



Leseprobe aus: Meyer/Hautzinger, Bipolare Störungen, ISBN 978-3-621-28119-5

© 2013 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28119-5>

12 Modul I: Motivation und Psychoedukation

In Modul I geht es insbesondere darum, Motivation zu entwickeln und zu fördern, und zwar durch Erarbeitung und Vermittlung der relevanten Informationen über bipolare Störungen, deren Ursachen bzw. Risikofaktoren sowie der Erläuterungen zur Psychotherapie (s. Abb. 12.1; alle genannten Folien und Arbeitsblätter finden Sie entweder im Anhang oder online).

Sitzung 1

Ziele

- ▶ Aufbau der therapeutischen Beziehung
- ▶ Darstellung des Therapiekonzepts
- ▶ Festlegen von Regeln für die gemeinsame Zusammenarbeit

Methodik/Übungen

- ▶ Warming up
- ▶ Darstellung des Therapiekonzepts: formal und inhaltlich
- ▶ Stimmungstagebuch (STB) besprechen
- ▶ Festlegen von Regeln für die gemeinsame Zusammenarbeit
- ▶ Hausaufgabe: Informationen lesen; STB

Sitzung 2–4

Ziele

- ▶ Vermittlung von Basiswissen zur manisch-depressiven Störung
- ▶ Erarbeitung des Vulnerabilitäts-Stress-Modells
- ▶ Informationsvermittlung: Schwerpunkt Medikation

Methodik/Übungen

- ▶ Blitzlicht
- ▶ STB besprechen
- ▶ Informationen über bipolar affektive Störungen und ihre Behandlung
- ▶ Hausaufgabe: Informationen lesen; STB

Abbildung 12.1 Kurzübersicht über den Inhalt der Sitzungen 1–4

Sitzung 1

Ziel. Aufbau und Stabilisierung der therapeutischen Beziehung; Darstellung des Therapiekonzepts; Festlegen von Regeln für die gemeinsame Zusammenarbeit; ggf. kurze Anamnese.

Benötigtes Material. Folie 1. Arbeitsblätter 1, 2, 3. »Informationen für Patienten und Angehörige«.

Warming up

Wenn sich Patient und Therapeut bereits kennen, kann dies im Sinne eines ausführlichen Blitzlichts (s. Sitzung 2–4) genutzt werden. Ansonsten sollte mit der Vorstellung des Therapeuten begonnen werden. Für den Fall, dass kein Vorgespräch stattgefunden

hat bzw. die diagnostischen Sitzungen von einer anderen Person durchgeführt wurden, ist es sehr wichtig, sich – möglichst bereits vor der ersten Sitzung – die Erlaubnis für den Zugang zu den Informationen aus den früheren diagnostischen Sitzungen einzuholen. Eine schriftliche Information und ggf. Einwilligungserklärung, die ersichtlich macht, dass diese Informationen nur therapeutisch genutzt werden, kann bei Ambivalenz der Patienten Misstrauen abbauen helfen und sollte Standard im Umgang mit persönlichen Informationen sein. Auf jeden Fall vermittelt dies Offenheit, Transparenz und die Vermeidung von Redundanz (Ökonomieaspekt; Dauer ca. 10 Min.).

Darstellung des Therapiekonzepts

Formale Aspekte. Um ein Arbeitsbündnis zu etablieren oder zu fördern, kann es an dieser Stelle sinnvoll sein, auch noch einmal auf formale Aspekte einzugehen – und sei es verkürzt:

- ▶ zeitlich begrenzte Behandlung (z. B. 25 Sitzungen über 9 Monate).
- ▶ Intensität der Behandlung wird variieren. Anfangs werden wöchentliche Treffen stattfinden (z. B. für 2–3 Monate), dann 14-tägige Sitzungen für einige Zeit (z. B. 2–3 Monate) und dann schließlich monatliche Sitzungen.
- ▶ Falls erforderlich, können Anpassungen im Zeitrahmen nach gemeinsamer Besprechung erfolgen.

Gründe für diese zeitliche Aufteilung:

- ▶ Wöchentliche Sitzungen zu Beginn erlauben, massiert Themen zu bearbeiten. Gleichzeitig erlauben die längeren Abstände gegen Behandlungsende therapeutische Unterstützung über einen längeren Zeitraum.
- ▶ Mehr Zeit, zwischen den Sitzungen neue Strategien und Verhaltensweisen auszuprobieren.
- ▶ Langsame »Entwöhnung« von den regelmäßigen Terminen.

Inhaltliche Aspekte. Ziel der Therapie ist die Auseinandersetzung und das Selbstmanagement mit der bipolaren Störung zu fördern und dadurch das Risiko von Rezidiven zu reduzieren. Falls gewünscht, kann hier die Folie 1 eingesetzt werden, die die Inhalte der vier Module in patientenfreundlicher Form wiedergibt (Formulierungsvorschlag s. Kasten).

Therapeut: »Es hat sich bewährt, die Therapie in vier Phasen einzuteilen. Nicht mit allen Patienten gehe ich durch alle Phasen. Vor allem die späteren hängen davon ab, was wir gemeinsam als Bereiche identifizieren, die für Sie von Bedeutung sind. Ist das in Ihrem Sinne?«

Patient: »Ich glaube schon«

Therapeut: »Okay, zunächst wird der Schwerpunkt darauf liegen, gemeinsam sicher zu stellen, dass Sie alle Informationen bekommen, die Sie über die bipolare Störung haben sollten und dass Fragen, die Sie haben, beantwortet sind. Zum Beispiel kann es um Fragen gehen wie: Was bedeutet »bipolar« für mich, für andere, für meine Kinder ...? Was bringen mir die Medikamente? – In der nächsten Phase wäre es gut, wenn wir uns genauer ansehen, was Anzeichen für Depressionen und Manien sind und welche

Situationen und Symptome in Ihrem Fall Risikofaktoren für eine erneute Episode sein könnten. Wie klingt das?»

Patient: »Eigentlich weiß ich ja schon viel über meine bipolare Störung.«

Therapeut: »Das finde ich gut und das wird uns helfen, denn letztendlich sind Sie der Experte für Ihre Erkrankung. Was für uns wichtig ist, ist gemeinsam herauszufinden, was für Sie davon relevant ist und was Sie für sich tun können, um das Risiko zukünftiger affektiver Episoden zu verringern. Zum Beispiel können wir aufgrund Ihrer Erfahrungen erarbeiten, worauf Sie achten sollten, was Sie für sich tun können, was Sie in Ihrem Verhalten und Denken möglicherweise ändern können oder worin wir eventuell auch Unterstützung anderer für Sie sinnvoll nutzen können. Falls nötig, werden wir uns im vierten und letzten Abschnitt ansehen, ob Ihnen bestimmte zusätzliche Fertigkeiten im Umgang mit Problemen oder sozialen Situationen helfen können. Haben Sie Fragen dazu oder sind Sie damit einverstanden?«

Da im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie die Therapie nicht nur auf die Sitzungen beschränkt sein sollte, sondern viel von der aktiven Mitarbeit der Patienten zwischen den Sitzungen abhängt, ist es notwendig, dieses Thema so früh wie möglich anzusprechen.

