

# Abstracts

## 4. Jahrestagung



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

gemeinsam mit



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf



Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Allgemeines Krankenhaus Hamburg-Harburg

## Leben mit Manie und Depression

Tagungsvorsitz

Priv.-Doz. Dr. Dipl.-Psych. Thomas Bock

Dr. Hans-Peter Unger

**9.–11. September 2004**

**Hamburg**

## Inhalt

(Bei Redaktionsschluss vorliegende Abstracts)

### Vorträge

*Freitag, 10.09.*

Bipolare Störungen als lebenslanges Schicksal 3

Zur Psychodynamik und Psychotherapie bipolarer Störungen 3

*Samstag, 11.09.*

Unsere Affekte in der Evolution – Zur Bedeutung von Depression und Manie in der Menschwerdung 4

### Forum 1

*Freitag, 10.09.*

Differentialdiagnostik und Psychopharmakotherapie 5

Bedeutung psychologischer Therapieansätze in der Behandlung bipolarer Störungen 5

Manie und Stimmungsmodulation – Gegenübertragung im stationären Behandlungsteam und in der ambulanten Psychotherapie 5

Mögliche Fallen in der akuten Situation 5

### Forum 2

*Freitag, 10.09.*

Selbsthilfegruppen: Die niederländische Geschichte 6

Erfahrungen mit dem Life-Chart-Programm, individuelles Krisenmanagement 6

Rahmenbedingungen für emotionale Stabilität: Arbeit, Beziehung, Stigma 7

### Forum 3

*Freitag, 10.09.*

Erfahrungen mit der Familientherapie bei manisch-depressiven und schwer depressiven Erkrankungen 8

Wie geht es den Kindern bipolar erkrankter Eltern? 8

Bipolare Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung – Besonderheiten der Erkennung, Diagnostik und Behandlung 9

### Forum 4

*Samstag, 11.09.*

Ambulanter Zwang und Bevollmächtigung der Angehörigen: Was bedeutet die Novellierung des Betreuungsgesetzes? 10

Wie wird die Therapie erreichbar – aus Sicht des Angehörigen 10

### Forum 5

*Samstag, 11.09.*

Genetik der bipolaren Störungen 11

Bildgebung bei bipolaren Störungen 11

Schilddrüsenhormonsystem und seine Bedeutung für die Therapie bipolarer Störungen 12

Komorbidität von Substanzabhängigkeit und Bipolarer Störung: Konsequenzen für die Praxis 12

*Alle Workshops Samstag, 11.09.*

### Workshop 1

Zwischen Stimmungsmodulation und Selbstmanagement – aus Sicht der Betroffenen 13

### Workshop 3

„Ich bin nicht nur krank“. Zum Selbstbild und Selbstmanagement bipolar Erkrankter 13

### Workshop 5

Arbeit und Rehabilitation 13

### Workshop 7

Rechtsfragen: Betreuungs-, Sozial- und Zivilrecht 13

### Workshop 8

Angst, Schuld und das Bedürfnis nach Kontrolle aus Sicht der Familie und Angehörigen 14

### Workshop 9

Paarbeziehungen und bipolare Störungen. Was macht die besonderen Beziehungskomponenten aus ? 14

### Workshop 10

Wie gründe ich eine Selbsthilfegruppe? 14

Wie kann ihre Auflösung verhindert werden? 14

### Satelliten-Symposium

*Freitag, 10.09.*

Frauenspezifischer Verlauf bipolarer Störungen 15

### Lesung

*Freitag, 10.09.*

„Mit gebrochenen Flügeln fliegen...“  
Lesung von Bipolar Erfahrenen und Angehörigen 15

### Poster

*Freitag 10.09. – Samstag 11.09.*

[www.bipolar-forum.de](http://www.bipolar-forum.de) 16

Entwicklung eines Selbstmanagement – Trainingsprogramms (SMTP) in Selbsthilfegruppen für Menschen mit bipolaren Störungen 16

Register 17

Notizen 18

## Vorträge

### Bipolare Störungen als lebenslanges Schicksal

J. Angst und A. Gamma,  
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Jeder Mensch erlebt Stimmungsschwankungen, in denen er sich besser oder schlechter fühlt. Rasche und starke Schwankungen sind besonders für Kinder charakteristisch. Wenn die Stimmungsschwankungen in die Adoleszenz oder ins Erwachsenenalter anhalten oder gar zunehmen und für den Betroffenen oder seine Umgebung ein abnormes Ausmaß mit subjektivem Leiden oder sozialen Konsequenzen annehmen, spricht man von bipolaren Störungen.

In etwa der Hälfte der Fälle beginnt die Störung schon vor dem 20. Lebensjahr; das Risiko beginnt in der Vorpubertät, d.h. ab dem 11. Altersjahr. Vorerst werden gewöhnlich nur die depressiven Schwankungen als störend empfunden und erkannt, was in vielen Fällen zur Fehldiagnose Depression führt; die korrekte Diagnose einer bipolaren Störung lässt im Schnitt 8-10 Jahre auf sich warten. Hypomanische Symptome werden oft über Jahre, besonders bei Jugendlichen, als Sozial-verhaltensstörung oder als Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (Hyperaktivität) verkannt. Frühmanifestationen sind oft schwerwiegend, weil dadurch der Erfolg in der Schule, Berufslehre oder im Studium gefährdet wird. Später sind die Ehe und die berufliche Karriere oft schwer beeinträchtigt.

Der natürliche Verlauf bipolarer Erkrankungen wurde erst seit der Einführung von Antidepressiva (1957) und Lithium als Prophylaktikum (Baastrup and Schou 1967) systematisch erforscht. Im Erfolgsfall stellte sich rasch die Frage nach der Lebenszeitprognose und wie lange die Lithiumprophylaxe deshalb aufrechterhalten werden muss. Bis ca. 1960 galt unter dem Einfluss von Kraepelin die Faustregel, dass manisch-depressive Erkrankungen, im Gegensatz zur Schizophrenie, eine gute Prognose hätten, obwohl bekannt war, dass zwischen schwereren Phasen of Stimmungsschwankungen leichteren Grades oder gar anhaltende Veränderungen auftraten. Weil man ursprünglich annahm, bipolare Störungen heilten spontan, wurde irrtümlich die Lithiumwirkung von einzelnen Autoren als nicht-existent verkannt (Blackwell und Shepherd 1968).

Erst systematische Langzeit-Untersuchungen schafften Klarheit über die Periodizität der bipolaren Störungen. Zu Beginn der Störungen nehmen oft über Jahre die Stimmungsschwankungen an Intensität zu, bis sie klar als Krankheit erscheinen. Dazu kommt nach deren Ausbruch eine Verschlimmerungstendenz in Form von Verkürzungen der Abstände (Intervalle) zwischen den Phasen. Neueste Untersuchungen zeigen, dass diese Verkürzungstendenz in den ersten Phasen am stärksten ist, aber auch nach vielen Phasen noch auftreten kann. Wird eine Jahre dauernde Prophylaxe plötzlich abgebrochen, was ein Kunstfehler ist, beobachtet man daher eine Verschlimmerung der Periodizität im Vergleich zur Krankheit vor Beginn der Prophylaxe.

Lebenslange Langzeituntersuchungen zeigen, dass die Periodizität bis ins hohe Alter anhält, was für die Prophylaxe maßgebend ist. Außerdem zeigt sich, dass periodische Depressionen nach jeder neuen Phase auch noch nach Jahrzehnten in bipolare Störungen kippen können. Etwa die Hälfte aller Depressionen sind daher den bipolaren Erkrankungen zuzurechnen. Mit der anhaltenden Periodizität ist oft zusätzlich eine immer wiederkehrende Selbstgefährlichkeit verknüpft, und die Lebenserwartung unbehandelter bipolar Kranker ist vor allem daher etwa um 10 Jahre verkürzt. Der Früherkennung der Suizidgefährdung kommt deshalb große Bedeutung zu.

Unbehandelte bipolare Störungen sind also nicht nur beim Erstauftreten sondern während des ganzen Lebens ein anhaltendes Problem und prägen die Lebensentwicklung der Betroffenen und ihrer

Umgebung sehr stark. Neueste Studien zeigen glücklicherweise, dass nicht nur die Rückfallgefährdung sondern auch die Selbstgefährdung durch eine kombinierte Behandlung von Stimmungsstabilisatoren mit Antidepressiva und/oder atypischen Neuroleptika wirksam behandelt werden können.

### Zur Psychodynamik und Psychotherapie bipolarer Störungen

P. Hartwich, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Städtischen Kliniken Frankfurt am Main

#### Einige Wirksamkeitsstudien

Wirksamkeitsstudien, die positive Effekte zur Psychotherapie affektiver Erkrankungen zeigen, sind u.a. von ELKIN et al., LEUZINGER-BOHLEBER et al., SANDELL et al., van PRAAG, sowie eine Metaanalyse von GEERSON et al. erarbeitet worden.

#### Kritik

Die gewichtigen somatischen Komponenten in der Ätiologieforschung sowie in der Therapie begrenzen allerdings psychodynamisch orientierte Psychotherapien. Heute geht es nicht mehr um die Frage der Konkurrenz zwischen biologisch-somatischen und psychodynamischen Ansätzen und auch nicht um die Frage einseitiger persönlicher Perspektiven. In der Entstehungsgeschichte der Erkrankung sehen wir heute das komplexe Zusammenspiel zwischen somatisch-biologischen, psychodynamischen und sozialen Faktoren. Es handelt sich um einen Kreisprozess, bei dem die Dimension **Zeit**, von Kindheit über Pubertät bis zum frühen Erwachsenenalter und ggf. später, hinzukommt. Bildlich gesehen kann man von einer Spirale sprechen, auf der sich „Unwuchten“ einstellen können, die das Ganze aus der Bahn geraten und in eine bipolare Erkrankung münden lassen. Solche Unwuchten können beispielsweise Verlusterlebnisse, hormonelle Umstellungen, Geburt, somatische Erkrankungen etc. sein. Infolgedessen sind generelle Aussagen zu wenig präzise, statt dessen bedarf es beim Einzelschicksal eines depressiv oder manisch Erkrankten einer **individuellen Gewichtung** seiner persönlichen lebensgeschichtlichen Faktoren. Formal ähnliche Psychopathologie und Erkrankungen spiegeln nicht das ätiopathogenetische Gewichtungsmuster des Einzelnen wider.

Hierin liegt die Begrenztheit des nomothetischen Ansatzes bei Untersuchungen zur Wirksamkeit der Psychotherapie, was die empirische Überprüfbarkeit erschwert.

#### Voraussetzungen zur Psychotherapie

Für die Indikation der Psychotherapie bedarf es einer ätiologischen Gewichtung bezüglich der psychischen Einflussfaktoren beim Schicksal des Einzelnen. Dieses führt zu unterschiedlichen Prägnanztypen und erfordert auch unterschiedliche psychotherapeutische Vorgehensweisen. Hier verhaltenstherapeutisch, da psychodynamisch, wobei es zusätzlich Persönlichkeitsfaktoren (Intelligenz, Introspektionsfähigkeit, Kreativität etc.) gibt, die mehr für das eine, das andere oder weitere Verfahren sprechen.

#### Historischer Beitrag psychoanalytischer Hypothesen zu den bipolaren Störungen

Die Depression wurde als Abwehr der Aggression durch Wendung gegen das eigene Selbst gesehen oder durch narzisstische Kränkung infolge von Verlusterlebnissen hervorgerufen und der synthetische Schuldwahn als verdrängter Sadismus interpretiert (siehe ABRAHAM).

Die Manie wurde als Triumph über den depressiven Affekt, als Abwehr der Depression (WINNICOTT) oder als regressive Aktivierung des Größenselbst (JACOBSON) angesehen.

Solche Kernaussagen, die hier nur beispielhaft wiedergegeben werden können, haben vertiefte Einblicke in das Erleben und die Psychodynamik bipolar erkrankter Menschen gegeben. Sie sind aber nur begrenzt zutreffend, da biologisch-somatische Aspekte in die Gewichtung von Ätiologie und Psychopathologie eingehen.

### Konzept der Parakonstruktion

Heute stellen wir die somatopsychische Wechselwirkung in den Vordergrund. Dabei geht es um die Betrachtung der verschiedenen Ebenen des psychischen Strukturniveaus in Hinblick auf ihre Stärke und Festigkeit. Bei höherem Strukturniveau, wie es Neurosekranken zugeschrieben wird, werden Abwehrmechanismen zum Schutz der Psyche eingesetzt im Sinne von Kompensation und Rekonstruktion. Ist das Strukturniveau psychotisch verändert, kommt es ebenfalls zu Schutz- und Gegenregulationsversuchen, diese sind aber nicht als gelungene Kompensationen oder Konstruktionen anzusehen, sondern als Parakonstruktionen (HARTWICH). Das Konzept der Parakonstruktion verbindet zum Verständnis gegenwärtiger Symptome psychodynamische und somatische Modelle miteinander und grenzt sich damit vom rein psychodynamischen Abwehrkonzept ab. Beispiele sind der depressive und der maniforme Wahn; hier kommt entweder durch zuwenig oder zuviel an Dynamik die psychische Struktur in Gefahr. Sie versucht sich als Gegenregulation in Parakonstruktionen zu retten.

### Therapiehinweise

Verschiedene Formen der Gegenregulation auf unterschiedlichem Niveau der psychischen Strukturstärke erfordern verschiedenartige Behandlungsmaßnahmen. Die Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie sollte sich nach dem jeweiligen individuellen Strukturniveau und der gegenwärtigen Gewichtung der beteiligten Faktoren richten. Individuelle psychodynamische Aspekte und interaktionelle Psychodynamik mit Angehörigen haben eine unterschiedliche Betonung und sind infolgedessen in psychodynamisch orientierter Einzeltherapie, Prophylaxe, Intervalltherapie, Paartherapie und Angehörigenberatung aufzugliedern. Neben der pharmakologischen Beeinflussung von Antrieb und Dynamik sind besonders **creative Therapieverfahren**, die mit Medien und Objekten arbeiten, einzusetzen (HARTWICH, FRYREAR).

