bei bipolaren Störungen

<i>Programm</i>	<i>Therapieart</i>	<i>Setting</i>	<i>Dauer</i>	<i>Sprache</i>
Bauer & MC Bride (1996) [22]	Psychoeduktion + Life Goals Program	Gruppe	6 Sitzungen PF + weitere Sitzungen zum Erreichen eines	Englisch
Basco & Rush (1996) [14]	Kognitive Verhaltenstherapie	Einzel	20 Sitzungen	Englisch
Miklowitz & Goldstein (1997) [15]	Familien-fokussierte Therapie FFT	Einzel	21 Sitzungen, kein manualisierter Ablauf der Inhalte	Englisch
Lam, Jones, Hayward & Bright (1999) [15]	Kognitive Verhaltenstherapie	Einzel	20 Sitzungen, kein manualisierter Ablauf der Inhalte	Englisch
Newman, Leahy, Beck, Reilly-Harrington & Gyulai (2002) [16]	Kognitive Verhaltenstherapie	Einzel	bis zu 50 Sitzungen, kein manualisierter Ablauf der Inhalte	Englisch
Wagner, Petra & Bräunig, Peter	Psychoeduktion	Gruppe	12 Sitzungen	Deutsch
Meyer & Hautzinger	Kognitive Verhaltenstherapie	Einzel	20 Sitzungen	Deutsch
Schaub, Bernhard & Gauck (2004) [25]	PE	Gruppe	14 Sitzungen	Deutsch
Jelley & Elmer (2005)	HOPE Psychoeduktion	Gruppe	12 Sitzungen	Deutsch
Colom & Vieta (2006)	Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder	Gruppe	21 Sitzungen	Englisch
Hautzinger & Meyer (2011)	Bipolar affektive Störungen	Selbstmanagement & PE	fortlaufend	Deutsch