

Informationen zu den psychoedukativ-kognitiven Gruppenangeboten für Patienten mit bipolaren Erkrankungen

Schaub Annette, Schmidgall Britta

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München

Seit 1995 finden an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München psychoedukativ-kognitive Gruppen für Patienten mit affektiven Störungen statt (Schaub 2000). 1999 wurde mit der Unterstützung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung mit einer kontrollierten randomisierten Studie zur Überprüfung eines psychoedukativ-kognitiven Therapiekonzeptes bei unipolar depressiv Erkrankten begonnen. Diese Studie ist auf fünf Jahre angelegt (Projektleitung: Dr. A. Schaub).

Seit 2000 werden Patienten mit bipolaren Erkrankungen spezifische Gruppen angeboten (Schaub 2002). Das Gruppenkonzept wurde 2002 aktualisiert (Schaub A, Schmidgall B, Gauck L, Goldmann U).

Die Gruppeninhalte der bipolaren Gruppen sind:

- Informationen zur Erkrankung
- Erklärungsmodelle
- Medikamentöse Behandlung (Wirkungen und mögliche Nebenwirkungen)
- Symptome und Bewältigungsmöglichkeiten der Depression und der Manie
- Aktivitätenplanung in der Depression
- Kognitive Umstrukturierung der negativen Gedanken in der Depression
- Vorbeugung vor Rückfällen
- Belastbarkeit erhöhen

Die Gruppen sind auf 10 Sitzungen, zweimal die Woche angelegt. Nachdem sich die Gruppenmitglieder gegenseitig vorgestellt haben, werden die Gruppenregeln gemeinsam erarbeitet und Informationen zur Erkrankung werden ausgetauscht. Im Vordergrund stehen Fragen wie: „Was versteht man unter einer manisch-depressiven Erkrankung? Wie häufig kommt diese Erkrankung vor? Wie verläuft diese Erkrankung? Was verbirgt sich hinter den Begriffen Bipolar I, Bipolar II, Mischzustände, Zylothyme Störung und „rapid cycling“?“. In der nächsten Sitzung werden die Erklärungsmodelle „Verletzlichkeits-Stress-Modell“ und „Ungleichgewicht im Nervstoffwechsel“ vorgestellt und mit den Patienten diskutiert. Im Anschluss wird die Wirkungsweise der Medikamente besprochen. Den Teilnehmern bekannte Medikamente werden in die Gruppen Stimmungsstabilisierer, Antidepressiva, Neuroleptika, Beruhigungsmittel, Schlafmittel und Medikamente gegen Nebenwirkungen eingeteilt und den drei Zeitabschnitten Akutbehandlung, Erhaltungstherapie und dem Vorbeugen erneuter Krankheitsphasen (Prophylaxe) zugeordnet. In diesem Rahmen werden auch die möglichen Nebenwirkungen besprochen und gemeinsam diskutiert, wie man selbst bestimmten Nebenwirkungen, wie z.B. der Mundtrockenheit entgegenwirken kann.

Im weiteren Verlauf werden die Symptome, individuelle Auslöser und Bewältigungsmöglichkeiten erarbeitet und am Teufelskreis-Modell der Depression erläutert. Wichtig ist, dass die Patienten verstehen, wie die Bereiche Fühlen, Denken und Handeln zusammenhängen und wo und wie sie selbst eingreifen und ihr Befinden verändern können. Dazu erstellt jeder Patient eine Liste mit Aktivitäten, die er gerne ausführt und die er auch in der Depression noch durchführen kann. Zusätzlich wird ein Schema erläutert, das den Zusammenhang zwischen auslösenden Situation (z.B. Leistungsanforderung), negativen Gedanken („das schaffe ich nie“) und Gefühlen („mit mir – das klappt nie mehr“) erklärt und es werden gemeinsam auslösende Situationen, negative Gedanken und das folgende Gefühl erarbeitet. Jetzt folgt der Versuch, diese Gedanken auf ihre Angemessenheit zu hinterfragen und realistische Alternativgedanken zu entwickeln („das ist eine Beschwerde der Krankheit, das man sich so recht nichts zutraut. Und ich hab‘ doch auch in früheren Krankheitsphasen

irgendwann einen Ausweg gesehen und wieder Mut geschöpft.“). Die Patienten werden aufgefordert, diesen Zusammenhang zuhause mit Hilfe von Arbeitsblättern weiter zu bearbeiten.

Im letzten Teil stehen Frühwarnzeichen, Krisenplan und generelle Belastbarkeit im Mittelpunkt. Ziel ist, dass jeder für sich persönliche Frühwarnzeichen für Depression (z.B. Morgentief) und für Manie (z.B. weniger Schlafbedürfnis) erkennt und diese in einen Krisenplan einträgt. Im persönlichen Krisenplan sollten außerdem Bewältigungsmöglichkeiten und Telefonnummern einer Vertrauensperson, des Hausarztes, des Nervenarztes und des Psychotherapeuten eingetragen werden. Wichtig sind Verträge oder Vereinbarungen mit einer Vertrauensperson, die dem Patienten in einer beginnenden manischen Phase, mit eingeschränkter oder fehlender Krankheitseinsicht, helfen, ihn vor „Dummheiten“ bewahren und gegebenenfalls eine Einweisung ins Krankenhaus veranlassen. Zum Schluss werden Regeln besprochen, wie man die Belastbarkeit allgemein erhöhen kann und worauf man mit einer bipolaren Erkrankung mehr achten muss, als andere. Die Gruppenmitglieder werden motiviert, zusätzlich zur regelmäßigen Medikamenteneinnahme bei Bedarf eine Psychotherapie zu machen und/oder sich in Selbsthilfegruppen zu engagieren.

Literatur

- Schaub, A. (2000). Angehörigenarbeit und psychoedukative Patientengruppen in der Therapie affektiver Störungen. In H.J. Möller (Hrsg.), Handbuch der Therapie psychiatrischer Erkrankungen (S. 462-473). Stuttgart New York: Thieme.
- Schaub, A. (2002). Psychoedukative, kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen bei bipolaren Störungen. Krankenhauspsychiatrie 13, Sonderheft 1, S 31-37
- Schaub, A. & Goldmann, U. (2000). Psychotherapie bei bipolaren Störungen. Behandlungsansätze und Stand der Forschung. Psycho, 26, 503-506