### Literatur

Hartwich P (2002) Psychodynamik und Psychotherapie schizoaffektiver Psychosen. In: Böker H, Hell D (Hrsg) Therapie der affektiven Störungen. Psychosoziale und neurobiologische Perspektiven. Schattauer, Stuttgart  
 Hartwich P (2004) Wahn – Sinn und Antikohäsion. In: Hartwich P, Barocka A (Hrsg) Wahn: Definition, Psychodynamik, Therapie. Wissenschaft & Praxis. Sternenfels  
 Hartwich P, Fryrear JL (2002) (Hrsg) Kreativität: Das dritte therapeutische Prinzip in der Psychiatrie. Wissenschaft & Praxis, Sternenfels  
 Hartwich P, Grube M (2003) Psychosen-Psychotherapie. Psychodynamisches Handeln in Klinik und Praxis. 2. Aufl. Steinkopff, Darmstadt

Zweifelsfrei steht der Mensch wie alles Leben in einem evolutionären Kontext. Evolution bedeutet, dass über viele Generationen hinweg eine Änderung und Anpassung von Individuen an bestimmte Umweltbedingungen geschieht. Auch der Mensch hat sich über viele Millionen Jahre von seinen äffischen Vorfahren weg zu seinem heutigen Aussehen und seinen Fähigkeiten hin entwickelt. Oftmals wird dabei mit Hinblick auf das immer größer werdende Gehirn behauptet, das „wir“ in dieser Entwicklung vor allem klüger und intelligenter geworden seien. Sicher nahmen diese Fähigkeiten zu, parallel entwickelten sich aber auch zunehmende emotionale Kapazitäten. Nicht nur das Denken wurde vielschichtiger und komplexer, sondern auch die Gefühle, Empfindungen und Affekte. Beide Leistungen unseres Gehirns, sowohl die verstandesmäßige, oder kognitiv genannte, wie auch unsere emotionale waren kein Zufall, sondern ein stetiger, manchmal beschleunigt verlaufender Prozess der Anpassung. Dabei passten unsere Vorfahren sich nicht ausschließlich an ökologische Umweltbedingungen an, sondern entwickelten diese Fähigkeiten gegenüber ihrer bedeutsamsten Umweltrelation: den Herausforderungen eines sozialen Lebens in der Gruppe. Ein solches Gruppenleben stellt unausweichliche Aufgaben: wie kann ich mich möglichst vorteilhaft in der Gruppe positionieren? Wann lohnt es sich um eine Sache zu kämpfen und wann ist es besser aufzugeben? Wann ist es günstig zu kooperieren und wann sollte ich lieber meine eigenen Interessen verfolgen? Woran bemerke ich die Absichten und Intentionen eines anderen und wie signalisiere ich meine eigenen?

Aufgrund einer evolutionären Entwicklung hält unser Gehirn für diese wiederkehrenden Herausforderungen in seiner Architektur und Funktionsfähigkeit Antworten bereit, die im „gesunden“ Alltag treffsicher angewendet werden und zu einer gelungenen und wechselnden Balance im kooperativen Miteinander beitragen. Störungen in der Feinabstimmung dieser sozialen, neuronalen Werkzeuge können zu Entgleisungen führen und diese in den Erkrankungen der Depression und Manie sichtbar werden lassen. In einer solchen Betrachtungsweise verweist das Psychopathologische nicht allein auf das krankhaft Fremde, sondern vor allem auf das in uns allen Verborgene.

## Unsere Affekte in der Evolution – Zur Bedeutung von Depression und Manie in der Menschwerdung

M. Preiter, AK Harburg, Hamburg, Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie

Was verbirgt sich hinter den psychopathologischen Phänomenen der Manie und der Depression? Warum sind die betroffenen Menschen in ihrem Erleben entweder leistungsstark, selbstsicher und tatkräftig oder insuffizient, selbstentwertend und gehemmt? Verschiedene psychiatrische Schulen und Denkrichtungen finden hierfür verschiedene Antworten. Diese liegen z.B. in den Genen, Neurotransmittern, frühkindlichen Erfahrungen oder gesellschaftlichen Bedingungen.

Hinter diesen, das Individuum betreffenden, so genannten „proximalen Ursachen“ finden sich nach Ansicht der evolutionären Psychiatrie „ultimate Ursachen“, die über das einzelne Individuum hinausweisen und von allen Menschen geteilt werden. Gemeint ist hiermit die Frage nach den eigentlichen Gründen für die Fähigkeit psychisch zu erkranken, oder anders ausgedrückt, was sind die evolutionären Gründe dafür, dass unser Gehirn so konstruiert ist, wie es konstruiert ist und welcher Nutzen könnte hinter den psychopathologischen „Krankheits“-Zeichen stehen?

**Forum 1 10.09. 13.30 – 15.00****Zwischen Macht und Ohnmacht: State of the Art  
Wie erkenne und behandle ich Manie und  
Depression?**

Vorsitz: P. Bräunig / Hörsaal A

**Als Arzt: Differentialdiagnostik und  
Psychopharmakotherapie**H. Grunze, *Psychiatrische Klinik der LMU München*

Voraussetzung einer optimierten Therapie ist eine exakte und genaue Diagnostik. Bipolare Störungen werden häufig erst spät und – in leider nicht wenigen Fällen – gar nicht erkannt. Wichtig ist vor allem die Abgrenzung gegenüber unipolaren Depressionen und insbesondere bei Heranwachsenden gegenüber einem Aufmerksamkeitsdefizit-Störung sowie der Schizophrenie. Aber auch Begleiterkrankungen wie beispielsweise Alkoholkrankheit und Angststörungen können die wahre Diagnose lange verschleiern. Ist die Diagnose gestellt und der Betroffene auch zu einer Behandlung bereit, so sollte besonderes Gewicht auf die langfristige Prophylaxe mit einem Stimmungsstabilisierer (z. B. Lithium, Valproat, Carbamazepin oder Lamotrigin, aber auch möglicherweise einige atypische Antipsychotika) gelegt werden. Zusätzliche Interventionsmedikamente beim Auftreten neuer Manien, wie z.B. Neuroleptika, oder bei Depressionen (Antidepressiva) können zusätzlich erforderlich werden. Gerade bei schwierigeren Krankheitsverläufen und damit auch komplexeren Behandlungen ist jedoch die Mitarbeit des Patienten das Allerwichtigste, weswegen auch die Psychopharmakotherapie im Regelfall nur einen, aber wichtigen Baustein des Gesamtbehandlungskonzeptes darstellt, das zudem Psychoedukation und ggf. Psychotherapie unter Einbezug der Familie und sozialpsychiatrische Unterstützung beinhalten sollte.

**Als Psychotherapeut: Bedeutung psychologischer  
Therapieansätze in der Behandlung  
bipolarer Störungen**

A. Schaub &amp; B. Bernhard

*Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München*

Trotz Fortschritten in der Pharmakotherapie besteht dringender Bedarf, die Behandlung bei bipolaren Störungen weiterhin zu optimieren: Probleme der Betroffenen in der Krankheits- und Lebensbewältigung, mangelnde Compliance als häufiger Grund für Rezidive, medikamentös weniger beeinflussbare soziale Defizite sowie der familiäre Interaktionsstil (HEE).

In den letzten 10 Jahren haben daher kognitiv-psychoedukative Interventionen in Kombinationen mit Psychopharmakotherapie an Bedeutung gewonnen, da ihre Wirksamkeit eindrücklich belegt wurde. Der psychoedukative Ansatz von Colom und Mitarbeitern (2003) zeigte in einer kontrolliert randomisierten Studie mit 120 Patienten eine erhebliche Überlegenheit der strukturierten psychoedukativen gegenüber einer unstrukturierten Gruppenintervention während der Behandlungsphase (Rückfallrate: 38% vs. 60%) und in der Zweijahres-Katamnese (67% vs. 92%). Ein von uns entwickeltes Manual für Betroffene und ihre Angehörigen (Schaub et al. 2004) greift die Behandlungselemente auf, deren Effizienz bereits in Therapiestudien bestätigt wurden: Psychoedukation über die Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten zur Förderung eines funktionalen Krankheitsmodells, anhand dessen der Betroffene seine Einflussmöglichkeiten erkennen und mit der pharmakologischen Behandlung kooperieren kann; das Erkennen und der angemessene Umgang mit Frühwarnsignalen zur Rezidivprophylaxe; das Einüben von Strategien (wie Aktivitätenaufbau und kognitive Umstrukturierung), um die für die bipolare Störung typischen Symptome besser bewältigen zu können; Sensibilisierung für einen ausgeglichenen Lebensrhythmus

durch das Erkennen von Belastungsfaktoren und von Möglichkeiten, diese zu reduzieren und die Belastbarkeit zu steigern; die Mitarbeit der Angehörigen, denen Gelegenheit zu entlastenden Gesprächen und einem vertieften Krankheitsverständnis gegeben wird.

Folgendes Fazit kann gezogen werden: Psychoedukation und kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen sind eine sinnvolle Ergänzung zur Pharmakotherapie. Diese Ansätze erhöhen die Behandlungszufriedenheit, verlängern die rezidivfreien Zeiten, verkürzen den stationären Aufenthalt und verbessern somit die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Strukturierte psychologische Interventionen sind daher sehr wichtig, um die Behandlung bipolarer Erkrankungen zu optimieren.

Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, Torrent C, Conmes M, Corbella B, Parramon G & Corominas J (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, 60, 402-407.

Schaub A, Bernhard B. & Gauck L (2004). Kognitiv-psychoedukative Therapie bei bipolaren Erkrankungen. Verhaltenstherapeutische Konzepte, Behandlungsanleitung und Materialien für Betroffene und Angehörige. Göttingen: Hogrefe.

**Als Psychotherapeut: Manie und Stimmungs-  
modulation – Gegenübertragung im stationären  
Behandlungsteam und in der ambulanten Psycho-  
therapie**J. Kipp, *Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie, Klinikum Kassel*

Wesentlich für den Umgang und für die Psychotherapie manischer Patienten ist es, Symptome der manischen Erkrankung nicht nur als Krankheitsfolge, sondern vielmehr auch als Form der Stimmungsmodulation zu betrachten, mit denen es den Patienten gelingt, ihre brüchig werdende Stimmung (erneut) nach oben zu modulieren. Viel sprechen, Einkäufe, Alkoholexzesse und Schlafentzug und andere Symptome der Manie werden zur Steigerung oder Erhaltung der Stimmung nicht nur von Maniekranken eingesetzt.

Im therapeutischen Umgang ist es zwar notwendig, Regeln und Grenzen zu vertreten, jedoch auch sinnvoll ein Stück weit mitzuschwingen, sich über die erreichte Hochstimmung zu freuen und die Angst vor der Depression zu thematisieren. Dies ermöglicht Patienten die Zusammenarbeit, in der es um die Einnahme von Medikamenten, um Informationen über den Krankheitsverlauf und um die Begrenzung von schädigenden Handlungen geht.

In der ambulanten Psychotherapie ist es notwendig sich klar zu machen, dass (hypo)-manische Schwankungen häufig in Verliebtheits-, vor allem aber auch in Trennungsphasen auftreten. Berichten Patienten, dass es ihnen plötzlich sehr gut geht und dass sie deshalb jetzt die Therapie beenden möchten, dann müssen sich Psychotherapeuten klar sein, dass es sich nicht um eine Wunderheilung, sondern um eine manische Schwankung handelt, die mit Trennungsabsichten verbunden ist. Die psychodynamischen Hintergründe lassen sich differenziert beschreiben.

Literatur

J. Kipp u. H.-J. Stolzenburg (2000): Stimmungsmodulation und Psychodynamik der Manie. *Psyche* 54 (6): 544-566.

J. Kipp u. P.M. Wehmeier (2003): Therapeutische Überlegungen zur Stimmungsmodulation bei Patienten mit Manie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 35 (1): 65-72.

**Als Krankenpfleger: Mögliche Fallen in der akuten  
Situation**S. Hasenburg, *vitaCurare, Hamburg***• Voraussetzungen für eine qualitative pflegerische  
Begleitung bei psychischen Erkrankungen**

Um eine qualitative Betreuung zu erreichen und damit möglichen Fallen in der akuten Situation vorzubeugen, oder mit diesen adäquat umzugehen, bedarf es zumindest auf der Planungsebene einer interdisziplinären Kooperation und Teamarbeit.

Im Rahmen der psychiatrischen Pflege, bekommt der Beziehungs-

gestaltung eine besondere Bedeutung zu. Die pflegerisch-therapeutische Beziehungsgestaltung, wird selbst Teil der Problemlösung, wobei hier der ständige Reflexion der Beziehung unter Einbeziehung der eigenen Anteile des Pflegenden, eine große Bedeutung zukommt.

- **Mögliche Fallen in der Beziehungsarbeit und in der Wahrnehmung**

Die menschliche Wahrnehmung ist kein objektiver Vorgang. Persönliche Vorerfahrungen der Wahrnehmenden sind von wesentlicher Bedeutung, wobei dies sowohl Erfahrung im positivem Sinne bedeuten kann, wie auch Gewöhnung im Sinne von Routine und Betriebsblindheit.

- **Beeinträchtigungen der Beziehungsfähigkeit durch psychiatrische Erkrankungen**

Störungen der Beziehungsfähigkeit gehen oft mit psychiatrischen Erkrankungen einher. Beispiele dafür sind Selbstbehauptungsdefizite, soziale Angst, Misstrauen, gestörte Einsichtsfähigkeit, gestörte Kommunikationsfähigkeit, Nichteinhalten geltender sozialer Normen.

- **Mögliche Fallen in der Betreuung während der Manie**

In der akuten manischen Phase haben für die Betroffenen Grenzen subjektiv keine Gültigkeit mehr. Dies bezieht sich sowohl auf körperliche, wie auf geistige Grenzen. Aber auch finanzielle und moralische Grenzen sind davon betroffen. Es ist daher von großer Bedeutung, dass die Erkrankung ernst genommen wird und nicht fälschlicherweise auf derzeit nicht vorhandene Fähigkeiten gebaut wird. Besonderer Bedeutung kommt hier der Grenzziehung zu, sowohl zeitlich wie auch vom Gesichtspunkt der Beziehungsgestaltung. Einfach zu durchschauende und konsequent durchsetzbare Grenzen können in der Regel auch von Manikern eingehalten werden und ihnen dabei helfen, ihre eigenen Grenzen wiederzufinden. Bei der Vielzahl von möglichen Fallen und Gefahren für einen Maniker fällt der interdisziplinäre Kooperation eine große Bedeutung zu. Der sogenannte expansive Wahn bei manischen Patienten dient dazu, das Ich des Manikers zu überhöhen. Wie für jeden Wahn ist es auch hier so, dass dessen „Wahrheit“ Gewissheit hat. Es ist daher wenig sinnvoll, diesen Wahn anzugreifen. Ein Mitspielen im Wahn, muss unbedingt vermieden werden.