Therapeut: »Ein weiterer Punkt ist wichtig zu besprechen. Wie Sie wissen, haben wir 50 bis 60 Minuten in jeder Therapiesitzung zur Verfügung. Wir werden gemeinsam versuchen, die Zeit so effektiv wie möglich zu nutzen. Aber wenn Sie zwischen den Sitzungen an bestimmten gemeinsam besprochenen Themen arbeiten oder Übungen im Alltag umsetzen, kann dies erheblich zu Ihrem Fortschritt in der Therapie beitragen.

Sehr wahrscheinlich werden wir auch an Verhaltens- und Denkmustern arbeiten, die sich im Verlauf unseres Lebens entwickelt haben und für deren Veränderung 50–60 Minuten pro Sitzung nicht viel sind. Deswegen ist es wichtig, dass wir die Zeit zwischen den Sitzungen entsprechend nutzen. Wenn Sie das in den Sitzungen Erarbeitete durch Ihre Mit- und Weiterarbeit zu Hause fortsetzen, können wir anhand Ihrer neuen Erfahrungen dort in der nächsten Sitzung wieder einsteigen und weiterarbeiten. Aus diesem Grund würde ich mit Ihnen jeweils sogenannte Hausaufgaben oder Übungen vereinbaren, die Sie in der Zeit zwischen den Therapiesitzungen machen können.«

Festlegen von Regeln für die gemeinsame Zusammenarbeit

Bei suizidalen Patienten wird oft ein entsprechender Vertrag zwischen Patient und Therapeut geschlossen. Um die Mitarbeit und das Engagement der Patienten zu stärken und klare Absprachen zu ermöglichen, halten wir es für sinnvoll, Regeln der Zusammenarbeit festzulegen, die von allen Beteiligten unterzeichnet werden und von der jeder eine Kopie erhält (Arbeitsblatt 1). Vier Absprachen sind vorgegeben und können nach Bedarf ergänzt werden:

- (1) Vertrauensregel: Keine Weitergabe von vertraulichen Informationen an Dritte (mit Ausnahme derjenigen, gegenüber denen der Therapeut von der Schweigepflicht entbunden wurde).
- (2) Störungen haben Vorrang: Falls der Patient emotional durch bestimmte Dinge sehr aufgewühlt wird (z. B. sich missverstanden fühlt), aktuell dominierende Probleme hat oder sich während der Sitzung überfordert fühlt, soll er dies unbedingt berichten.
- (3) Anwesenheit ist sehr wichtig: Falls ein Termin nicht wahrgenommen werden kann, muss spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden.
- (4) Bezugsperson nennen: Falls der Klient ohne Entschuldigung fehlt, sich nicht meldet und telefonisch nicht erreicht werden kann, darf der Therapeut sich an eine genannte Bezugsperson wenden. (Obwohl wir ursprünglich erwarteten, dass wir auf diese Vereinbarung im Rahmen neu auftretender manifomer Zustände zurückgreifen müssten, war dies selten der Fall. Dennoch halten wir es für sinnvoll, diesen Aspekt weiterhin als Teil der Vereinbarungen beizubehalten.)

Auch von Seiten der Patienten kann der Wunsch nach bestimmten zusätzlichen Vereinbarungen bestehen, die entsprechend aufgenommen werden sollten. Oft kann sinnvoll sein, von Patienten Rückmeldung einzuholen, warum Sie denken, dass solche Vereinbarungen von Bedeutung sein könnten. Der Hintergrund hierfür ist zu klären, ob das Gegenüber die Relevanz solcher Vereinbarungen sieht. Beispiele für weitere Vereinbarungen sind:

- ▶ Ich werde meine Medikamente, die ich vom Arzt verschrieben bekommen habe, regelmäßig einnehmen. Ich weiß, dass dies ein wesentlicher Teil der Behandlung ist.
- ▶ Ich werde gegenüber meinem Therapeuten offen sein bei Beschwerden, Problemen und anderen auftretenden Schwierigkeiten.
- ▶ Ich habe das Recht und es wird von mir erwartet, dass ich, wenn mir etwas unklar ist, ich Fragen oder Bedenken habe, diese anspreche.

Stimmungstagebuch (STB)

Das STB (Arbeitsblatt 2 und Beispiel für ein individualisiertes STB: Abb. 12.2) stellt einen besonders wichtigen Aspekt der Behandlung dar, da es je nach Konzeption mehrere Funktionen erfüllt:

- (1) Es ermöglicht den Patienten, kurz- und mittelfristig zu lernen, sich selbst, ihre tägliche Stimmung, ihren täglichen Rhythmus systematisch zu beobachten sowie die im Wochenrückblick aufgetretenen affektiven Symptome zu dokumentieren;
- (2) langfristig kann dies zentral im Selbstmanagement der Störung werden,
- (3) es kann Zeit sparen, da es dem Therapeuten erlaubt, sich gemeinsam mit dem Patienten zu Beginn der Sitzung schnell einen Überblick über den aktuellen Zustand sowie den Verlauf der letzten Woche zu verschaffen.

Aus Berichten unserer Patienten über frühere Episoden und Rückschläge zeigt sich, dass vor allem beginnende Manien bzw. Hypomanien mit Symptomen wie z. B. gesteigerte Energie, vermehrte Aktivitäten und Ideen selbst von Fachleuten oft nicht rechtzeitig erkannt wurden. Dies lag meistens daran, dass (1) die Symptome nicht

systematisch abgefragt, sondern eher allgemeine Fragen zum Befinden gestellt wurden, und (2) hypomane Symptome von Patienten subjektiv oft verständlicherweise nicht als problematisch wahrgenommen und somit nicht spontan berichtet wurden. Das STB wird und kann in verschiedenen Kontexten der Therapie immer wieder von Relevanz sein. Als Beispiele seien folgende angeführt:

- ▶ Das Erlernen, zwischen täglichen Stimmungsschwankungen und Symptomen affektiver Episoden zu differenzieren
- ▶ Das Aufzeigen von Zusammenhängen zwischen Aspekten des Alltags bzw. täglichem Rhythmus (z. B. Schlafenszeiten, Arbeit) und Veränderungen in der Stimmung
- ▶ Das Identifizieren von Umständen, die mit der regelmäßigen Einnahme von Medikamenten interferieren
- ▶ Das Hinterfragen und die Realitätsüberprüfung dysfunktionaler Überzeugungen (z. B. »Ich war die ganze Woche immer niedergeschlagen« im Abgleich mit den täglichen Beurteilungen).

