

FACETTEN

Das Magazin des ZfP Südwürttemberg



Zwischen zwei Extremen

Bipolare Störung

Ständige Achterbahnfahrt
Leben mit Bipolarer Störung

Gute Diagnostik braucht Zeit
Prof. Dr. Peter Brieger
im Gespräch

Psychoedukation
Wissen macht kompetent

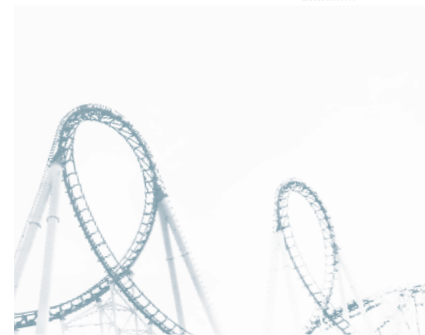


And the Oscar goes to ... Facetten!

Grund zur Freude: Die Facetten haben es ein zweites Mal geschafft! Das Magazin des ZfP Südwürttemberg wurde mit dem Klinik Award 2017 ausgezeichnet. In Fachkreisen gilt die Auszeichnung als Oscar des Gesundheitswesens, prämiert werden vorbildliche Leistungen im deutschen, österreichischen und schweizerischen Klinikmarketing. Besonders angetan war die Jury vom Konzept der Schwerpunktthemen und der professionellen Umsetzung.

Zwischen zwei Extremen

- 4 _ Wie fühlen sich Manie und Depression an?
- 6 _ Ständige Achterbahnfahrt
- 12 _ Zahlen, Daten, Fakten.
- 13 _ Geschichte der Bipolaren Störung
- 14 _ Kleine Schritte sind ein großer Erfolg
- 16 _ Gute Diagnostik braucht Zeit
- 18 _ Von der Schwierigkeit, die Mitte zu finden
- 20 _ Zwischen Euphorie und Todeswunsch
- 23 _ Mit sich selbst auseinandersetzen und Zwischentöne erkennen
- 26 _ Wissen macht kompetent
- 28 _ Ich doch nicht
- 31 _ Genie und Wahnsinn?
- 34 _ Literatur- und Filmempfehlungen
- 36 _ Bipolar = kreativ?
- 37 _ Angehörige: Gemeinsam in einem Boot
- 40 _ Von den Erfahrungen anderer lernen
- 42 _ Information, Beratung, Kontakt
- 43 _ Gewinnspiel, Impressum



6_Ständige Achterbahnfahrt
Patienten mit Bipolarer Störung pendeln stetig zwischen den Extremen Manie und Depression.



16_Gute Diagnostik braucht Zeit

Prof. Dr. Peter Brieger über die zeitungsfassende Diagnostik bei Bipolarer Störung.

26_Wissen macht kompetent

In der Psychoedukation lernen bipolare Patienten ihre Krankheit zu akzeptieren und damit umzugehen.



– Auftakt

himmelhochjauchzend

zu Tode betrübt

voller Tatendrang

Schuldenberg

Kreativität

Schlafstörung

euphorisch

Hochs und Tiefs

Realitätsverlust

Kontrollverlust

Schuldgefühl

Stimmungsschwankung

schwarzes Loch

*„Himmelhoch jauchzend,
Zum Tode betrübt“*

Wohl keine andere Redewendung beschreibt die Gefühlslage bipolarer Patientinnen und Patienten treffender, als die aus der Feder Goethes stammenden zwei Zeilen einer Tragödie.

Sie fallen tief, erleben dann Hochgefühle und Euphorie, um sich anschließend erneut im schwarzen Loch der Depression wiederzufinden. Qualvoll und belastend ist für Betroffene die andauernde emotionale Achterbahnfahrt, die manchmal gar im Suizid endet. Doch auch Angehörige leiden und müssen Auswirkungen von akuten Phasen der psychischen Erkrankung mittragen.