- **Mögliche Fallen in der Betreuung während der Depression**

Depressive Patienten, leben häufig in der subjektiven Gewissheit sehr enger persönlicher Grenzen. Sie haben oftmals keinen Zugang zu ihrer früheren Leistungsfähigkeit, zu anderen Menschen, zu ihren eigenen Gefühlen und sind nicht in der Lage zu anderen Menschen in Beziehung zu bleiben. Diese Beziehungslosigkeit kann bei Betreuern oftmals zu einer Hilflosigkeit und Wut führen. Obwohl Depressive in ihrem „psychischen Gefängnis“ von Beziehungsangeboten kaum erreicht werden, sind sie doch sprachlich erreichbar. Daher kommt dem Sachinhalt im Gespräch eine besondere Bedeutung zu, wie z.B. der Hinweis darauf, dass es sich bei einer Depression um eine Erkrankung handelt, die wieder vorübergeht. Längere Einzelgespräche führen bei Depressiven eher dazu, dass ihnen ihre krankheitsbedingten Grenzen besonders deutlich werden und ihre negative Selbstbewertung noch verstärkt wird. Häufigere kurze Gespräche, werden dem Depressiven eher gerecht, wobei hier auf leichte Verbesserungen hingewiesen werden kann, die vom Patienten selbst oftmals übersehen werden. Hierbei ist es aber wichtig, bei der Wahrheit zu bleiben und keine Schönfärberei zu betreiben.

Die größte Gefahr für depressive Patienten, liegt in der Suizidalität. Es ist in jedem Fall besser, suizidale Patienten auf einer geschlossenen Station unterzubringen. Besondere Beachtung in der Behandlung suizidgefährdeter Depressiven liegt im Zusammenhang der Krankheits- und Behandlungsentwicklung. Patienten im Stadium der tiefen Depression sind zwar möglicherweise von ihrer Stimmung her suizidal, sind aber meist nicht in der Lage einen Suizid durchzuführen. Bessert sich durch eine medikamentöse Behandlung die Antriebsarmut des Patienten, ohne dass sich die Stimmung im gleichen Maße verbessert, besteht akute Suizidgefährdung.

## Forum 2 10.09. 13.30 – 15.00

### Zwischen Höhen und Tiefen: Was geht in der Selbsthilfe, was nicht?

Vorsitz: R. Geislinger / Hörsaal C

### Selbsthilfegruppen: Die niederländische Geschichte

*E. Hartong, Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen, Niederlande*

In diesem Beitrag werden ganz neue Daten veröffentlicht, aus der Untersuchung der Selbsthilfegruppen in den Niederlanden durch das Trimbo's Institut ([www.trimbo's.nl](http://www.trimbo's.nl)) in Zusammenarbeit mit der Vereinigung für Manisch Depressive und ihren Angehörigen (VMDB, [www.antenna.nl/nsmd/](http://www.antenna.nl/nsmd/)). Kennzeichen der Gruppen: Teilnehmer und Leiter, Effekte – positiv und negativ – und Details der Gruppen kommen an die Reihe.

Eine niederländisches Pendant zur DGBS e. V. sucht man vergeblich. Stattdessen sind Betroffenen vereinigt in dem VMDB und die Professionellen in der Lithium Plus Arbeitsgemeinschaft. Obwohl diese Vereinigungen schon mehr als 15 Jahren neben einander gehen, ist die Zusammenarbeit von Anfang an intensiv verlaufen. Der VMDB ist eine Patientenorganisation, die es zum Zweck hat zu informieren, als Interessenverband zu funktionieren nicht nur für Patienten mit Manisch Depressiver Krankheit sondern auch für die Angehörigen wie Eltern, Partner, Brüder, Schwestern usw. und Betroffenenkontakt zu organisieren.

Eine wichtige, wenn nicht die wichtigste Art des Betroffenenkontaktes sind die Selbsthilfegruppen. In den Niederlanden werden diese Gruppen als „Wohnzimmergruppen“ bezeichnet, weil die meisten auch tatsächlich bei einem Teilnehmer zu Hause stattfinden. Die Wohnzimmergruppen sind kleine Gruppen für Manisch Depressive. Es gibt auch Gruppen für Angehörige und Gruppen woran beide teilnehmen. Die Teilnehmer sind in der Lage, sich miteinander über die manisch-depressive Erkrankung zu unterhalten. Der Austausch von Erfahrungen und Wissen soll es den Teilnehmer erleichtern, mit manisch-depressive Erkrankung um zu gehen und wieder an einer ausgewogenen Existenz zu bauen.

### Erfahrungen mit dem Life-Chart-Programm, individuelles Krisenmanagement

*L. Schärer, Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg; R. Gielen, Hamburg*

#### Hintergrund

Wie können wir unser Selbstmanagement fördern? Wo steht heute unser Mittelpunkt des Selbstmanagement für Manie-Depression? Warum macht es für uns Sinn, uns/einander zu beobachten und rückzumelden? Und konkret: Können wir uns mit PLC-Methode sinnvoll unter unsere besondere Lupe nehmen?

#### Methode

Die Lage ist hoffnungslos – nicht ernst.

Wir sind von unseren Kompetenzen überzeugt, für uns etwas tun zu können.

Ich-Botschaften an mich:

Mein Leben – m/eine Chance.

Mein Leben in meinen Händen.

Ich bin ich – und das ist OK.

Ich bin überzeugt von mir.

Ich mache es.

Ich kann was.

Ich bin nicht zu erschüttern.

Was ich anpacke erreiche ich.

Ich wachse an meinen Aufgaben.

Mein Job – meine eigene Mitte.

Blick auf gesund machende Faktoren statt der krank machenden. Saluthogenese vs. Pathogenese. Im Blick auf mein gelungenes Selbstmanagement steigere ich meinen Selbstwert.

### Schlussfolgerung

Wie führen uns unsere Wege wohin? Weniger: ...warum wir, ...das jetzt, ...schon wieder?

Selbsthilfegruppen Manisch-Depressiv Erfahrene Hamburg: 40 Menschen, drei Gruppen.

Themen: Chemie-Baukasten ist Dauerthema. Profis sollten keine Sorgen haben, dass sich manisch-depressive Menschen einmal nicht mit Therapie beschäftigen. Kritisch abwartend, mehr oder weniger compliant. Medikation nur ändern nach Kontakt mit den in der Psychiatrie Tätigen. Beziehungen PartnerInnen, Groß- Rest-Ursprungs- Wahl- Familie, Freunde im Geiste.

Anknüpfungen finden: wir machen permanent: **Stabilisierung Sozialer Rhythmen (SSR)** mit/ohne **Palm Life Chart**

Folgen mildern: Unser Konzept sieht den ganzen Menschen und seine Geschichte. von Psychotherapie hilft Bewältigungsstrategien finden, aufbauen, nutzen. Integration des Erlebtem. Nachreifen und Stärken der Identität wiedererlangen – weiterentwickeln sozialer Kompetenz. Aufgreifen sozialer Ressourcen – Wege finden für Menschen mit MDE im Job, bei Rentenfragen, Lebensmanagement.

### Und noch dies

Wir brauchen symmetrisches Arbeiten – strategische Partner.

Wir wünschen Mentoren – ganzheitliche Menschen.

Compliant – mit uns selbst. Wir brauchen ein spezielles case management.

## Rahmenbedingungen für emotionale Stabilität: Arbeit, Beziehung, Stigma

*Michael Tillmann, 40 Jahre alt, zwei Kinder, getrennt lebend*

- seit 11 Jahren manisch depressiv
- drei Jahre intensive Therapeutische Behandlung
- ca. 21 Monate Behandlungen in einer Psychiatrie erlebt
- nach 2 ½ Jahren Auszeit, der Versuch ins Arbeitsleben zurück zu finden
- Konstrukteur, Projektleiter und technischer Betriebswirt
- Ein kreativer Mensch

Seit dem ich 30 Jahre alt geworden bin, hab ich wohl das manisch depressive in mir und Anfang 2001 hatte ich meinen ersten Aufenthalt in der Psychiatrie. Nichts ging mehr und ich sah nur noch den Ausweg im Suizid. Dies ist nun 3 Jahre her, dass ich einen konkreten Selbstmordversuch hinter mir habe, den ich überlebte und heute bin ich wesentlich stabiler, als dies vor drei Jahren der Fall gewesen ist. Was ist geschehen, was sind die Rahmenbedingungen für emotionale Stabilität?

Eines ist gewiss, jede Krankheitsgeschichte ist individuell und jeder hat seine „Rahmenbedingungen“ die zur Krankheit führten und ebenso zur Stabilität beitragen können.

Meine Art mit der Krankheit umzugehen, kann man auf meiner Homepage [www.herzilly.de](http://www.herzilly.de) nachlesen und sich ein Bild verschaffen, wie ich persönlich zur Stabilität finde, ein langer Prozess.

### Grundvoraussetzung für meine emotionale Stabilität:

- 1.) Das meine Krankheit von den Ärzten, Psychologen, Neurologen usw. nicht nur als „Stoffwechselfehler im Hirn“ reduziert wird, sondern meine Absurditäten ganzheitlich betrachtet werden. Ich als Patient mit seiner Lebensgeschichte ernstgenommen werde.
- 2.) Die Kombination aus der Prophylaxe mit Medikamenten und Gesprächs- Gruppentherapie (in der ich meine Gefühle hinterfragen kann)
- 3.) Selber etwas für den Gesundheitsprozess tun zu können, Hilfe zur Selbsthilfe erfahren.
- 4.) Mich selber einschätzen und einen Feedback erhalten und die Abweichungen professionell im vertrauensvollen Umgang mit ein-

ander herausarbeiten und Lösungsstrategien entwickeln.

5.) Ich mein Verhaltensmuster ändere (Ergebnisse aus der Therapie umsetze), ein langwieriger Prozess

6.) Die Krankheit zu verstehen und angemessen danach Lebe (auf Symptome achte)

### Rahmenbedingungen für emotionale Stabilität im Bereich Arbeit:

Erst seit dem ich an einer REHA Maßnahme teilnehme, in einem Berufs- Trainings- Zentrum (BTZ - Dortmund) und speziell auf den Wiedereinstieg in Berufsleben vorbereitet werde, bin ich in der Lage auch emotional stabil auf der Arbeit zu sein. Frühere Wiedereingliederungsmaßnahmen (Hamburger Modell) sind gescheitert.

Für mich waren folgende Gesichtspunkte sehr wichtig:

- 1.) Den Zusammenhang zwischen Erkrankung und Arbeit (ZERA) transparent darzustellen, genauer hinzuschauen, was mich in der Vergangenheit in die Manie und in die Depression gestürzt hat.
- 2.) Im Sozialtraining mit Rollenspielen bestimmte Konfliktsituationen darzustellen und gemeinsam in der Gruppe, die damit erfahrenden Gefühle und Stimmungen zu analysieren. Verhaltensmuster offen zu legen und Lösungswege aufzeichnen.
- 3.) Konflikte anzusprechen und neue Wege zu finden, diese zu lösen ohne nachhaltige Verletzungen hinzunehmen.
- 4.) Genau zu analysieren, was man tatsächlich noch im Stande ist zu leisten und den Mut zu bekommen, auch nach Jobs Ausschau zu halten, die seinen Talente und Neigungen entsprechen.
- 5.) Grenzen zu setzen, lernen auch mal nein zu sagen, um sich nicht zu überfordern.
- 6.) Der offene Umgang mit meiner Krankheit auch im Berufsleben, dazu gehört aber auch eine neutrale Aufklärung des Arbeitgebers, die durch das BTZ-Dortmund erfolgte.
- 7.) Ein aufgeschlossenen und modernes Unternehmen, was den Mut hat einen Arbeitsplatz nach den Anforderungen des seelisch Kranken Menschen zu gestalten (flexible Arbeitszeit, Freiraum für Ruhephasen, flache Organisation, offene Konfliktbewältigung ohne Restriktionen.

### Rahmenbedingungen für emotionale Stabilität im Bereich Beziehungen:

Die Beziehungsproblematik ist mein Kernbereich, der Auslöser für ein Wechselbad der Gefühle. Die Kernfrage hierbei ist, wie stehe ich zu meiner eigenen Person. Bei der Achterbahnfahrt der Gefühle habe ich mich selber verloren und hatte keine gesunde Einstellung mehr zu mir selber. Menschen, die sich selber hassen, sind schlechte „Vertragspartner“ im Beziehungsgeflecht der Gefühle. Nach dem totalen Zusammenbruch musste ich neu aufgebaut werden und vieles neu dazulernen. Es gibt nicht viele Partner, Freunde und Bekannte, die dieses Wechselbad der Gefühle ertragen können und selbst Familienangehörige sind schlicht weg überfordert. Was folgt ist die Vereinsamung und die damit verbundene Ohnmacht, sich selber ausgeliefert zu sein. Die Krankheit wirkt wie ein „Gefühlsverstärker“ und es sind die Verletzungen, meist unterschwellig, die instabil wirken. Was also sind die Rahmenbedingungen für emotionale Stabilität im Bereich der Beziehungen, eine schwierige Frage.

- 1.) Ich musste meine Krankheit verstehen lernen, Schuldkomplexe mussten abgebaut werden und ich musste den Mechanismus verstehen, wie ich in Beziehungen „funktioniere“, welche Gefühle wann auftreten.
- 2.) Meine engsten Freunde, Familienmitglieder und nahestehende Bekanntschaften mussten verstehen, dass mein Verhalten durch die Krankheit stark beeinflusst wird und so manche Aktion keine Charakterschwäche ist, sondern eben „krank“ ist.
- 3.) Ich musste lernen, mir selber zu verzeihen.
- 4.) Beziehungen hinterfragen, welche tut mir gut und welches Beziehungsgeflecht schadet mir, um dementsprechend mich auch von Bezugspersonen trennen.
- 5.) Erfahrungsaustausch mit gleichermaßen Betroffenen führen und Freunde finden, die mich justieren, meine teilweise verzerrte Wahrnehmung in die rechten Bahnen zu lenken. [Feedback, Widerspiegeln]
- 6.) Ich benötige Bezugspersonen, im privaten und beruflichen Um-

feld, die mich verstehen und achten. Diese Bezugspersonen sind meine „Versicherung“ für emotionale Stabilität. Mein Regelsystem hat eine große Bandbreite, größer als bei „Normalos“ und diese Bezugspersonen wirken wie ein Steuerungsorgan, das verhindert, dass mein Gefühlssystem außer Kontrolle gerät.

Was so einfach klingt, muss erst einmal begriffen werden und noch schwieriger ist die Umsetzung.

#### Stigma:

»Schandmal«; Merkmal, das eine Person von anderen unterscheidet, negativ bewertet wird und zur Ausgrenzung führt, wie z.B. Sprache, Aussehen, Hautfarbe, körperliche und seelische Beeinträchtigung.