Entscheidend für die Bereitschaft und Zuverlässigkeit beim Ausfüllen des STB sind unserer Erfahrung nach folgende Punkte:

- ▶ Man sollte sich hinreichend Zeit nehmen, mit den Patienten ausführlich zu besprechen und zu erarbeiten, warum das Ausfüllen des STB so wichtig ist. Es kann z. B. hilfreich sein, als »Teufel« die Rolle des »Teufels Advokat« einzunehmen und das Gegenüber zu bitten, einem zu erklären, ob und warum es Sinn machen könnte, ein solches STB regelmäßig zu führen.
- ▶ Gehen Sie das STB Punkt für Punkt mit den Patienten durch und besprechen Sie, wie man es am besten ausfüllt. Wird beispielsweise der im Manual enthaltene Vordruck benutzt, ist es wichtig, klar zu machen, dass idealerweise für jeden Tag zwei Blätter auszufüllen sind (Arbeitsblatt 2):

(1) *Stimmung*: Täglich wird die Stimmung anhand einer Skala von 0–100 eingeschätzt (inkl. einer Gesamteinschätzung depressiv versus manisch). Wichtig: Jeder Patient muss hier für sich erst lernen, wie ein normaler, durchschnittlicher Tag aussieht und was somit als Abweichungen in der Stimmung bewertet werden kann. Machen Sie deutlich, dass ein Wert von 100 hier nicht mit »manisch« gleichzusetzen ist. Betroffene müssen verstehen oder lernen, dass jeder sich einen Tag lang »voller Energie« oder »reizbar« fühlen kann und es hier ausschließlich um die Beurteilung des aktuellen Tages geht. Es kann sinnvoll sein, mit den Patienten jedes Item für den aktuellen Tag oder die letzten 24 Stunden exemplarisch durchzugehen.

(2) *Täglicher Rhythmus*: Da wir wissen, wie wichtig der Schlaf-Wach-Rhythmus sowie die Regelmäßigkeit des Alltags für bipolare Störungen sind, denken wir, dass es hilfreich sein kann, z. B. die Zeit des Zubettgehens, Einschlafens, Mittagessens etc. zu dokumentieren. Die »Soziale Rhythmus-Skala« wird immer im Hinblick auf die letzten 24 Stunden ausgefüllt, d. h., wenn ein Patient montagabends diese Eintragungen vornimmt, beziehen sich die Fragen zum Einschlafen und Aufstehen auf die vergangene Nacht von Sonntag auf Montag. Dies hat mehrere Gründe: Erstens erleichtert es das Ausfüllen, weil man abends rückblickend das STB

ausfüllen kann und nicht am nächsten Tag die Schlafenszeiten nachtragen muss, und zweitens sieht man direkter mögliche Zusammenhänge zwischen Schlaf, Arbeit, regelmäßigen Aktivitäten und der Stimmung am Tag darauf. Hierzu gehört auch die Dokumentation der Medikamenteneinnahme – und dies ggf. getrennt für morgens, mittags und abends.

- ▶ Vielen Patienten bereitet es am Anfang Schwierigkeiten, sich an die Uhrzeiten zu erinnern. Es ist nicht Zweck der Sache, bei allen Tätigkeiten zwanghaft auf die Uhr zu sehen. Man kann den Betroffenen versichern, dass man nach einiger Zeit und mit etwas Übung die Uhrzeiten relativ gut einschätzen kann.
- ▶ Es ist sehr hilfreich, mit den Patienten zu besprechen, wann und wo sie das STB am besten aufbewahren bzw. ausfüllen. Je besser es in den allgemeinen Tagesablauf eingeplant wird, desto wahrscheinlicher wird es sein, dass sie das STB regelmäßig führen.
- ▶ Wenn die Eintragung abends vergessen wurde, ist es möglich, dies am nächsten Morgen nachzutragen, aber die Patienten werden die Erfahrung machen, dass das Erinnern deutlich schwerer fällt.
- ▶ Als Regel gilt ferner, dass es besser ist, Tage unausgefüllt zu lassen als aus falschem Scham- oder Pflichtgefühl Informationen nachzutragen – im Extremfall für die gesamte Woche. Dies verfälscht das Bild und kann dazu führen, dass Wichtiges von beiden Seiten übersehen oder nicht rechtzeitig registriert wird.
- ▶ Zusätzlich zu den täglich auszufüllenden Stimmungsbeurteilungen und Ankern des sozialen Rhythmus ist es ratsam, auch als Wochenrückblick depressive und manische Symptome im Hinblick auf die Häufigkeit des Auftretens beurteilen zu lassen. Wir setzen zu diesem Zweck wöchentlich die um manische Symptome erweiterte Allgemeine Depressionsskala ein (ADS, Hautzinger et al., 2012); ADMS, Meyer & Hautzinger, 2001, vgl. Kap. 4).

Das Besprechen des STB wird bei seiner Einführung einige Zeit in Anspruch nehmen, wobei es am besten ist, mit den Patienten gemeinsam die Felder so weit auszufüllen, wie dies bereits an diesem Tag möglich ist.

Es bedeutet etwas mehr Arbeit für Therapeuten und Patienten, aber unsere Erfahrung zeigt, dass ein individuell gestaltetes STB die Akzeptanz und Motivation deutlich erhöhen kann, das STB regelmäßig auszufüllen. Dies erlaubt, die Betroffenen stärker in den Prozess einzubinden, ihre individuellen Vorerfahrungen und Ziele zu berücksichtigen, z. B. wenn im Vordergrund akut depressive Symptome stehen und der Vordruck (Arbeitsblatt 2) eventuell auch als Überforderung erlebt wird (s. Kap. 9). Beispielsweise identifizierten wir gemeinsam mit einem Patienten, welche Verhaltensweisen am besten indizieren, dass seine Stimmung aus dem Lot in Richtung Manie oder Depression gerät und kreierte sein individuelles STB (vgl. Abb. 12.2) plus einiger Items aus der Sozialen Rhythmus-Skala). Es handelte sich um zwei Items der ADS, zwei der Hypomanie-Checkliste und ein Item aus der Skala zur Erfassung dysfunktionaler Einstellungen (DAS, Hautzinger et al., 2006). Diese Items erwiesen sich tatsächlich im Verlauf der Behandlung als hoch sensitiv für Veränderungen und erlaubten ein sehr schnelles therapeutisches Eingreifen.

Heutiges Datum: ____ / ____ / ____

Mein täglicher Rhythmus	Ja oder Nein?		Wann? Ungefähre Zeitangabe	Anmerkungen?
	Ja	Nein		
Zu Bett gegangen				
Aufgestanden				
Habe ich gefrühstückt?				
Rechtzeitig zur Arbeit gegangen?				
Alkohol getrunken?				
War ich joggen/beim Sport?				

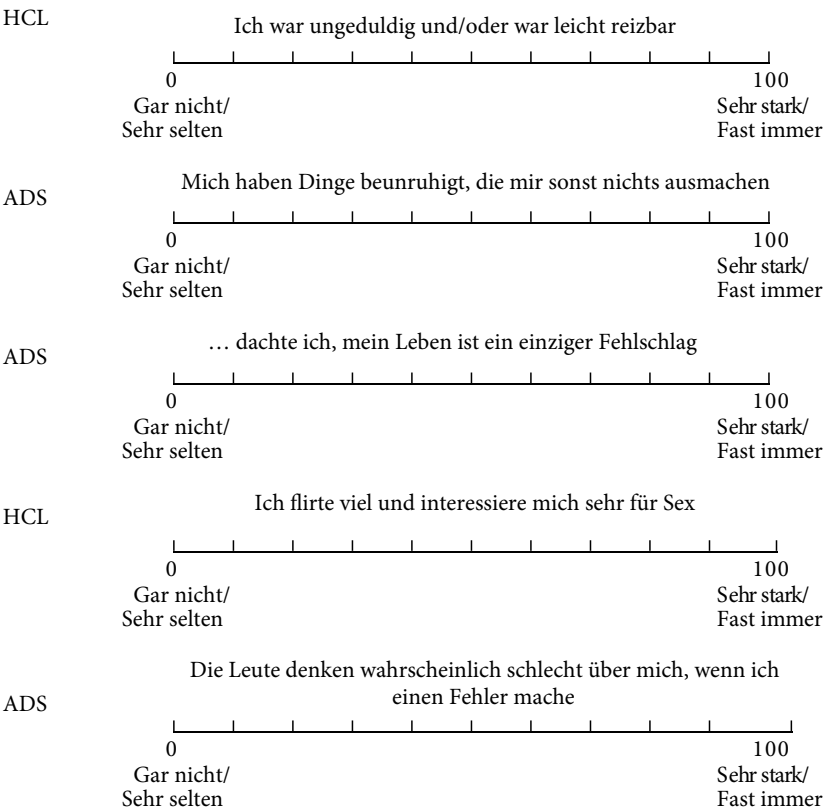


Abbildung 12.2 Individualisiertes STB (Beispiel)

Hausaufgaben und Übungen

Allgemein gilt: Zu Beginn der Behandlung sollte mit den Patienten besprochen werden, wie sie mit den Materialien, seien es Arbeitsblätter oder Hausaufgabennotizen, umgehen können und wollen, z. B. wie und wo man sie abheften könnte, um sie immer für die Sitzungen parat zu haben. Ideal wäre es, einen Ordner oder eine Mappe zur Verfügung zu stellen.

In der ersten Sitzung ist die gemeinsame Planung und Festlegung der Termine von Bedeutung. Unsere Erfahrung zeigt, dass ein regelmäßiger Termin (mit festem Wochentag und Zeit) von Vorteil ist und aus therapeutischer Sicht sinnvoll, da er im Sinne des Therapiemodells auch bereits einen Beitrag zur Strukturierung des Alltags leistet.

Als Hausaufgaben bzw. Übungen im engeren Sinn gelten einerseits das bereits besprochene STB sowie andererseits das Lesen einiger Informationen als Vorbereitung auf die nächste Sitzung. Hierfür eignen sich unsere »Informationen für Patienten und Angehörige« (s. online), die speziell für diese Zielgruppen entwickelt wurden. Es ist ratsam, mit dem Patienten zu besprechen, welche Seiten im Hinblick auf den Inhalt der nächsten Sitzung sinnvollerweise auf jeden Fall gelesen werden sollten und ob dies vorstellbar ist. Außerdem kann das Arbeitsblatt 3 mitgegeben werden, um Fragen, die den Patienten persönlich besonders interessieren, zu notieren. Als Therapeut hat man dann die Möglichkeit, sich auf Anliegen des Patienten speziell vorzubereiten (z. B. sich über die Nebenwirkungen eines bestimmten Medikaments informieren).

Sitzung 2–4

Ziel. Gemeinsame Erarbeitung von Basiswissen zur bipolaren Störung (Ursachen und Verlauf erklären, Missverständnisse abbauen); Informationsvermittlung mit Schwerpunkt Medikation; Fördern des Problembewusstseins durch die Beschäftigung und Konfrontation mit der eigenen Störung; Vermittlung des grundlegenden Therapiemodells (Vulnerabilitäts-Stress-Modell; s. Abb. 5.2) unter Einarbeitung der vom Patienten berichteten Geschichte und Erfahrungen.

Benötigtes Material. Folie 2. Arbeitsblätter 2, 4, 5. »Informationen für Patienten und Angehörige« (s. online).

Blitzlicht

Am Anfang jeder Sitzung sollte ein (kurzes) Blitzlicht stehen. Dies umfasst zum einen eine kurze Rekapitulation dessen, was in der letzten Sitzung gemacht und besprochen wurde (z. B. Nachträge zu den gemeinsam festgelegten Regeln) sowie das Durchgehen der Stimmungstagebücher und Besprechung aufgetretener Fragen oder Probleme. Außerdem sollte gemeinsam eine Agenda mit entsprechender Zeitplanung für die aktuelle Sitzung festgelegt werden (ca. 15 Min.).

Psychoedukation

Hier geht es um Informationen, die der Patient aufgrund von bereits gelesener Literatur oder durch die »Informationen für Patienten und Angehörige« hat. Es gilt, diese in Abhängigkeit vom Vorwissen systematisch zu ergänzen und den Bezug zur individuellen Biographie herzustellen. Als Therapeut können Sie diese Informationen als Leitlinie für das weitere Vorgehen einsetzen (s. mögliche Einleitung im Kasten).