Ja, als manisch depressiver Mensch habe ich ein Stigma, dessen muss ich mir Bewusst sein. Ich unterscheide mich von der Gemeinschaft. Ich „ticke“ eben etwas Anders. Dennoch liegt hier eine ganz besondere Gefahr und dieses Stigma erschwert uns nur allzu oft das Leben und erschwert uns die Wiedereingliederung. Am schlimmsten ist es, wenn dies im Verborgenen geschieht (Mobbing) und Menschen sich von einem abwenden. Dies hat immer mit Verletzungen zu tun und die emotionale Stabilität ist gefährdet. Ungerechtigkeiten sind an der Tagesordnung und wir stellen fest, dass dies sehr oft geschieht. Ärzte tun es oft sehr unbewusst, Behörden machen es täglich und selbst Freunde können sich davon nicht lossagen.

Stigmatisierung: Zuschreibung negativer Eigenschaften, die zu Diskriminierung führt. Betroffen sind in der Regel Randgruppen, die gemeinsame Merkmale haben, die sie von anderen Gesellschaftsmitgliedern unterscheiden. Etikettierung: Ist es nicht ein Dilemma für Betroffene, da werden wir im ICD-Code stigmatisiert, Medikamente werden verordnet und die Gemeinschaft denkt, nun ist ja genügend getan worden. Nun gilt man als Kostenfaktor in der Gesellschaft und Kosten müssen ja bekanntlich reduziert werden. Das menschliche kommt dabei oftmals zu kurz und es wird gerade dort eingespart, was uns am ehesten hilft. Aufklärung, Verständnis und Fürsorge. Eine gute therapeutische Begleitung ist nur sehr schwer zu bekommen und alternativen Konzepten begegnen die Kostenträger eben sehr defensiv. Freunde ziehen sich zurück und auf der Arbeit hat man immer mit der Rechtfertigung zu kämpfen, als seelisch Kranker doch etwas leisten zu können.

Stigmatisierung erleben wir täglich, oft ist es uns auch gar nicht bewusst und erst spät, wenn das Kind in den Brunnen gefallen ist, hat der Tatbestand einen Namen. Es wird Zeit, dass gegen diese Stigmatisierung öffentlich angegangen wird und den Menschen bewusst wird, was sie damit anrichten. Vorurteile müssen abgebaut werden und da hilft eben nur die Aufklärung. Wir Betroffene haben dazu nicht immer die Kraft, dafür müssen sich Institutionen stark machen.

### Forum 3 10.09. 13.30 – 15.00

#### Zwischen Nähe und Distanz: Was können Angehörige aushalten, was können sie lernen?

Vorsitz H. J. Meyer / Hörsaal B

### Erfahrungen mit der Familientherapie bei manisch-depressiven und schwer depressiven Erkrankungen

G. Reich, Göttingen; M. Cierpka, Heidelberg

Wie alle seelischen Erkrankungen entstehen auch manisch-depressive und depressive Störungen im Kontext von Familien- und Partnerschaften und wirken auf diese zurück. In den letzten Jahren sind beziehungs-dynamische Ansätze zugunsten eines biologischen Verständnisses dieser Erkrankungen in den Hintergrund getreten. Paar- und familientherapeutischen Interventionen wird zumeist lediglich auf der Ebene der Psycho-Eduktion ein Platz zugewiesen.

Auch wenn man von einer multikausalen Verursachung dieser Erkrankungen ausgehen muss und es – ähnlich wie bei den hier

gefundenen pathophysiologischen Prozessen – keine Spezifität bestimmter familiendynamischer und paardynamischer Merkmale gibt, so finden sich doch immer wieder typische Muster in Familien manisch-depressiver und schwer depressiver Patienten. Diese kann man als „depressive Konstellation“ (Reiter 1990) bzw. als manisch-depressive Konstellation (Massing und Reich 2000) beschreiben.

Familiendynamische Hypothesen zur Entstehung dieser Erkrankungen beschreiben ein familiäres „symbiotisches Überlebensmuster“ mit einem auf den Erfolg bezogenen „Double-bind“ für die späteren Patienten, die einerseits erfolgreich sein müssen, um das narzisstische Gleichgewicht mindestens eines Elternteils zu regulieren, andererseits eng an die Ursprungsfamilie gebunden bleiben sollen. Dabei spielen Störungen der interpersonellen Grenzen in den Beziehungen über mehrere Generationen eine Rolle. Dichotome Muster von „Schwäche“ und „Stärke“ von chaotischer Unordentlichkeit und zwanghafter Ordentlichkeit stehen nebeneinander in einer „restriktiven Komplementarität“ (Stierlin et.al 1986).

Aus mehrgenerationaler Perspektive erscheint als der wesentliche Konflikt häufig ein Traditionskonflikt (Massing et. al 1999). Aufgrund eines tatsächlich stattgefundenen oder erlebten Verlustes ist in den Familien das Bestreben stark, Ansehen und Prestige zu gewinnen. Vorstellungen von Grandiosität und gleichzeitig von Verlust und Niederlage beherrschen die Familienphantasien. Außerhalb der manischen bzw. depressiven Phasen erscheint die Familie als schablonenhaft normal. Als auslösende Situationen werden häufig Trennungs- oder Verlusterfahrungen beschrieben, die den brüchigen Zusammenhalt der Familie und damit die brüchige Ich-Struktur des Patienten gefährden. Hierzu gehören auch Veränderungen, die von außen betrachtet, als positiv erscheinen, z.B. Abschlüsse von Ausbildungen oder beruflicher Aufstieg. Hier kommen Angst vor Neid und Entwertung sowie Schuldgefühle zum Tragen, die durch Realitätsverleugnung bis hin zum Realitätsverlust abgewehrt werden müssen.

Die Behandlung einer Familie bzw. eines Paares mit einem manisch-depressiven Index-Patienten soll anhand eines Fallbeispiels skizziert werden. Der Patient war vor 33 Jahren erstmals nach dem Tod seines Vaters an einer schweren Manie erkrankt. Es folgten eine Reihe von stationären Behandlungen und nach ca. 8 Jahren eine Lithiumtherapie sowie in den 70er Jahren eine 5-jährige Familientherapie unter Einbeziehung seiner Ursprungsfamilie. Er nahm weiterhin Lithium ein, woraufhin sich 10 Jahre vor der erneuten Aufnahme der Therapie ein inkompletter trifaszikulärer Block am Herzen entwickelte. Die Implantation eines Herzschrittmachers oder das Absetzen des Lithiums mit eventuell erneuter Gefahr einer manisch-depressiven Dekompensation standen zur Diskussion. In der daraufhin begonnenen, über 2 Jahre dauernden, Paartherapie entschied sich der Patient zum Absetzen des Lithiums. Zudem wurde in dieser Zeit die Paardynamik und die depressive Problematik der Ehefrau, die sich u.a. in einer Sexualstörung äußerte, bearbeitet. Hierbei spielten in der familiären Dynamik der Ehefrau ebenfalls eine fusionäre Beziehung zur Mutter, ein brüchiges Selbstgefühl sowie schwere Schuldgefühle aufgrund der Trennung aus der Familie eine bedeutende Rolle.

Mit der Bearbeitung dieser Dynamik stabilisierte sich das Paarsystem und auch der Index-Patient.

#### Literatur

Cierpka M., Reich G., Massing A. (2001): Phasen einer Mehrgenerationen-Familientherapie bei einer manisch depressiven Psychose. *Psyche* 55: 1193-1216.

Massing A., Reich G. (2000): Familien- und Paartherapie bei Depressionen. In: N. Hoffmann, H. Schauenburg (Hg.): *Psychotherapie der depressiven Störungen*. Stuttgart (Thieme), 95-106.

Massing A., Reich G., Sperling E. (1999): *Die Mehrgenerationen-Familientherapie*. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht) 3. Aufl.

### Wie geht es den Kindern bipolar erkrankter Eltern?

Y. Rosbänder, Klinikum Chemnitz, Klinik für Psychiatrie, Verhaltensmedizin und Psychosomatik

Kinder bipolar erkrankter Eltern fanden bislang wenig Aufmerksamkeit in der Fachöffentlichkeit. In den letzten Jahren gab es einige

Veröffentlichungen, die sich mit dem Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ im Allgemeinen beschäftigen und immer wieder zu dem einstimmigen traurigen Resümee kamen, dass die Kinder in der Psychiatriepraxis ein „Schattenleben“ führen.

Warum ist es aber wichtig, gerade den Kindern bipolar erkrankter Eltern mehr Aufmerksamkeit zukommen zu lassen?

In Deutschland sind bis zu 4 Millionen Menschen an einer bipolaren Störung erkrankt<sup>1</sup>. Wie groß die Zahl der Kinder bipolar erkrankter Eltern ist, weiß niemand. Mit Sicherheit kann man aber sagen, dass die Anzahl der Kinder bipolar erkrankter Eltern im Gegensatz zu Kindern z.B. schizophren erkrankter Eltern weit größer und damit nicht zu vernachlässigen ist.

Allerdings werden die Familien und insbesondere die Kinder bislang größtenteils sich selbst überlassen. Besonders prekär ist diese Situation dadurch, dass die Kinder selbst ein erhöhtes Risiko tragen, affektive Erkrankungen zu entwickeln. So ist das Erkrankungsrisiko für unipolare Depressionen zweimal höher<sup>2</sup> und für bipolare Erkrankungen sogar fünf- bis siebenmal höher<sup>3,4</sup> als in der Allgemeinbevölkerung. Darüber hinaus tragen die Kinder ein erhöhtes Risiko, an anderen psychischen Erkrankungen wie z.B. ADHS, Angsterkrankungen und Erkrankungen im Umgang mit Alkohol und Drogen<sup>1,5</sup> zu erkranken. Die Folgen einer Belastung der Kinder durch die psychische Erkrankung eines Elternteils finden wenig Berücksichtigung und notwendige Hilfsangebote für die Familien psychisch Erkrankter sind völlig unzureichend vorhanden.

Hilfen und Unterstützung erhalten diese Familien häufig erst dann, wenn sich die Folgen einer Überlastung bei den Kindern seelisch und körperlich manifestiert haben.

Die Vernachlässigung der Auswirkungen auf die Kinder wird auch dadurch relevant, dass diese wiederum das Stresserleben der Eltern und damit das Risiko auf eine Wiedererkrankung erhöhen können.

Betrachtet man die spezifischen Faktoren, die die kindliche Entwicklung beeinflussen können, dann sind neben genetischen Veranlagungen psychosoziale Belastungsfaktoren, wie z.B. ein Verlust der Alltagsstruktur und Ordnung, ein Verlust an Zuwendung für die Kinder und die Zunahme an familiären Spannungen und Streitigkeiten in Krankheitsphasen der Eltern von entscheidender Bedeutung. Auch mögliche soziale und finanzielle Folgen der Erkrankung in Form von abnehmenden sozialen Kontakten, von Arbeitsplatzverlust und Verschuldung können zu Belastungen der Kinder führen.

Allerdings können auch Schutzfaktoren identifiziert werden, die die Kinder dabei unterstützen, auftretende Belastungen zu meistern. Neben einer inneren „Widerstandsfähigkeit“ des Kindes, wirken sich ein positives Krankheitsbewältigungsverhalten der Eltern, das Vorhandensein stabiler Beziehungen<sup>6</sup> und eine altersangemessene Aufklärung der Kinder über die elterliche Erkrankung günstig aus.

Zusammenfassend kann man sagen, dass bereits vorhandene Auswirkungen der elterlichen bipolaren Erkrankung auf die Kinder, aber auch mögliche beeinflussende Faktoren individuell untersucht werden müssen. Nur so können ein Bedarf an frühzeitigen präventiven Maßnahmen erkannt und gewährt, sowie die psychische Gesundheit der Kinder gestärkt werden. Erste Modellprojekte konnten in diesem Zusammenhang zeigen, wie Entwicklungschancen der Kinder trotz erheblicher Belastungen gefördert und wie die Belastungen für die Kinder verringert werden können.

#### Anmerkungen

1 Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (2002): Weißbuch Bipolare Störungen – Kurzfassung. ConferencePoint Verlag, Hamburg.

2 Crasock, N. & Jones, I. (1999): Genetics of bipolar disorder. In: J. Med. Genet. 36. 1999. S. 585-594.

3 Hodgins, S., Faucher, B., Zarac, A. & Ellenbogen, M. (2002): Children of parents with bipolar disorder – A population of high risk for major affective disorders. In: Child. Adolesc. Psychiatric. Clin. A. Am. 11.2002. S. 533-553.

4 Rietschell, M. & Nöthen, M. M. (2003): Genetik bipolar affektiver Störungen. In: psychoneuro 2003, 29(4). S. 171-174.

5 DelBello, M. & Geller, B. (2001): Review of studies of child and adolescent offspring of bipolar parents. In: Bipolar Disord 3 (2001) S. 325-334.

6 Matthejat, F. & Lisofsky, B. (Hrsg.) (1998): ...nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Bonn.

## Bipolare Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung – Besonderheiten der Erkennung, Diagnostik und Behandlung

M. Seidel und E. Wilking, v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel, Bielefeld

Die Schwierigkeiten der Erkennung, Diagnostik und Behandlung Bipolarer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung (Intelligenzminderung) sind erheblich und vielschichtig.

Schon mit der Frage nach der Häufigkeit Bipolarer Störungen bei dieser Gruppe beginnt das Problem. Aussagekräftige Studien hierzu gibt es nicht. Lowry (1998) schätzte, dass 5% der Menschen mit geistiger Behinderung an einer Bipolaren Störung leiden. Die Frage nach der Häufigkeit ist eng mit zielgruppenspezifischen nosologischen Fragen verknüpft: Neben der auch in der Durchschnittspopulation auftretenden „genuinen“ bipolaren Störung müssen bei Menschen mit geistiger Behinderung bestimmte Komorbiditäten bzw. Konstellationen berücksichtigt werden, die ihrerseits mit affektiven Syndromen kombiniert sind. Hier sei beispielsweise auf die überdurchschnittliche Häufung von Epilepsien bei Menschen mit geistiger Behinderung – und die damit verbundenen affektiven Störungen – einerseits, auf bestimmte genetische Syndrome (z.B. Down-Syndrom), die neben der geistigen Behinderung affektive Syndrome mit sich bringen, andererseits hingewiesen. Hier kommt die Frage nach der Unterscheidbarkeit „genuiner“ und symptomatischer (bipolarer) affektiver Zustände auf.