Therapeut. »Viele Patienten wissen nicht, wie sie mit der Diagnose ›Bipolare Störung‹ umgehen sollen und fühlen sich oft allein gelassen. Es ist normal, dass Ängste und Fragen auftauchen, wie z. B. ›Bin ich verrückt?‹, ›Welche Konsequenzen hat die Erkrankung für meine Kinder?‹ oder ›Muss ich mein Leben lang Medikamente nehmen?‹ Ich hatte Ihnen das letzte Mal einige Informationen zum Lesen sowie ein Blatt mitgegeben, um vorhandene oder eventuell auftretende Fragen aufschreiben zu können. Ich würde jetzt gern auf diese Dinge zu sprechen kommen.«

Falls konkrete Fragen seitens des Patienten bestehen, sollte zuerst auf diese eingegangen werden. Entscheidend ist dabei, solche Informationen – wie in Teil I »Störungsbild« dargestellt – verständlich und klar zu vermitteln (z. B. Vermeidung von Fremdwörtern bzw. Erklärung entsprechender Fachbegriffe). Oft beziehen sich die Fragen weniger auf eigentliche Wissensaspekte, sondern auf die für die betreffende Person subjektiv wichtigen Themen wie z. B. das Für und Wider von Medikamenten oder Konsequenzen für Partnerschaft und Kinder.

Als Beispiel sei die Frage einer Patientin angeführt (s. Kasten).

Patientin: »Bin ich geisteskrank und unzurechnungsfähig?«
Therapeut: »Ich kann verstehen, warum Sie sich diese Frage stellen. Das tun viele, die mit der Diagnose konfrontiert werden« [= *Normalisierung der Erfahrung*]. Vielleicht sollten wir uns mal ansehen, woran Sie festmachen würden, dass Sie ›geisteskrank und unzurechnungsfähig‹ sind.«
Patientin: »Man weiß nicht mehr, was man tut. Man hat keine Kontrolle mehr darüber, was man tut. Man verhält sich offensichtlich abnormal und auffällig ...«
Therapeut: »Okay, dann lassen Sie uns mal ansehen, inwieweit diese Kriterien auf Sie zutreffen. Wie sieht es damit aus, dass Sie nicht mehr wissen, was Sie tun?«
[= *Realitätsüberprüfung*]
Patientin: »Wenn ich richtig manisch bin, dann ... Naja, ich weiß auch dann, was ich tue, aber schätze es nicht als so schlimm ein.«
Therapeut: »Und wie steht es damit aktuell, wenn Sie nicht manisch sind?«
Patientin: [*lacht*] »Ich hoffe doch, dass ich weiß, was ich tue.«
[*Gemeinsam wurden alle Kriterien durchgegangen*]
Therapeut: »Wenn Sie sich vor Augen halten, was wir gerade besprochen haben, wie wahrscheinlich ist es dann, dass Sie verrückt, geisteskrank oder unzurechnungsfähig sind?«

- Patientin: »Nicht sehr wahrscheinlich – zumindest nicht, wenn es mir so geht wie jetzt. Und in der Manie, naja, da bin ich schon etwas verrückt, aber nicht unbedingt unzurechnungsfähig.«
- Therapeut: »Ich denke, es ist prima, dass Sie sehen können, dass es Phasen wie in einer Manie gibt, in denen Sie Verhaltensweisen an den Tag legen können, die eventuell aus dem Rahmen sind, aber dass dies kein Grund dafür ist, sich selbst generell für geisteskrank oder unzurechnungsfähig zu halten. Vielleicht versuchen Sie sogar, nicht mehr zu sagen ›ich bin bipolar‹, sondern ›ich habe eine bipolare Störung‹, denn die bipolare Störung bezieht sich nur auf die Depressionen und Manien und nicht auf Sie als Person?« [= *Distanzierung*]

In der Psychotherapie geht es auch darum, einem Trend entgegenzuwirken, der sich immer wieder in der Literatur findet. Dort wird oft betont, wie schwerwiegend und ernsthaft die bipolare Störung sei und dass etwa ein Drittel der Betroffenen eine schlechte Prognose habe. Häufig wird nicht zugleich erwähnt, dass es durchaus einen nicht zu unterschätzenden Anteil an Patienten gibt, die zwischen den Phasen zu ihrem früheren Funktionsniveau zurückkehren, in den Intervallen weitgehend symptomfrei sind und eine günstige Prognose aufweisen. Es ist für die Zuversicht, mithilfe der Therapeuten ein angemessenes Selbstmanagement der eigenen Störung aufbauen zu können, essenziell, immer wieder auch solche eher positiven Nachrichten sowie die Stärken und Ressourcen des Patienten zu betonen.

Zu Fragen ermutigen. Wenn keine Fragen gestellt werden, sollten die Therapeuten entsprechende Themen ansprechen: Was von dem Gelesenen war für Sie neu? Was hat Sie am meisten beschäftigt? – Je nachdem, welche Informationen zuvor bearbeitet wurden, sind auch spezifischere Fragen möglich: Wenn Sie sich selbst die Diagnose geben müssten, wäre es dann Bipolar I oder II? Die Nebenwirkungen der Medikamente sind ja in der Information beschrieben; haben Sie bei sich solche Nebenwirkungen von [Medikamenten] bemerkt? – Dieses Vorgehen erlaubt auch zu beurteilen, ob die entsprechenden Informationen wirklich verstanden wurden.

Informationsstand hinterfragen. In Einzelfällen kann es passieren, dass Patienten angeben, bereits viel gelesen zu haben und alle nötigen Informationen zu kennen. In vielen Fällen sind die Betroffenen tatsächlich die wahren Experten, nicht nur im Hinblick auf die subjektiven Erfahrungen. Es ist dennoch wichtig, dass Patienten und Therapeuten sich darüber austauschen, um a) für alle Beteiligten sicherzustellen, dass man von den gleichen Informationen ausgeht, und b) um Missverständnisse besprechen sowie ihnen vorbeugen zu können. Fragen Sie auch nach, woher die Informationen stammen. An dieser Stelle sei angemerkt, dass speziell das Medium Internet nützlich sein, doch auch Schaden anrichten kann. Es ist nicht selten der Fall, dass Patienten in maniformen Zuständen sich aufgrund ihres Befindens darin bestärkt fühlen, Texte ins Internet zu stellen, die z. B. dafür plädieren, dass eine medikamentöse Behandlung unnötig sei, oder die Manien als spezielle von Gott gegebene Gaben darstellen, die von Fachleuten verteufelt würden. Derartige Informationen müssen aufgegriffen und besprochen werden. Bei der Psychoedukation gelten generell folgende Regeln:

- ▶ Gemeinsames Erarbeiten der entsprechenden Informationen (z. B. mithilfe von Materialien)
- ▶ Anknüpfung an das Wissen und die Erfahrungen der Patienten und Ergänzung in Abhängigkeit vom Vorwissen
- ▶ Nicht zu viele Informationen auf einmal, und keine Angst vor Redundanzen bzw. Wiederholungen.
- ▶ Vermeidung eines belehrenden, vortragsähnlichen Stils.