Verhaltensauffälligkeiten (beispielsweise selbstverletzendes Verhalten) können einerseits Ursache und Ausdruck affektiver Verstimmungen sein, andererseits können sie, wenn sie (ggf. unter dem Einfluss bestimmter externer Bedingungen) rasch schwanken, eine bipolare Störung (rapid cycling) vortäuschen.

Das zentrale Problem besteht in der klinisch-psychopathologischen Diagnostik der Bipolaren Störung bei Menschen mit geistiger Behinderung. Personen mit leichter und mittelgradiger Intelligenzminderung sind diesbezüglich eher wenig problematisch. Schwierig wird die klinische Diagnostik vor allem bei Menschen mit schwerer und schwerster geistiger Behinderung. Subjektive psychopathologische Symptome sind kaum oder gar nicht zu erheben; allein die Ergebnisse der Verhaltensbeobachtung müssen der Diagnose zugrunde gelegt werden.

Die eingeschränkten Lebensumstände und die verminderten lebenspraktischen Kompetenzen von Menschen mit schweren und schwersten Intelligenzminderungen bringen es jedoch mit sich, dass auch die durch depressive oder die manische Verstimmungen bedingten Verhaltensänderungen erst spät und oft mit anhaltender diagnostischer Unsicherheit erhoben und bewertet werden können. Hypomanische und subdepressive Zustände entziehen sich häufig der Beobachtung gänzlich oder werden durch die (nichtpsychiatrischen) Bezugspersonen im Alltag nicht als psychiatrisch relevant erkannt.

Die allgemeingültigen Regeln der operationalisierten Diagnostik der Bipolaren Störung sind bei Menschen mit geistiger Behinderung nicht oder nur äußerst eingeschränkt anwendbar. Es wurde verschiedentlich versucht, durch spezielle, am DSM-IV orientierte diagnostische Äquivalente die Diagnose einer Bipolaren Störung bei Menschen mit geistiger Behinderung zu ermöglichen. Veränderte affektive Befindlichkeiten in der Vorgeschichte können Menschen mit geistiger Behinderung kaum erinnern.

Menschen mit geistiger Behinderung, insbesondere mit schwerer und schwerster Intelligenzminderung, sind davon abhängig, dass ihre sozialen Bezugspersonen (Eltern, andere Angehörigen, Lehrer, pädagogische und pflegerische Mitarbeiter in den Einrichtungen der Behindertenhilfe) rechtzeitig die Veränderungen in ihrer Stimmung, im Verhalten, erkennen und als psychiatrisch behandlungsbedürftiges Problem identifizieren.

Für die Wahrnehmung der psychopathologischen Veränderungen, für ihre Interpretation und möglichst unverzerrte Wiedergabe durch die Bezugspersonen spielen subjektive Deutungsmuster, spezifische professionelle Sichtweisen sowie interaktionsdynamische Faktoren im Handlungskontext eine entscheidende Rolle. Auch im Hinblick auf

die Formulierung der Therapieziele, auf die Erwartungen an die psychiatrische Therapie und Rückfallprophylaxe sowie an die Bewertung von therapeutischen Erfolgen und Nebenwirkungen gilt dies.

Die möglichst objektive und vollständige Erfassung der klinischen Symptome (besonders der vegetativen) im Alltagskontext und der therapeutischen bzw. der prophylaktischen Effekte verlangt im Interesse einer erfolgreichen Behandlung und Rezidivprophylaxe vom Arzt präzise Instruktionen und hohen Zeitaufwand. Die Zusammenarbeit von Psychiatern mit Bezugspersonen aus der Behindertenhilfe erfordert Fähigkeit und Bereitschaft zur interdisziplinären Kommunikation und Kooperation.

Die Probleme, vor die sich Patienten, Angehörige und Ärzte bei einer bipolaren Störung in Erkennung, Diagnostik und Behandlung im Allgemeinen gestellt sehen, potenzieren sich bei Patienten mit einer geistigen Behinderung erheblich.

#### Literatur

Lowry, M. A.: Assessment and treatment of mood disorders in persons with developmental disabilities. *J. Dev. Phys. Disabil.* 10 (1998), S. 387-406.

Pary, R. J., Levitas, A. S., Hurley, A. D.: Diagnosis of bipolar disorder in persons with developmental Disabilities. *Ment Health Aspects Dev. Disabil.* 2 (1999), S. 37 – 49.

## Forum 4 11.09. 9.00 – 13.30

### Bipolare Störungen: Therapie zwischen Selbstverantwortung und Kontrolle

Vorsitz: H.-P. Unger / Hörsaal A

### Ambulanter Zwang und Bevollmächtigung der Angehörigen: Was bedeutet die Novellierung des Betreuungsgesetzes?

W. Crefeld, Rheurdt

Initiiert von den Justizministern der Länder berät der Deutsche Bundestag derzeit über eine Änderung des Betreuungsrechts. Der Gesetzentwurf des Bundesrats sieht unter anderem vor, dass Angehörige künftig anstelle des betroffenen Patienten selbst über dessen Behandlung entscheiden. Voraussetzung dafür ist, dass ein Arzt den Patienten für „nicht handlungsfähig“ (nicht entscheidungsfähig) erklärt. Ferner soll es mit Hilfe eines Betreuers möglich werden, einen Patienten gegen seinen Willen zu einer ambulanten Behandlung zu bringen. Beide Vorschläge werden sehr kontrovers diskutiert.

Die Justizminister erhoffen sich mit der von ihnen vorgeschlagenen Angehörigenvertretungsmacht eine Minderung der Zahl von Betreuerbestellungen. Ehepartner, Eltern oder Kinder sollen künftig kraft ärztlicher Erklärung den Patienten gegenüber dessen Therapeuten für ihn verbindlich vertreten. Dagegen wenden sich unter anderem der Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen und die Aktion Psychisch Kranke (siehe auch Psychosoziale Umschau Heft 3/2004). Es würde damit eine Grauzone für Zwangsbehandlungen ohne rechtsstaatliche Kontrolle eingeführt werden. Auf jeden Fall würden psychisch Kranke dies als „Entmündigung“, als Eingriff in ihre Autonomie erleben. Ein Teil der Angehörigen werde es nicht wagen, den Behandlungsvorstellungen der Ärzte zu widersprechen, zugleich werde ihnen dann ein Konflikt mit ihrem kranken Familienmitglied aufgeladen.

Die Regelung der „zwangsweisen Zuführung des Betreuten zur ambulanten ärztlichen Heilbehandlung“ sehen ihre Befürworter als einen Fortschritt im Interesse psychiatrischer Patienten, denen damit erneute stationäre Behandlungen erspart würden. Allerdings würde sich eine auf diese Weise erzwungene Behandlung faktisch auf die Gabe von Psychopharmaka reduzieren, da eine therapeutisch wirksame Kommunikation mit dem Patienten so wohl kaum zustande käme. Soweit sich die Regelung als kaum praktikabel erweisen würde (soll z. B. der Betroffene dann regelmäßig aus seiner Wohnung mit Hilfe der Polizei abgeholt werden?), diene sie wohl

eher der Erpressung gegenüber behandlungsunwilligen Patienten, einer Medikamentenbehandlung zuzustimmen.

Doch es geht hier nicht nur um den Konflikt zwischen der Autonomie der Patienten und der Sorge um sein Wohl auch um den Preis, dass dieses angesichts einer psychischen Störung fremd bestimmt wird. Welche Auswirkungen hätten solche Regelungen auf den psychiatrischen Behandlungsalltag? Würden in psychiatrischen Einrichtungen die Tendenzen zu einer reduzierten Kommunikation mit den Patienten damit weiter gefördert? Statt schwieriger Verhandlungen mit ihm über seine Krankheitssituation würde vielleicht eine Art des Behandelns gefördert, die sich über seine Krankheitserlebnisse und Ängste hinweg setzt.

Das in der sozialen Realität recht diffuse Bild vom rechtlichen Betreuer würde damit weiter Schaden nehmen. Nach dem Gesetz soll er den Rechten, dem Willen und den Interessen des betreuten Menschen in seinem Aufgabenbereich Geltung verschaffen. Die vorgesehene Regelung zur ambulanten Zwangsbehandlung würde ihn wieder mehr an das aus dem alten Vormundschaftsrecht geläufige Bild vom verlängerten Arm der Psychiatrie heranrücken.

### Wie wird die Therapie erreichbarer – aus Sicht des Angehörigen

R. Peukert, Wiesbaden

Alle Familienmitglieder leiden bei bipolaren Störungen unter den phasentypischen kontradiktorischen Selbstwahrnehmungen.

Der „Rest der Familie“ fühlt sich in den Zeiten entlastet, in denen es dem verstörten Familienmitglied subjektiv besonders schlecht geht und es seine Hilfebedürftigkeit erkennt und kommuniziert.

Den Angehörigen geht es in den Zeiten subjektiv besonders schlecht, sie fühlen sich belastet und unter hohem Druck, wenn sich das verstörte Familienmitglied zu Beginn seiner Manie als erfolgreich, glücklich, unwiderstehlich usw. erfährt, denn sie sind von der Angst vor dem, was folgen wird, erfüllt – und sie müssen das völlige Fehlen jeglicher „Hilfeannahmefähigkeit“ (häufig als „Krankheitsuneinsichtigkeit“ bezeichnet) erleben.

Aber auch in der für das verstörte Familienmitglied schweren Zeit ist die Bereitschaft, professionelle Hilfen anzunehmen, häufig verlaufsstypisch begrenzt: die Zeit tiefster Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit ist von weitreichendem sozialen Rückzug und der passiven Verweigerung von professionellen Hilfsmöglichkeiten geprägt – dabei wäre aus Sicht der Angehörigen gerade jetzt intensive Hilfe erforderlich:

Das Verhalten des verstörten Angehörigen löst bei ihnen nicht nur die Angst vor einem möglichen Suizid aus, sondern in dieser Zeit könnte eine therapeutische Beziehung wachsen, die u.a. auch durch den Wendepunkt zur Manie trägt.

Dafür müssten – aus Sicht der Angehörigen – die Therapeuten die von ihnen definierten Settings verlassen und sich mit der Haltung der „erwartungsfreien Anwesenheit“ im Lebensumfeld des Erkrankten zur Verfügung halten.

Diese neue professionelle Rolle nennen wir „Familiengast“ (Peukert in: Psychosoziale Umschau 4 2003, S. 12-15), da sich die Person auf Einladung des oder der Angehörigen ohne zielgerichtete Hilfeintention in der Wohnung aufhält, und „nur“ seine Aufmerksamkeit darauf richtet, ob das verstörte Familienmitglied irgendwie mit ihm in Kontakt treten möchte, z.B. von ihm, dem Gast, kleine alltägliche Hilfen wünscht, da die anderen Angehörigen „frei haben“ und während des Gast-Besuches angstfrei andere Erledigungen tätigen können.

Was ist der erwünschte Effekt? Auch eine tief verängstigte, hoffnungslose und verstörte Person kann selbst mit jemand Fremdem, der in der ihr gewohnten Umgebung zurückhaltend auftritt, keine Forderungen stellt und nur da ist, Kontakt aufnehmen.

Angehörige haben Angst vor den manischen Zuständen und sind hin und wieder übersensibel. Dennoch berichten viele Angehörige über zumeist leichte krisenhafte soziale Entwicklungen, bevor „der manische Weg eingeschlagen“ wird.

Auch hier besteht die Hoffnung, dass eine professionelle Begleitung

durch soziale Alltagssituationen, eine frühe, intensive und „weiche“ Hilfe spätere, harte und interventionistische Hilfen erübrigen könnte. Angehörige haben den Eindruck, dass das Familienmitglied in dieser Zeit am ehesten Hilfen von jemandem akzeptiert, der auch schon mal in alltäglichen Situationen alltäglich-banale Unterstützungen gab, z.B. beim Reparieren eines Fahrrades (diese Annahme hat sich in Untersuchungen zum Hilfesuchverhalten bestätigt) oder „störungsspezifisch“: Hilfe bei der Bewältigung von Folgeproblemen (z.B. Schulden).

Hat der Angehörige einmal begonnen, seine Manie zu leben, besteht aus Angehörigensicht wenig Hoffnung, den Zug mit einfachen und „weichen“ Stoppsignalen zum Halten zu bringen.

Auf diese Situationen können aber alle Beteiligten vorbereitet sein (es sei denn, es handelt sich um eine Neuerkrankung), und zwar mit einer Behandlungsvereinbarung, die in den ruhigeren Zeiten zwischen den Behandlern und dem Familienmitglied abgeschlossen wurde – möglichst unter Einbeziehung der Angehörigen!

Hat das Familienmitglied den Behandler bzw. jemanden aus dem Behandlungsteam schon als Familiengast, als „weichen Helfer“ in kleinen promordialen sozialen Krisen und hilfreich in sonstigen Alltagssituationen erlebt, und wurde eine frühere ggf. nicht zu umgehende harte Intervention anschließend intensiv besprochen, so sind das sehr gute Voraussetzungen für ein tragfähiges Bündnis auf der Basis einer Behandlungsvereinbarung – selbst dann, wenn in der Situation, in der die Vereinbarung zum Zuge kommen muss, das verstörte Familienmitglied den Vereinbarungen wieder einmal vehement widerspricht!