Symptome der Depression und der Manie: der Kriterien-Fragebogen

Ein zentrales und wiederkehrendes Thema im Rahmen der Behandlung der bipolaren Störung ist die Unterscheidung zwischen Symptomen einer klinisch relevanten Depression bzw. (Hypo-) Manie und alltäglichen Stimmungsschwankungen. Hilfreich sind hier der Einsatz der Arbeitsblätter 4 (Depression) und 5 (Hypo-/Manie). Anhand dieser Materialien können die Kriterien einer depressiven und (hypo-) manischen Episode nach DSM bearbeitet werden. Am besten liest man den Patienten die entsprechenden Kriterien vor und prüft gemeinsam, ob sie das jeweilige Symptom aus einer Krankheitsperiode kennen. Für jedes erfüllte Kriterium kreuzt man dann »Ja« an und zählt später wie in einem Fragebogen jedes »Ja« als einen Punkt.

Es ist nicht ungewöhnlich, dass Patienten den Aussagen nicht eindeutig zustimmen oder sich nicht sicher sind, ob das Kriterium auf sie selbst zutrifft. In solchen Fällen ist es ratsam, mit dem Patienten zu klären, ob man dann zwischen »Ja« und »Nein« ankreuzen sollte. Dies erlaubt einem später, dies als »halbe Punkte« bei der Aufsummierung zu zählen. Oft weiß man aus Vorgesprächen oder Informationen von Dritten (z. B. Arztbriefen), wie ein Symptom zu beurteilen ist. Durch das Nennen von Beispielen, die für das Erfüllen des Kriteriums sprechen könnten, wird eine eindeutige Zuordnung möglich.

Nach dem Addieren der ganzen und halben Punkte wird der Summenwert in (fast) allen Fällen über dem Cut-off für eine Manie bzw. Hypomanie (mit mind. drei Symptomen) oder Depression (mit mindestens fünf Symptomen) liegen. Sofern der Summenwert darunter liegt, ist zu beachten, dass man z. B. bereits ab zwei erfüllten Kriterien bei Depressionen von einer leichten Depression (sog. unterschwelligen Depression oder »minoren Depression« nach DSM) sprechen kann.

Diese direkte Konfrontation kann für die Betroffenen manchmal schmerzhaft sein, vor allem wenn die Diagnose »bipolar« von ihnen noch angezweifelt oder in Frage gestellt wird. Um dies zu klären und ggf. zum Gegenstand der Sitzung machen zu können, ist es gut, dies mit den Patienten direkt anzusprechen.

Therapeut: »Damit Ärzte und Psychologen im klinischen Sinn von einer Manie sprechen, müssen drei Kriterien erfüllt sein. Sie erfüllen hier, wenn wir das aufsummieren, X [z. B. 4,5 Punkte]. Was bedeutet das für Sie?«

Vermittlung des Therapiemodells

In der Literatur finden sich verschiedene sog. Vulnerabilitäts-Stress-Modelle zum Verständnis bipolarer Störungen. Manche sehen die Ursache in einer fundamentalen Störung der Verhaltensaktivierung bzw. einer Dysregulation der Aktivierung. Andere sprechen allgemeiner von einer Instabilität biologischer Rhythmen, die Symptomen wie z. B. den Antriebsstörungen zugrunde liegen. In Kapitel 5 wurde ein darauf aufbauendes Modell vorgestellt, das in leicht veränderter und auf Aspekte der Therapie abgestimmter Form auf Folie 2 abgebildet ist (s. Anhang). Ein auf solche Vorstellungen aufbauendes, entsprechend vereinfachtes Therapiemodell zur Genese und zum Verlauf bipolarer Störungen liefert auch das Rational für die Nützlichkeit einer begleitenden Psychotherapie.

Grundgedanke. Den Patienten soll verständlich gemacht werden, dass jeder bipolaren Störung eine (mit großer Wahrscheinlichkeit) genetisch bedingte Vulnerabilität zugrunde liegt, die in einer leicht störbaren zentralnervösen Regulation bzw. Instabilität biologischer Rhythmen besteht. Diese führt in Wechselwirkung mit anderen Faktoren (wie z. B. subjektiv als Belastung wahrgenommene Ereignisse, interpersonelle Konflikte) zum Auftreten von ersten (prodromalen) Symptomen (wie z. B. dem Erleben von vermehrter Energie, Veränderungen im Schlafbedürfnis, erhöhter Gesprächigkeit), die ohne entsprechende Interventionen in klinisch voll ausgeprägte affektive Krankheitsepisoden münden können. Ähnlich wie bei unipolaren Depressionen beeinflussen sich auch hier kognitive (Gedanken), affektive (Gefühle) und behaviorale (Verhalten) Prozesse wechselseitig, wie auch das unten angeführte Gesprächsbeispiel zeigt.

Therapierational. Dieses (vereinfachte) Modell erlaubt, den Bezug zu konkreten Therapieinhalten herzustellen, und soll Patienten helfen, schneller den Bezug zu Beispielen aus der eigenen Geschichte zu finden. So erleichtert beispielsweise die Differenzierung zwischen »Stress/Lebensereignisse« auf einer Ebene und »Erleben von Stress« sowie »Umgang mit Schwierigkeiten« auf einer anderen Ebene in Übereinstimmung mit transaktionalen Stressmodellen die Einführung verschiedener Konzepte:

- (1) objektive (von außen beobachtbare) Belastungen einerseits,
- (2) subjektive Bewertung von Ereignissen als Belastungen andererseits sowie
- (3) die Berücksichtigung von möglichen Bewältigungsfertigkeiten.