## Forum 5 11.09. 9.00 – 13.30

Wissenschaftliches Seminar für Professionelle  
**Neues aus der Forschung – Konsequenzen für die Praxis**

Vorsitz: M. Bauer, H. Grunze / Hörsaal B

*M. Bauer, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Charité – Mitte (CCM)*

In diesem Symposium für Professionelle werden neue epidemiologische, genetische sowie therapeutische Aspekte aus der Forschung bipolarer Störungen behandelt. Auf der Suche nach den genetischen Ursachen und neurobiologischen Korrelaten psychiatrischer Erkrankungen konnten in den vergangenen Jahren Fortschritte verzeichnet werden, die in erster Linie den modernen Methoden der Molekulargenetik und Bildgebung zu verdanken sind. Krankheitsgene sind potentielle Angriffspunkte für kausal wirksame medikamentöse Therapieverfahren. Da bipolare Störungen stark genetisch beeinflusst sind, stellt die Suche nach Krankheitsgenen gegenwärtig eine der wichtigsten Aufgaben in der Erforschung dieser Erkrankung dar. Die Weiterentwicklung der modernen bildgebenden Verfahren in Form der Positronen-Emissions-Tomographie (PET) sowie der funktionellen Magnetresonanztomographie (fMRT) macht es heute möglich, abnormale neuronale Netzwerke bei psychiatrischen Erkrankungen zu identifizieren. Bei Patienten mit bipolaren Störungen finden sich Störungen neuronaler Netzwerke, die mit Hilfe funktioneller bildgebender Verfahren als pathologische Aktivitätsmuster im Frontalhirn, hier insbesondere im dorsolateralen präfrontalen Kortex, sowie im limbischen System, u.a. im Hippocampus und Amygdala, imponieren. Die fMRT ermöglicht auch Einblicke in die komplexen neuronalen Mechanismen, die kognitive Defizite bei Patienten mit bipolarer Störung hervorrufen. Vorrangiges Ziel einer therapeutischen Intervention ist die Normalisierung pathologischer neuronaler Aktivitätsmuster, deren Darstellung durch die funktionellen bildgebenden Verfahren im Therapieverlauf heute möglich ist. Desweiteren werden in diesem Symposium neue Therapieoptionen und diagnostische Aspekte bipolarer Störungen behandelt. Unter den medikamentösen therapeutischen Optionen hat sich in jüngster Zeit

die zusätzliche Behandlung mit Schilddrüsenhormonen insbesondere bei therapieresistenten bipolaren Störungen als neuer Weg erwiesen. Neuere epidemiologische Studien sowie sensitivere diagnostische Instrumente gaben neue Einblicke in die Prävalenz und Comorbidität bipolarer Störungen. Danach kommt es nach neueren Studien bei bis 60% der Patienten zum Missbrauch von Alkohol bzw. in vielen Fällen sogar zur Alkoholabhängigkeit. Diese Comorbidität von bipolarer Störung und Alkoholabhängigkeit stellt den Arzt mitunter vor erhebliche Probleme, da der schädliche Gebrauch von Alkohol die so wichtige Behandlungstreue (Compliance) in der medikamentösen Langzeitbehandlung gefährdet. Neue therapeutische Interventionen zielen daher auf die gleichzeitige Behandlung beider Störungsbilder ab.

## Genetik der bipolaren Störungen

*W. Maier, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum, Bonn*

Es ist seit langem bekannt, dass bipolare Störungen familiär gehäuft auftreten und genetisch beeinflusst sind. Die Erkrankung folgt aber offenbar keinem Mendelschen Erbgang mit einem kausalen Krankheits-Gen; vielmehr spielen wahrscheinlich verschiedene Gene (Suszeptibilitätsgene) bzw. deren Varianten bei der Krankheitsentstehung eine Rolle. In den betroffenen Familien werden aber nicht nur Manien und bipolare Störungen übertragen; es besteht ein genetisch vermittelter Zusammenhang mit Psychosen und Schizophrenien auf der einen Seite und unipolaren Depressionen und möglicherweise Alkoholismus auf der anderen Seite. Innerhalb der bipolaren Störungen kommt wahrscheinlich den psychotischen bipolaren Störungen wegen ihrer engeren genetischen Beziehung zur Schizophrenie eine Sonderrolle zu.

Molekulargenetische Studien verliefen bei bipolaren Störungen bisher weniger erfolgreich als bei der Schizophrenie: die Kopplungsanalysen erbrachten auch in der metaanalytischen, studienübergreifenden Analyse keine Hinweise auf sichere gekoppelte chromosomale Regionen, sondern nur Hinweise auf mögliche Kopplung. Hieraus kann zunächst geschlossen werden, dass der jeweilige Beitrag einzelner Suszeptibilitätsgene gering ist. Die Suche nach Suszeptibilitätsgenen ist durch diese Ergebnisse erschwert. Die systematische Suche nach Suszeptibilitätsgenen in den möglicherweise gekoppelten Regionen erbrachten bisher jedenfalls keine gut bestätigten Resultate.

Dagegen war aber die Strategie erfolgreich, die von dem erwähnten familien-genetischen Zusammenhang mit der Schizophrenie ihren Ausgang nimmt. Haplotypen in den beiden benachbarten Genen G72 und G30 in der mit Schizophrenie gekoppelten Region auf 13q wurden zunächst mehrfach mit der Schizophrenie assoziiert gefunden. Auch bipolare Störungen zeigen diese Assoziation in den beiden, bisher bekanntesten Studien. Möglicherweise geht diese Assoziation auf psychotische affektive Störungen zurück. Zur Funktion dieser Gene ist bisher nichts bekannt.

Andere, bei bipolaren Störungen erfolgreiche Strategien waren Fall-Assoziationsstudien und pharmakogenetische Studien. Vor allem die Assoziation zu genetischen Varianten des neurotrophen Faktors BDNF sind jedenfalls teilweise bestätigt. Interessanterweise wurde diese krankheitsassoziierte Variante auch in Zusammenhang mit verbesserter Gedächtnisleistung beobachtet.

## Bildgebung bei bipolaren Störungen

*P. Falkai, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg*

Die spezielle neuropathologische Grundlage der bipolar-affektiven Störung ist bislang weitgehend ungeklärt. Die Entwicklung leistungsfähiger bildgebender Verfahren wie der Computertomographie und Magnetresonanztomographie führte dazu, dass an Patienten Zusammenhänge zwischen neuroanatomischer Struktur und Psychopathologie untersucht werden konnten. Es ist bekannt, dass Hirnläsionen in spezifischen Regionen (z.B. Thalamus und Globus Pallidus), die durch Hirnerkrankungen wie Insulte oder Tumoren

verursacht wurden, zur Ausbildung sekundärer depressiver oder manischer Störungen führen können.

Es liegen einige Untersuchungen zu Veränderungen der Hirnstruktur bei Patienten mit bipolar-affektiven Störungen vor, deren Ergebnisse dargestellt werden (Scherk et al., 2004).

Bei Vergleichen des Gesamthirnvolumens von bipolaren Patienten mit gesunden Kontrollen konnten 1 Meta-Analyse und 6 weitere Studien keine Volumenveränderungen feststellen. Jedoch konnte 1 Untersuchung ein geringeres Gesamthirnvolumen bei Patienten mit mehrfachen Episoden einer bipolar-affektiven Psychose im Vergleich zu gesunden Probanden zeigen, während in einer anderen Studie mit Lithium behandelte Patienten gegenüber unbehandelten Patienten ein größeres intrakraniales Volumen und die unbehandelten Patienten gegenüber Kontrollprobanden keinen Unterschied aufwiesen.

Von 4 Studien konnten 2 erweiterte Seitenventrikel und 2 ein unverändertes Ventrikelvolumen beobachten.

Von 6 Studien konnten 3 Volumenverminderungen in verschiedenen Regionen des Frontallappens nachweisen, während 3 weitere Studien keine Auffälligkeiten feststellen konnten.

Alle durchgeführten Studien (3) konnten keine signifikanten Veränderungen des Temporallappens beobachten.

1 Studie zeigte eine Volumenzunahme und 4 Untersuchungen keine Veränderungen des Thalamus.

Von 5 Untersuchungen zeigten 3 Volumenzunahmen von Basalganglienstrukturen wie Putamen, Globus Pallidus und Nucleus caudatus, während 2 weitere Studien keine Veränderungen beobachteten.

Alle 6 Untersuchungen konnten keine Veränderung der Hippokampusregion beobachten.

Von 5 Untersuchungen konnten 4 eine Vergrößerung der Amygdala und 1 Studie keine Veränderung des Strukturvolumens beobachten.

1 Meta-Analyse konnte zeigen, dass Läsionen der weißen Substanz bei bipolaren Patienten im Vergleich zu gesunden Probanden signifikant häufiger beobachtet werden.

Zusammengefasst stellen Läsionen der weißen Substanz, die Erweiterung der Seitenventrikel, Volumenverminderung frontaler Hirnregionen und insbesondere eine Vergrößerung der Amygdala spezifischen Veränderungen der Hirnstruktur bei bipolaren affektiven Störungen dar. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt kann nicht beurteilt werden, ob die beschriebenen Veränderungen einen ursächlichen Einfluss auf die Krankheitsentstehung haben oder ob sie erst durch die Krankheit entstehen. Ungeklärt ist auch, ob diese Veränderungen zu irgendwelchen funktionellen Einschränkungen führen. Weitere Untersuchungen sollen helfen, diese Fragen zu beantworten

#### Referenz

Scherk, H., Reith, W., Falkai P. Hirnstrukturelle Veränderungen bei bipolaren affektiven Störungen. Der Nervenarzt. Angenommen, online publiziert 28.04.2004

## Schilddrüsenhormonsystem und seine Bedeutung für die Therapie bipolarer Störungen

M. Bauer<sup>1</sup>, E. London<sup>2</sup>, M. Trendelenburg<sup>1</sup>, M. Frye<sup>2</sup>, U. Köberle<sup>1</sup>, U. Lewitzka<sup>3</sup>, T. Bschor<sup>3</sup>, R. Fisher<sup>4</sup>, R. Mahlberg<sup>5</sup>, F. Standfest<sup>6</sup>, F. Schlagenhaut<sup>1</sup>, J. Sasse<sup>1</sup>, H. Grunze<sup>6</sup>, E. Severus<sup>6</sup>, M. Smolka<sup>7</sup>, S. Berman<sup>2</sup>, D. van Calker<sup>8</sup>, P.C. Whybrow<sup>2</sup>

1 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Charité Campus-Mitte (CCM); 2 Neuropsychiatric Institute and Hospital, Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences, University of California, Los Angeles, USA; 3 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, TU Dresden; 4 Auguste-Viktoria Krankenhaus, Berlin; 5 Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus, Berlin; 6 Ludwig-Maximilians-Universität, München; 7 Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim; 8 Universität Freiburg

#### Zielsetzung:

Es gibt zunehmend Hinweise darauf, dass subklinische Störungen der Schilddrüsenfunktion an der Pathogenese bipolarer Erkrankungen beteiligt und zudem mitverantwortlich für ein schlechteres Therapieergebnis in der depressiven Phase sind. Ziel dieser Studie

ist es, Wirksamkeit und Verträglichkeit einer hochdosierten L-Thyroxin-Therapie als Augmentationstherapie bei bipolarer Depression zu etablieren und die Effekte auf den cerebralen Glucosstoffwechsel mit Hilfe bildgebender Verfahren zu untersuchen.

#### Methoden:

Multizentrische, 6-wöchige randomisierte, doppelblinde, Placebo-kontrollierte Studie mit anschließender 6-wöchiger offener L-Thyroxin-Behandlung zur Untersuchung antidepressiver Wirksamkeit von L-Thyroxin in fester Dosierung (300 µg/Tag) als Augmentationsbehandlung bei Patienten mit bipolarer Störung, gegenwärtig depressive Episode. Mit Hilfe bildgebender Verfahren (FDG-PET, MR-Spektroskopie) wird der Einfluss von L-Thyroxin auf den Hirnstoffwechsel untersucht um weitere Aufschlüsse über die Wirkmechanismen von hochdosiertem L-Thyroxin zu erhalten.

#### Ergebnisse:

Die Rekrutierung für die Multizenterstudie hat 2004 begonnen, das Studiendesign wird vorgestellt. Es wird darüber hinaus ein Überblick über die Ergebnisse früherer offener Studien der Autoren gegeben, in denen Patienten mit prophylaxeresistenter affektiver Erkrankung und mit Rapid-Cycling von der hochdosierten adjuvanten L-Thyroxin-Behandlung profitierten. Auch bei therapieresistenter Depression konnte eine Verbesserung der Symptomatik und eine relativ hohe Rate von Remissionen in zwei offenen Studien beobachtet werden. In einer ersten FDG-PET Studie bei bipolarer Depression zeigte sich, dass ein abnormaler Hirnstoffwechsel in präfrontalen, limbischen (Amygdala, Hippocampus) und subkortikalen (Thalamus, dorsales und ventrales Striatum) Regionen durch eine Augmentationsbehandlung mit supraphysiologisch dosiertem L-Thyroxin weitgehend normalisiert wird.

#### Zusammenfassung:

Die Behandlung der bipolaren Depression ist wegen der hohen Rate von Non- und Partial-Respondern eine große therapeutische Herausforderung. In ersten, offenen Studien zeigte sich, dass die Augmentationsbehandlung mit dem Schilddrüsenhormon L-Thyroxin in supraphysiologischer Dosierung eine neue wirksame Behandlungsmethode bei einem Teil der Patienten bipolaren Störungen ist. Ergebnisse Placebo-kontrollierter Studien bleiben abzuwarten.

Förderung der Multizenterstudie: The Stanley Medical Research Institute (SMRI, Bethesda, USA), grant # 02T-238.

## Komorbidität von Substanzabhängigkeit und Bipolarer Störung: Konsequenzen für die Praxis

C. Baethge, Harvard Medical School, Mailman Research Center, Belmont, USA

In einer Patientengruppe von 112 Patienten mit einer bipolaren Störung nach DSM-IV fanden wir bereits im frühen Verlauf der Erkrankung bei einem Drittel der Patienten eine Substanzmissbrauchs- oder -abhängigkeitsdiagnose. Alkohol (n=30) und Cannabis (n=15) waren die mit Abstand am meisten konsumierten Drogen; 15 Patienten nahmen mindestens zwei Drogen zu sich. Während der 24-monatigen Beobachtungszeit nahm die Häufigkeit von Missbrauchs- und Abhängigkeitsproblemen auf ca. 40% der Patientengruppe zu. Die Patienten, die mindestens zwei Substanzen zu sich nahmen, erlebten für eine signifikant längere Zeit affektive Symptomatik, namentlich verbrachten sie mehr Zeit mit gemischten affektiven Symptomen in den zwei follow-up Jahren. Der Konsum einer Droge schlug sich demgegenüber noch nicht in einem schlechteren Verlauf nieder. Alkohol- und Drogenprobleme waren mit Angsterkrankungen assoziiert, so dass es möglich erscheint, dass die Einnahme von anxiolytischen Drogen ein Selbstbehandlungsversuch der Patienten ist. Bei Interventionsstrategien sollte daher die Angstsymptomatik der Patienten besonders berücksichtigt werden.

## Workshops

### Workshop 1 – Hörsaal B

#### Zwischen Stimmungsmodulation und Selbstmanagement – aus Sicht der Betroffenen

Moderation: B. Touray, T. Riemenschneider

Thorsten Riemenschneider, MD-Betroffener seit 18 Jahren, und Barbara Touray, angehende Psychologin, versuchen die individuellen Möglichkeiten des Selbstmanagements bei starken Stimmungs- und Antriebsschwankungen aufzuzeigen bzw. zur Diskussion zu stellen.