Manche Patienten trinken gelegentlich übermäßig Alkohol, rauchen Haschisch oder trinken viel Kaffee. Der häufig zu beobachtende Substanzkonsum oder gar Missbrauch kann als Aspekt von Lebensgewohnheiten im Rahmen der Rückfallprophylaxe aufgegriffen werden. Es ist aber wichtig, nicht pauschal den Konsum zu bewerten, sondern im Rahmen eines gemeinsamen Störungsverständnisses herauszufinden, warum die Betroffenen bestimmte Substanzen konsumieren bzw. die Funktionalität zu bestimmen (Meyer et al., 2011) und daraus abzuleiten, ob der Konsum als ein potenzielles Problem aufgefasst und bearbeitet werden sollte. Die im Modell angedeuteten vielfältigen Wechselwirkungen und Rückkopplungen (Folie 2) können anhand der Erfahrungen der jeweiligen Patienten veranschaulicht oder mittels allgemeiner Beispiele demonstriert werden. Das folgende Gesprächsbeispiel verdeutlicht, wie durch ent-

sprechende Fragen der Patientin aufgezeigt wurde, wie ihre Gedanken, Gefühle und ihr Verhalten sich wechselseitig beeinflussten und wie dies auch entsprechende Reaktionen ihrer Umwelt hervorrief. So konnten ihr anhand des Modells die Zusammenhänge anschaulich gemacht werden.

Gesprächsbeispiel. Eine Patientin, die an einer Bipolar-I-Störung mit psychotischen Merkmalen (in der Manie) litt, berichtete, dass sie zu Beginn manischer Phasen häufig den folgenden Gedanken hatte: »Die Anderen wollen verhindern, dass ich meine Fähigkeiten umsetzen kann und erfolgreich bin.« Es mischten sich also bereits zu Beginn manische und paranoide Elemente. Folgende therapeutische Situation ergab sich hier bei der Vermittlung des Modells:

Therapeut: »Ich kann mir vorstellen, ein solcher Gedanke, dass andere verhindern wollen, dass Sie Ihre Fähigkeiten umsetzen können und erfolgreich sind, wird auch Ihr Verhalten und Ihre Gefühle beeinflussen [Pause]?!«

Patientin: »Ja, ich bin dann wütend und lauere im Grunde genommen darauf, dass jemand versucht, mich bei meinen Plänen auszubremsen, und reagiere dann auch entsprechend gereizt.«

Therapeut: »Wenn wir uns das Modell ansehen, dann führt dieser Gedanke also auf der Gefühlsseite zu Wut und auf der Verhaltensseite zu gereizt-aggressivem Verhalten. Wie reagieren die anderen darauf?«

Patientin: »Je nachdem, wer es ist. Mein Partner sagt dann sofort ›Du wirst schon wieder manisch‹, worauf ich noch wütender werde. Andere reagieren mit Unverständnis und ziehen sich zum Teil zurück, wodurch ich auch schon Freundinnen verloren habe. Wenn ich mich aber so fühle, bestärken mich die Reaktionen der anderen nur in der Richtigkeit meiner Vorstellung, dass die mich daran hindern wollen, dass ich meine Fähigkeiten umsetzen kann und erfolgreich bin, weil sie neidisch sind. Ich spiele dann auch häufig mit dem Gedanken, dass mir eventuell auch das Lithium nur aus diesem Grund verschrieben wird und ich es absetzen sollte.«

Therapeut: »Wenn wir uns noch einmal das Modell anschauen, dann lässt sich dies gut übertragen. Erstens kommt es hier zu einem Teufelskreis, in dem Ihr Verhalten, Ihr Gefühl und Ihre Vorstellungen sich wechselseitig verstärken. Gleichzeitig führt Ihr aggressives Verhalten, das in diesem Moment ja auch Ihren Umgang mit Schwierigkeiten kennzeichnet, bei anderen Personen ebenfalls zu entsprechenden Reaktionen. Ich kann mir z. B. vorstellen, dass Sie die Aussage Ihres Partners, sie seien wieder manisch, als belastend erleben, und somit das Gefühl, unter Stress zu stehen, sich erhöht und sich dies wiederum verstärkend auf die manische Symptomatik auswirkt. Und hier, auf der anderen Seite des Modells, lässt sich aufzeigen, wie dieser Gedanke in der Manie, dass andere sie nur behindern wollen, sich auch auf den Aspekt ›Medikamente‹ auswirkt.«



Das Verstehen des Therapiemodells sowie dessen Akzeptanz für die eigene Person ist von entscheidender Bedeutung für die Mitarbeit des Patienten an der weiteren Therapie und somit für dessen Bereitschaft, eigenverantwortlich an der Behandlung einer eigenen Problematik mitzuarbeiten.

Informationen über Medikation und Medikamente

Für viele Betroffene ist dieses Thema von großer Relevanz und gleichzeitig hoch ambivalent. Die Besprechung des Themas Medikation und Medikamente sollte unserer Erfahrung nach erst erfolgen, wenn die anderen Basisinformationen (z. B. Symptomatik und Vulnerabilitäts-Stress-Modell) vermittelt wurden. Therapeuten müssen sich dessen bewusst sein, wie wichtig es für die Patienten ist, hinreichend über die Medikamente, die sie einnehmen sollen, informiert zu sein. Nur ein entsprechender Kenntnisstand schafft im Einzelfall die Voraussetzungen und Motivation dafür, eine informierte Entscheidung für sich zu treffen und sich an die Anordnungen des Arztes zu halten. Auch für Psychotherapeuten, die Patienten mit bipolaren Störungen behandeln, ist es daher wichtig, über ein entsprechendes Wissen zu verfügen. Dies erlaubt eine Einschätzung, welche Probleme im Zusammenhang mit diesen Medikamenten zu erwarten sind. Außerdem ermöglicht es, existierende Bedenken von Seiten der Patienten klären zu können, Hilfestellungen zu geben, Nebenwirkungen als solche zu identifizieren und Symptomverschlechterungen rechtzeitig festzustellen. Zum Beispiel interpretierte eine Patientin ihr im Tagesverlauf fluktuierendes Händezittern als Anzeichen für Nervosität, wobei eine daraufhin erfolgte Revision und Umstellung ihrer Medikamente nahelegte, dass es sich um eine Interaktion der Medikamente und somit Nebenwirkung handelte. Die relativ problemlose Umstellung der Medikamente hatte dramatisch positive Effekte auf ihre Lebensqualität, da sie sich u. a. wieder sicher fühlte, mit anderen Essen gehen zu können.

Zusammenarbeit Arzt und Therapeut. Ermutigen Sie Patienten, Fragen, Sorgen oder Veränderungen im Zusammenhang mit den Medikamenten auch mit dem behandelnden Arzt zu besprechen. Eine aufeinander abgestimmte medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung ist in vielen Fällen günstig für die Prognose. Umso wichtiger ist deswegen eine entsprechende Kooperation zwischen Arzt und Psychotherapeut zum Wohl der Patienten.