Zu Beginn wird Riemenschneider seinen Lebensweg skizzieren und hierbei über eigene Ansätze und Strategien im Umgang mit der Erkrankung berichten: Schlafregulation und Sport, Gestaltung einer tragfähigen Tagesstruktur, Selbstbeobachtung und Einsicht in eigene Grenzen, Umgang mit Feedback, um nur einige Beispiele zu nennen. Seine Erfahrungen mit Ärzten und Selbsthilfegruppen werden hier ebenfalls mit einfließen.

Spezifische Schwierigkeiten, Belastungen und Einschränkungen im beruflichen und sozialen Bereich, insbesondere im familiären Zusammenleben, können in Verbindung mit den Erfahrungen zur Gestaltung und Bewältigung eines gemeinsamen Alltags zur Diskussion gestellt werden.

Mögliche Bewältigungsstrategien wie Verdrängung, Verleugnung, Krankheitseinsicht oder Eigeninitiative und Selbstverantwortung sollen unter dem Gesichtspunkt der Selbstregulation beleuchtet werden.

In erster Linie aber will der Workshop seine Teilnehmer vor allem zum Mitteilen eigener Erfahrungen aus unterschiedlichen Perspektiven (Betroffene, Angehörige und Professionelle) ermutigen und herzlich zu einem regen Gedankenaustausch einladen.

Dabei können auch Fragen nach positiven Aspekten der Erkrankung angeschnitten werden, wie beispielsweise Lerngewinn, Veränderungen im Selbstbild oder „Nachreifen“ von Entwicklungsschritten.

#### Literatur

Thomas D. Meyer, Martin Hautzinger: Manisch-depressive Störungen.

Mit CD-ROM. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual.

Materialien für die klinische Praxis. Beltz PVU April 2004, 172 Seiten

Thomas Bock: Achterbahn der Gefühle. Mit Manie und Depression leben lernen. Psychiatrie-Verlag GmbH Oktober 2004, 200 Seiten

Thomas Bock: Umgang mit psychotischen Patienten. Psychiatrie-Verlag GmbH April 2003, 128 S.

Mit gebrochenen Flügeln fliegen... Menschen berichten über bipolare Störungen. Redaktion: Renate Kingma. Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS), Books on Demand GmbH August 2003, 296 S.

### Workshop 3 – Hörsaal C

#### „Ich bin nicht nur krank“. Zum Selbstbild und Selbstmanagement bipolar Erkrankter

Moderation: P. Bräunig, M. Selo, H. Stock

#### Selbstbild

- Wie definiere ich meinen „Normalzustand“, welche Bedeutung hat das für mich und andere?
- (Was) kann ich aus manischen Phasen lernen und in mein Leben einbringen?
- Soll ich (in Abhängigkeit von meiner Lebenssituation) Manien zulassen?
- Was erzähle ich anderen wie über meine Erkrankung und Erfahrungen?

#### Selbstmanagement

- „Vom Opfer zum Moderator“ – über den Weg zum Umgang mit Manien und Depressionen
- Methoden der Aufzeichnung von Stimmungen
- Warnsignale kennen und beachten

- Welche Beratung, Unterstützung und Therapien kann ich wie einsetzen?
- (Wie) kann ich meine Lebenssituation in Bezug auf Manien und Depressionen aktiv gestalten?
- Notfallplan und Patientenverfügung

#### Umfeld

- Bin ich verrückt oder ist es die Gesellschaft?
- Zur Gratwanderung zwischen Anspruch und Anpassung
- Wie bringe ich mich auf den aktuellen Stand der Forschung?
- Rechte, Pflichten und Ansprüche gegenüber und seitens Fachleuten, Institutionen
- Ambulanter und klinischer Zwang
- Wie behaupte ich meine Interessen im Wandel des Gesundheitssystems?
- Was kann ich zu einem „besseren“ (zutreffenderem) Bild über Manie – Depression in der Öffentlichkeit beitragen?
- Leben wir in einer manische(re)n Welt?

### Workshop 5 – Raum 121

#### Arbeit und Rehabilitation

Moderation: R. Schlieszus, R. Kays

Zur Teilhabe am Arbeitsleben gibt es ein weites Feld an Rehabilitationsmaßnahmen, Vermittlungshilfen und berufsbegleitenden Hilfen, die psychisch erkrankte und behinderte Menschen fit machen sollen für den Arbeitsmarkt.

In der beruflichen Rehabilitation werden neue Perspektiven entwickelt, Kenntnisse aufgefrischt, und es wird berufliche Praxis für den Einstieg oder Wiedereinstieg ins Berufsleben trainiert. Vermittlungsdienste geben Unterstützung bei der Suche nach einem geeigneten Arbeitsplatz und in der Einarbeitung.

Im berufsbegleitenden Dienst finden die Menschen Ansprechpartner für Probleme, die im Umgang mit der Krankheit im Arbeitsleben auftreten, bei Leistungsproblemen, Überforderung und Schwierigkeiten mit Kollegen und Vorgesetzten.

Dennoch bleiben Arbeit und berufliche Zukunft für bipolar erkrankte Menschen schwierig, und es stellen sich viele Fragen, die wir gemeinsam diskutieren wollen:

- Was können Menschen mit bipolaren Erkrankungen mit diesen Angeboten anfangen?
- Welche besonderen Schwierigkeiten im Arbeitsleben haben sie, welche Unterstützung brauchen sie?
- Wie kann nach einer längeren Erkrankung der Wiedereinstieg ins Arbeitsleben aussehen, was ist der erste sinnvolle Schritt?
- Wie können sie in der Firma mit der Erkrankung umgehen, wie viel Offenheit ist sinnvoll, um Verständnis und Unterstützung zu finden?
- Wie viel Flexibilität des Arbeitgebers ist nötig, um einem schwankenden Maß von Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten begegnen zu können?
- Wie hilfreich oder schädlich ist ein Schwerbehindertenausweis für die Integration ins Arbeitsleben?

In dem Workshop geben wir Informationen über Angebote zu Arbeit und Rehabilitation, wir tauschen Erfahrungen aus und diskutieren über unterschiedliche berufliche Perspektiven und Lebensplanungen.

### Workshop 7 – Raum 124

#### Rechtsfragen: Betreuungs-, Sozial- und Zivilrecht

Moderation: S. M. Meier, H. Studt

#### 1. Betreuungsrecht

Möglichkeit einer Betreuungsanregung

Betreuerbestellung durch Vormundschaftsgericht, § 1896 BGB

Objektive und subjektive Voraussetzungen:

- Erwachsener

- Psychische Krankheit oder körperliche, geistige oder seelische Behinderung
- Völlige oder teilweise Unvermögen, seine Angelegenheiten zu besorgen
- Kausalität zwischen Krankheit und Unvermögen
- Erforderlichkeit

Verfahrensgang: (Sozialbericht, Sachverständigengutachten, Anhörung, Beschluss)

Einwilligungsvorbehalt, § 1903 BGB

Geschäftsunfähigkeit, § 104 BGB: Krankheitsbedingt ist eine freie Willensbildung nicht mehr möglich, d.h. der Patient kann aufgrund einer Krankheit die Bedeutung der von ihm abgegebenen Willenserklärung nicht erkennen bzw. nach dieser Erkenntnis handeln. BayObLG: Der Handelnde kann seinen Willen krankheitsbedingt nicht mehr frei bestimmen.

## 2. Arbeitsrecht

Auswirkungen der bipolaren Erkrankung auf ein bestehendes Arbeitsverhältnis

## 3. Was tun, wenn jemand in einen Schub kommt

- Sicherstellung ärztlicher Behandlung
- Installierung einer Eilbetreuung
- Beweisprobleme bei getätigten Geschäften
- Zwangseinweisung nach dem Gesetz für Psychisch Kranke bei Eigen- oder Fremdgefährdung

## 4. Teilnahme am Kraftverkehr

Fallgruppenspezifische Betrachtung

## Workshop 8 – Raum 122

### Angst, Schuld und das Bedürfnis nach Kontrolle aus Sicht der Familie und Angehörigen

Moderation: H.J. Meyer, A.K. Piening-Lemberg

Psychische Erkrankungen, so auch die bipolare Störung, betreffen immer das gesamte Umfeld des Betroffenen. In diesem Workshop sollen verschiedene Aspekte aus Sicht von Familie und Angehörigen diskutiert werden. Dabei sollen die durch den Titel vorgegebenen grossen Themen Angst, Schuld und das Bedürfnis nach Kontrolle den Rahmen vorgeben.

#### 1. Schuld

Kurze Darstellung der Theorien zur Ursachenforschung aus ärztlicher Sicht, im Anschluss daran gemeinsame Diskussion des Aspektes Schuld aus Familiensicht; z.B. Haben Schuldzuweisungen an der Erkrankung in der gemeinsamen Geschichte mit dem Betroffenen stattgefunden? Von wem gingen diese aus? Gab es Konflikte in der Familie aufgrund dieser Schuldvorwürfe? Ist der Erkrankte schuldig für sein Tun (z.B. Fehlhandlungen in der Manie)? Kennen Sie als Angehöriger auch ohne Schuldzuweisungen von anderen Gedanken wie: hätten wir den Ausbruch der Erkrankung verhindern können?.

#### 2. Angst

Kurze Darstellung der Angstthematik aus Angehörigensicht, gemeinsame Diskussion dieses Aspektes; z.B. Ängste bezüglich der persönlichen, beruflichen, finanziellen, sozialen Folgen der Erkrankung für alle Beteiligten, Angst vor der Zukunft (z.B. Elternsicht „Was wird sein, wenn wir nicht mehr für unser Kind da sind.“), Angst vor dem fremden Verhalten des Betroffenen in der Erkrankungsphase, Angst vor Stigmatisierung, verschiedene Angstkonstellationen bei den einzelnen Familienmitgliedern.

#### 3. Wunsch nach Kontrolle

Dieser Abschnitt soll in zwei Teile gegliedert sein: zum einen sollen der Wunsch nach Kontrolle zwischen Familie und Erkranktem beleuchtet werden, zum anderen erscheint den Moderatoren auch die Diskussion über den Wunsch nach Kontrolle des Versorgungsnetzes (gesetzlicher Betreuer, Krankenhaus, ambulanter Psychiater, Psychotherapeut, psychosoziale Einrichtungen) sinnvoll und erforderlich.

In diesem Abschnitt könnten folgende Fragen diskutiert werden: Wer trägt die Verantwortung für den Erkrankten? Ist das Versorgungsnetz so sicher, dass die Familie im Erkrankungsfall die Verantwortung abgeben kann? Wie kann die Balance der Familie zwischen Gefahrenabwehr und Selbstschutz im bestehenden Versorgungsnetz gehalten werden?

## Workshop 9 – Raum 123

### Paarbeziehungen und bipolare Störungen. Was macht die besonderen Beziehungskomponenten aus ?

Moderation T. Bock, I. Pöhlend

#### Erkennt ein Mensch einen Menschen mit bipolaren Störungen ?

- Ich kenne nur wenige Menschen mit bipolaren Störungen.
- Ich habe meinen Partner als „gesunden Kollegen“ 1979 kennen gelernt. Störungen waren mir zu der Zeit weder aufgefallen noch bekannt. Danach haben wir aus den Augen verloren.
- Ich habe ihn Mitte der 80er „verwirrt“ wiedergetroffen. Konnte damit nicht umgehen. Den Kontakt habe ich abgebrochen.
- Im Jahr 88 wurde der Kontakt von seiner Seite wieder aufgenommen. Ich hatte keine Kenntnisse über die Krankheit. Seit dem leben wir in einer Partnerschaft.

#### Was macht die besonderen Beziehungskomponenten aus ? – Problem der Falscheinschätzungen und Beratung an Beispielen wie

- Jobwechsel während der Manie
- Ordnung verlangen während der Manie
- Urlaub genießen wollen während der Depression
- Leistung fordern in der Depression

#### - Die Kunst des Vertrauens oder überzeugen können

- Einweisung in ein Krankenhaus. Wann. Wie.
- Anvertrauen von Konten und Geld
- Entscheidungen für ihn treffen

#### - Der ganz banale Alltag

- Stimmungen erkennen. Was kann ich tun. Was sollte ich lassen.
- Hinweise geben. Ja oder nein.
- Beschimpfungen und Rechthaberei ertragen.
- Wie schaffe ich Klarheiten. Wie vermeide ich Doppelbotschaften.
- Lustige Situationen

#### - Selbstschutz

- Was kann ich für mich tun ?
- Brauche ich professionelle Hilfe ?
- Wo bekomme ich sonst noch Hilfe?
- Wie transparent mache die Situation?

## Workshop 10 – Raum 222

### Wie gründe ich eine Selbsthilfegruppe?

### Wie kann ihre Auflösung verhindert werden?

Moderation: R. Geislinger, BKH Haar bei München; H.-P. Köther, SHG „Stimmungsumschwünge“, Essen; Ch. von Mickwitz, Selbsthilfegruppe für Angehörige, Berlin

#### Die Moderator/innen werden folgende „Inputs“ einbringen:

1. Christina von Mickwitz, Angehörige aus Berlin, stellt Überlegungen zur Gründung einer SHG an und wie deren Auflösung verhindert werden kann
2. Hans-Peter Köther aus Essen berichtet in einem Kurzvortrag über die Gründung seiner SHG „Stimmungsumschwünge“
3. Rosa Geislinger wird zu den aufgeworfenen Fragen Stellung nehmen vor dem Hintergrund ihrer langjährigen Erfahrungen als professionelle Selbsthilfe-Unterstützerin
4. Fragen und Diskussion

**Wir gehen davon aus, dass in etwa diese Themenbereiche angesprochen werden:**

- Warum will *ich* eine SHG gründen? *Wie* gründe ich sie?
- Wo finde ich Gleichgesinnte?
- Wie komme ich an Räume, finanzielle oder professionelle Unterstützung (z.B. Fortbildung, evtl. Supervision)?
- Wo und wie mache ich meine Gruppe bekannt?
- Wer verweist an uns?
- Welche Mitglieder nehmen wir auf, welche vielleicht nicht (oder noch nicht)?
- Was erwarten wir voneinander?
- Sollen wir ein e.V. werden?
- Wie weit geht die Verantwortung der einzelnen Mitglieder für die Gruppe?
- Wie kann ein Ausbrennen des/der Leiter/in verhindert werden?
- Darf der/die Leiter/in die Gruppe wieder verlassen?
- Was tun, wenn ein Mitglied akut krank ist und die Gruppe verunsichert?
- Was passiert, wenn ein Klinikaufenthalt ansteht?
- Wer delegiert was an wen?
- Mitglieder mit „Helfersyndrom“
- Was tun bei Mitgliederschwund, bei zu großer Gruppe?
- Wie komme ich an hilfreiche Literatur?
- Etc. etc.