Unsere Erfahrung zeigt, dass einige Patienten mit ihren Ärzten zunächst nicht über manche Themen und Befürchtungen im Zusammenhang mit Medikamenten sprechen. Entweder sind sie überfordert von der Situation (z. B. Ersterkrankung, akut symptomatisch), haben Ängste, die Expertise der Behandler in Frage zu stellen, oder sie ziehen es vor, mit dem aus ihrer Sicht neutraleren Psychotherapeuten darüber zu reden. Aus sozialpsychologischer Sicht ist es nicht verwunderlich, dass Patienten in manchen Fällen die Objektivität und Glaubwürdigkeit der Person, die nicht die Rezepte für die Medikamente ausstellt, für größer halten.

Im Hinblick auf stimmungsstabilisierende Medikamente und Antidepressiva sind folgende Aspekte wichtig (s. a. »Informationen für Patienten und Angehörige« online):

- ▶ Überblick über die Pharmakologie, Toxizität, Nebenwirkungen und positiven Effekte von Phasenprophylaktika und Antidepressiva,
- ▶ Wechselwirkungen von Drogen und Alkohol mit diesen Medikamenten,
- ▶ Korrektur von falschen Vorstellungen, z. B. vermeintliche Gefahr einer Abhängigkeit von Lithium,

- Identifikation von offenen Fragen,
- offenes Besprechen des Fürs und Widers von Medikamenten.

Es ist oft für Patienten schwer verständlich, dass typischerweise zunächst die Behandlung mit einem bestimmten Medikament begonnen wird, die Medikation dann aber nach einiger Zeit umgestellt oder verändert wird. Es ist dabei wichtig, mit den Patienten zu besprechen, dass man einerseits Erfahrungswerte mit Medikamenten hat, aber oft – wie bei anderen Krankheiten – die medikamentöse Therapie eine Art von Versuch-und-Irrtum darstellt, bis man herausfindet, welches Medikament bei dem betreffenden Patienten in welcher Dosierung – möglichst ohne Nebenwirkungen – am besten wirkt. Hierfür ist es auch essenziell, dass die Patienten aktiv mitarbeiten, denn durch genaue Beobachtung des eigenen Befindens, der Symptome und Beschwerden kann schneller die optimale Behandlungsstrategie identifiziert werden.

Behandlungsphasen. Die Patienten sollten wissen, dass die Behandlung in drei Phasen unterteilt werden kann – nach denen sich auch die ärztliche Strategie richtet:

- (1) Akutbehandlung: Zentrales Ziel ist hier, weitgehende Symptommfreiheit wieder herzustellen. Je nach Symptomatik und Schwere der Symptomatik kann es zwischen sechs Wochen und sechs Monaten dauern – manchmal v. a. bei depressiven Zuständen auch länger – wenn der Versuch mit dem zunächst naheliegenden Medikament nicht zum gewünschten Ergebnis führt. Ein Versuch, psychotherapeutisch einzugreifen, kann hier durchaus ebenfalls sehr erfolgversprechend sein, v. a. bei Depressionen (s. Kap. 9).
- (2) Stabilisierungsbehandlung: Für diese kann man sechs bis neun Monate veranschlagen, wobei es hier primär darum geht, den erreichten symptomfreien Zustand zu stabilisieren, um ein Wiederauftreten der Symptome der letzten Episode und somit einen Rückfall zu verhindern. Dies ist auch der Zeitraum, in dem meistens entsprechende rehabilitative oder psychotherapeutische Maßnahmen eingeleitet werden.
- (3) Prophylaxebehandlung bzw. Aufrechterhaltungsphase: Es geht um die Prävention neuer (hypo-) manischer oder depressiver Episoden. Diese Phase kann bei manchen Patienten mit einer bipolaren Erkrankung mehrere Jahre andauern, aber für manche mit häufigen Rezidiven bedeutet es eventuell die lebenslange Einnahme der Medikamente, ähnlich wie bei Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Das Problem ist natürlich, dass man die Medikamente täglich einnehmen muss, auch wenn es einem gut geht (keine Bedarfsmedikation, wie z. B. eine Aspirin-tablette bei Kopfschmerzen).

Optimaler Nutzen der Medikation ergibt sich aus folgenden Prinzipien der medikamentösen Therapie:

- Ziele sind, (1) die Symptome in den Griff zu bekommen und (2) die Symptommfreiheit aufrechtzuerhalten. Hierfür ist es oft notwendig, im Einzelfall das richtige Medikament in der richtigen Dosierung zu finden.
- Um eine bestmögliche Behandlung zu erreichen, ist es wichtig, dass die Patienten die Anweisungen des Arztes genau befolgen und zudem ihren Zustand – sowohl ihr

Befinden, ihre Symptome als auch das Auftreten von Nebenwirkungen – genau beobachten.

- ▶ Wenn Nebenwirkungen auftreten, sollten diese möglichst schnell dem Arzt mitgeteilt werden. Dies ist auch deswegen wichtig, damit man entsprechende Schritte schnell unternehmen kann – einer der häufigsten Gründe für das Absetzen der Medikamente ist das Auftreten von Nebenwirkungen.
- ▶ Die Einnahme anderer Medikamente, aber auch von Drogen oder Alkohol, kann die Wirkungsweise der Medikamente beeinflussen und insbesondere das Auftreten von Nebenwirkungen begünstigen. Deswegen den Arzt entsprechend offen informieren!
- ▶ Manchmal werden zusätzliche Medikamente eingesetzt, um eine schnellere Wirkung zu erreichen, z. B. Schlafmittel, Beruhigungsmittel oder Neuroleptika. Meistens werden diese aber nur akut verabreicht, und nur selten besteht die Notwendigkeit, diese ebenfalls dauerhaft einzunehmen.

Hausaufgaben und Übungen

Als Hausaufgaben stehen bei den Sitzungen des Moduls I vor allem das bereits erwähnte Stimmungstagebuch (STB) entweder in Form einer publizierten Vorlage (Arbeitsblatt 2) oder individualisiert sowie die Psychoedukation zu bipolar affektiven Störungen (»Informationen für Patienten und Angehörige«, Kriterienlisten der Arbeitsblätter 4 und 5) im Mittelpunkt. Patienten sollen ermutigt werden, bestimmte Teile der Informationen zu lesen und das STB gewissenhaft auszufüllen. Es ist ggf. sinnvoll, mit dem Patienten zu klären, welche Seiten der Informationen im Hinblick auf den Inhalt der nächsten Sitzung sinnvollerweise auf jeden Fall gelesen werden sollten und ob das jeweils realisierbar ist.