Viele Themen und viele Fragen, wenig Zeit – ein wenig Disziplin bei der Diskussion ist Voraussetzung für das Gelingen dieses Workshops.....

**Satelliten-Symposium**

10.09. 16.30 – 18.00

Satelliten-Symposium für Professionelle  
**Frauenspezifische Aspekte der bipolaren Störung**  
Vorsitz: H. Grunze / Hörsaal B

Mit freundlicher Unterstützung von GlaxoSmithKline

**Frauenspezifischer Verlauf bipolarer Störungen**

A. Marneros, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Obwohl die sogenannten unipolaren Depressionen bei Frauen deutlich häufiger als bei Männern vorkommen, ist das bei den bipolaren Störungen nicht der Fall; dort finden wir ein Gleichgewicht in der Geschlechterverteilung. Allerdings gilt diese Feststellung nur dann, wenn man keine Differentialdiagnostik bzw. Differentialbetrachtung bipolarer Störungen betreibt. Bei genauer Betrachtung zeigen sich viele Besonderheiten mit therapeutischen und prognostischen Konsequenzen, z.B. sind die meisten Patienten, die an einem sogenannten Rapid Cycling leiden, Frauen. Man geht heute von einer Relation Frauen : Männer von 7:3 aus. Ob dies auch bei sogenannten gemischt-bipolaren Erkrankungen der Fall ist, ist noch Gegenstand der Forschung; die Befunde sind diesbezüglich widersprüchlich. Allerdings scheint, dass der Bipolar-II-Subtyp, der wahrscheinlich die häufigere Form bipolarer Störungen ist, vorwiegend Frauen betrifft. Hohe Relevanz gewinnt eine spezifische Komorbidität bei bipolaren Frauen: der Alkoholkonsum bei Frauen befindet sich in einer hohen Disproportionalität zum Alkoholabusus bei nicht-bipolaren Frauen, sodass man pointiert sagte: „Jede alkoholabhängige Frau muss unbedingt auf Bipolarität untersucht werden.“ Darüber hinaus gibt es Hinweise, dass bipolare Frauen häufiger als Männer an Angst- und

Essstörungen leiden. Das depressive Element überwiegt deutlich bei den bipolaren Frauen; dies ist einer der Gründe von Fehldiagnosen und Fehltherapien. Frauen werden später spezifisch behandelt als Männer und häufiger mit Antidepressiva, die manchmal kontraindiziert sind. Darüber hinaus gibt es spezifische Verlaufsmodifikationen durch den Menstruationszyklus und die Menopause.

**Lesung 10.09. 16.30 – 18.00**

Hörsaal C

**„Mit gebrochenen Flügeln fliegen...“\*****Lesung von Bipolar Erfahrenen und Angehörigen**

Moderation: H. Gädtke, Dr. C. Baethge

Es lesen: R. Freitag, S. Scharnowski

Ein psychiatrisches Lehrbuch besonderen Art: es lesen zwei Bipolar Erfahrene und schildern so teilweise die sehr persönlichen Lebenserfahrungen der fünfundvierzig AutorInnen. Von der Kindheit über den ersten Ausbruch zur Diagnose und einer angemessenen Behandlung. Vom „Loch im Ich“ bis „Ich fühle mich so wohl als auch“ ist das ganze Spektrum vereint.

Die AutorInnen sprechen darüber, ihre Krankheit annehmen zu können, Probleme in Partnerschaft und Beruf, über Angst und Einsamkeit, und über die Schwierigkeiten den richtigen Therapeuten zu finden.

Obwohl diese Krankheit vielfach nach typischem Muster verläuft, hat jede Lebensgeschichte ihre ganz persönliche Ausprägung. Und so brauchen diese Menschen neben einer individuellen medizinischen Behandlung auch sehr viel individuelle Zuwendung und Hilfe bei der Lösung der Alltagsaufgaben. Nicht zu vergessen die guten Erfahrungen mit gegenseitiger Unterstützung von PartnerInnen und in Selbsthilfegruppen.

Manche Berichte klagen an, manche sprechen von Resignation, manche vom Siegen. Angehörige kommen auch zu Wort. Ihre Berichte zeigen, dass auch sie Hilfe brauchen, um mit der Überforderung durch die Krankheit in ihrer Familie fertig zu werden.

Insoweit ist dieses Buch fast eine „verschriftlichte Selbsthilfegruppe“. Wer keine echte in seiner Nähe findet wird davon profitieren. Neben der Lesung ist Raum für Diskussionen. Sichtbar wird: „ich bin mit meinem Problem nicht allein.“

\* Mit gebrochenen Flügeln fliegen....

R. Kingma (Red.)

BoD Norderstedt

296 Seiten, 28,00 €, ISBN 3-8330-0662-5 (2003)

## Poster 10.09. – 11.09.

### Kategorie: Selbsthilfe

[www.bipolar-forum.de](http://www.bipolar-forum.de)

Autor: Nickname im Bipolar-Forum: Adler

**Zielsetzung:** Im Poster werden aus Sicht eines Betroffenen das Potenzial, die Risiken und die Entwicklungstendenzen des Bipolar-Forums ([www.bipolar-forum.de](http://www.bipolar-forum.de)) diskutiert.

**Materialien:** Am Beispiel eigener Beiträge (Nickname W.G., seit 2004 Adler) und unter Einbeziehung der Erfahrungen anderer Betroffener wird der Stellenwert des Bipolar-Forums in der Selbsthilfearbeit hinterfragt.

**Zusammenfassung:** In diesem Posterbeitrag erläutert der Autor aus Sicht eines Betroffenen und intensiven Nutzers in einem Rückblick die Entstehungsgeschichte des Bipolar-Forums.

Das Bipolar-Forum ist eine besondere Form der Selbsthilfe, die eine Ergänzung und nicht den Ersatz einer klassischen Selbsthilfegruppe darstellt. Schwerpunkte des Bipolar-Forums sind die Themen:

- Nebenwirkungen von Medikamenten
- Psychoedukation
- Psychotherapie
- Sozialrecht
- Verkehrsrecht
- zwischenmenschliche Probleme durch die psychische Erkrankung

Es berichten auch Angehörige von krankheitsuneinsichtigen Betroffenen über die Probleme in manischen Phasen. Es erweist sich als hilfreich, wenn krankeneinsichtige Betroffene schildern, wie sie eigene manische bzw. hypomanische Phasen erleben und welche Methoden sie inzwischen einsetzen, um weitere Akutsituationen zu reduzieren bzw. zu vermeiden. Dabei wird das Thema der medikamentellen Phasenprophylaxe auch teilweise kontrovers diskutiert (Nebenwirkungen, Rückfälle).

Anders als in einer klassischen Selbsthilfegruppe beteiligen sich auch nicht krankeneinsichtige Betroffene und andere nur auf Unterhaltung orientierte Teilnehmer an den Diskussionen. Es handelt sich dabei vermutlich teilweise um Betroffene, die ebenfalls eine psychische Störung (z.B. auch Borderline, Schizophrenie, Bulimie, Drogen- bzw. Alkoholprobleme usw.) haben und noch keine Krankeneinsicht bzw. eine reduzierte Empathie besitzen. Der Ausschluss wiederholt beleidigender Autoren durch Sperrung des Zugangs zum Forum war bisher nicht immer zielführend, da diese automatisch einen neuen Zugang unter einem anderen erfundenen Nicknamen aktivieren konnten. Eine Kontrolle der Personalien stößt im Internet leider überwiegend auf Ablehnung.

Durch die Eskalation persönlicher Konflikte können im Einzelfall sowohl Manien/Hypomanien als auch Depressionen verstärkt werden. Das Eingreifen der mit dieser Problematik vertrauten Teilnehmer und der Administratoren des Forums ist in diesen Fällen hilfreich und erforderlich.

Mit derzeit etwa 4.000 Zugriffen pro Tag und ca. 65.000 archivierten Beiträgen ist das Bipolar-Forum das möglicherweise größte Online-Forum im psychosozialen Bereich im deutschsprachigen Raum. Seit Anfang Juli 2004 wird das Forum von durch die DGBS e.V. berufene, ehrenamtlich arbeitende, anonyme Administratoren verwaltet. Dies hat zu einer Qualitätssteigerung des Bipolar-Forums beigetragen. In den nächsten Jahren ist mit einem deutlichen Wachstum dieser Form der Selbsthilfearbeit zu rechnen. Es werden mehr finanzielle Mittel der DGBS e.V. benötigt, um die technische Administration und Weiterentwicklung der Forums-Software finanzieren zu können.

Für die Anregungen und Hinweise von anderen Teilnehmern des Bipolar-Forums möchte sich der Autor herzlich bedanken.

### Entwicklung eines Selbstmanagement – Trainingsprogramms (SMTP) in Selbsthilfegruppen für Menschen mit bipolaren Störungen

H. Scheidhauer<sup>1</sup>, L. Schärer<sup>2</sup>, A. Freisen<sup>3</sup>, Ch. Biedermann<sup>4</sup>, J. Langosch<sup>5</sup>, W. Matt<sup>6</sup>

**Theoretischer Hintergrund:** Seit einigen Jahren absolvieren manisch-depressiv Erkrankte einer Selbsthilfevereinigung in Großbritannien mit Erfolg Selbstmanagement-Trainingsprogramme zur besseren Bewältigung ihrer Krankheitssymptome. Diese Programme wurden gezielt von Patienten für Patienten entworfen, werden ständig weiterentwickelt und aktualisiert. Die Grundidee besteht darin, dass Betroffene Experten in eigener Sache sind. Jede am Kurs teilnehmende Person bringt ihre persönlichen Erfahrungen sowie ihr individuelles Wissen ein.

Das in Zusammenarbeit mit den Betroffenen zu entwickelnde Selbstmanagement-Trainingsprogramm versteht sich als ein Modellprojekt im Rahmen der Selbsthilfe. Ausgehend vom Empowerment-Konzept bietet das in Modulen gestaltete Programm konkrete Bewältigungsstrategien, selbstbestimmt und unter Ausnutzung kollektiver Ressourcen den Alltag trotz Krankheit zu meistern.

Methodisch soll das SMTP nicht nur für eine ausgewählte Gruppe konzipiert werden, sondern allgemein für Selbsthilfegruppen bipolar Erkrankter anwendbar sein. Ein gezielt zusammen mit Patienten entwickeltes, strukturiertes und wissenschaftlich untersuchtes Programm in dieser Form kann als ein Novum betrachtet werden.

**Methodik:** Zur Entwicklung dieses Programms wurden (im Zeitraum von Januar bis März 2004) die auf der Internetseite der DGBS e.V. veröffentlichten Selbsthilfegruppen bipolar Erkrankter interviewt und nach ihrer Meinung, ihren Bedenken und Voraussetzungen für ein solches Selbstmanagement-Trainingsprogramm befragt.

Im Sommer 2004 erfolgt die Erprobung dieses Programms in einer Selbsthilfegruppe bipolar Erkrankter – mit Zwischenevaluation – sowie die Einführung des Programms in mehreren Selbsthilfegruppen (bundesweit).

**Ergebnisse:** Die Interviews ergaben ein großes Interesse an der Entwicklung und Umsetzung dieses Programms bei den Betroffenen. Alle befragten Selbsthilfegruppen verfügen bereits über mehr oder weniger Erfahrungen mit Schulungsprogrammen (durch Professionelle) und bringen die mindesten materiell-technischen Voraussetzungen für die Umsetzung mit. Der Prototyp für das SMTP liegt vor.

Das Programm umfasst sechs Module à 90 Minuten für eine Gruppengröße von 6-8 Teilnehmern. Möglich sind wöchentliche Intervalle oder die Programmgestaltung im Rahmen eines Wochenendseminars.

**Diskussion:** Dieses Programm ist ein Beispiel selbstverständlicher partnerschaftlicher Zusammenarbeit von Betroffenen und Professionellen und entspricht der grundsätzlichen Zielstellung der DGBS e.V., Selbsthilfeinitiativen von Patienten und ihren Angehörigen zu unterstützen. Patienten wollen und können ihr Schicksal selbst in die Hand nehmen. Die Patienten tragen maßgebend zum Erfolg oder Nichterfolg dieses Projektes bei – sie gestalten und leiten die einzelnen Module unabhängig und eigenverantwortlich.

<sup>1</sup> Diplom-Medizin-Pädagogin, Wehr

<sup>2-5</sup> Albert-Ludwig-Universität Freiburg

<sup>6</sup> Institut für Erziehungswissenschaften an der Pädagogischen Hochschule Freiburg

## Moderatoren und Referenten

Angst, J. 3  
Baethge, Ch. 12, 15  
Bauer, M. 11, 12  
Berman, S. 12  
Bernhard 5  
Biedermann, Ch. 16  
Bock, T. 14  
Bräunig, P. 5, 13  
Bschor, T. 12  
Calker, D. v. 12  
Cierpka, M. 8  
Crefeld, W. 10  
Falkai, P. 11  
Fisher, R. 12  
Freisen, A. 16  
Freitag, S. 15  
Frye, M. 12  
Gädtke, H. 15  
Gamma, A. 3  
Geislinger, R. 6, 14  
Gielen, R. 6  
Grunze, H. 5, 12, 15  
Günther, W. 16  
Hartong, E. 6  
Hartwich P. 3  
Hasenburg, S. 5  
Kays, R. 13  
Kipp, J. 5  
Köberle, U. 12  
Köther, H.-P. 14  
Langosch, J. M. 16  
Lewitzka, U. 12  
London, E. 12  
Mahlberg, R. 12  
Maier, W. 11  
Marneros, A. 15  
Mattl, W. 16  
Meier, S. M. 13  
Meyer, H. J. 8, 14  
Mickwitz, Ch.v. 14  
Peukert, R. 10  
Piening-Lemberg, A. K. 14  
Pöhland, I. 14  
Preiter, M. 4  
Reich, G. 8  
Riemenschneider, T. 13  
Rosbander, Y. 8  
Sasse, J. 12  
Schärer, L. 6, 16  
Scharnowski, S. 15  
Schaub, A. 5  
Scheidhauer, H. 16  
Schlieszus, R. 13  
Schlagenhauf, F. 12  
Seidel, M. 9  
Selo, M. 13  
Severus 12  
Smolka, M. 12  
Standfest, F. 12  
Stock, H. 13  
Studt, H. 13  
Tillmann, M. 7  
Touray, B. 13  
Trendelenburg, M. 12  
Unger, H.-P. 10  
Whybrow, P.C. 12  
Wilking, E. 9