Wo Angehörige Hilfe und Austausch finden, wie Betroffene selbst ihre manischen und depressiven Phasen erleben und warum die Diagnostik langwierig ist, erfahren Sie in dieser Ausgabe der Facetten. Wir haben Expertinnen und Experten befragt, mit Angehörigen gesprochen und uns mit Therapien befasst. Bipolare Patienten gewährten uns Einblick in ihre persönliche Krankheitsgeschichte und nicht zuletzt sind wir in die kreative Welt verschiedener bipolar erkrankter Berühmtheiten eingetaucht.



Nicola Netzer

Wie fühlen sich Manie und Depression an?

„Mein Kopf quillt dann über vor neuen Ideen, ich kenne

KEINE GRENZEN

mehr, bin ungehemmt, alles ist wie im Drogenrausch.“

„Alle Reize werden viel

INTENSIVER –

man hört auch unglaublich gerne laut Musik. Manie ist wie Party im Kopf.“

„In **MANISCHEN** Phasen rast die Zeit. Jeder Tag fetzt an einem vorbei, die Eindrücke sind zahllos, die Reize grell, die Schlafphasen kurz.“

„Ich hatte das Gefühl ein **KÖNIG** zu sein, mit lauter Untertanen um mich herum und war überzeugt: Ich bin für eine große Aufgabe bestimmt.“

„In einer manischen Phase spreche ich unbekannte Menschen an, pöbele herum,

RANDALIERE,

klauere und mache Schulden.“

„Mir kam nicht in den Sinn, dass an meinem Verhalten in der Manie etwas

UNANGEMESSEN

war. Ich war halt gut drauf.“

„DEPRESSION

ist ein Zustand, in dem nichts richtig schmeckt oder riecht oder sich richtig anfühlt. Man kann weder klar denken noch Entscheidungen treffen.“

„Ich fühle mich dann, als würde

*ich einen **MANTEL**
AUS BLEI tragen.*

Alles kostet so viel Kraft, jeder Schritt.“

„Als wäre man in einer Box

GEFANGEN –

ein sehr dunkler Ort, an dem man sich so schlecht fühlt, dass sogar simple Aufgaben schwierig erscheinen. Man fühlt sich absolut allein.“

*„Depressiv bin ich **WILLENLOS**,
ein Häufchen Elend und lasse die Dinge einfach mit mir machen.
In dieser Phase verstreicht die Zeit quälend langsam.“*

„Depression ist Stille. Sie ist die absolute

ISOLATION *in einem*

Raum voller Menschen.“

„Wenn ich in den Spiegel schaue, sehe ich nur

TOTE AUGEN.

Da ist kein Glanz. Keine Freude. Keine Hoffnung. Ich frage mich dann oft, wie ich noch einen weiteren Tag am Leben bleiben soll.“

Ständige Achterbahnfahrt

Leben mit Bipolarer Störung

Ein ständiges Auf und Ab der Gefühle, ein abrupter Wechsel von übersteigter Euphorie zu absoluter Niedergeschlagenheit mit Todessehnsucht, immer am Anschlag der maximalen Gefühlslage. Das Leben von bipolar erkrankten Patientinnen und Patienten gleicht einer Achterbahnfahrt. Mal langsam, mal in Höchstgeschwindigkeit.



Für jeden von uns gehören Stimmungsschwankungen zum Leben dazu. Beeinflusst durch verschiedene Faktoren, wie äußere Umstände oder private Geschehnisse und Entwicklungen, fühlen wir uns eher bedrückt, sind positiv oder auch glücklich gestimmt. Menschen, die an einer Bipolaren Störung leiden, auch bekannt als manisch-depressive Erkrankung, erleben jedoch krankhafte Stimmungsschwankungen in ihrer maximalen Ausprägung: „Bipolar beschreibt den Wechsel zwischen Manie und Depression, also zweier gegensätzlicher Extreme, zwischen denen sich die Patienten bewegen“, erklärt Dr. Raoul Borbé, Chefarzt der Allgemeinpsychiatrie des ZfP Südwürttemberg am Standort Weissenau.

In den manischen Phasen fühlen sich die Patientinnen und Patienten energiegeladener, überaus leistungsfähig, voller Tatendrang und nahezu unbezwingbar. Zur Manie gehören jedoch auch Realitätsverlust, Selbstüberschätzung und ein stark überzogenes Selbstbild. „Damit einher geht eine mangelnde Kritikfähigkeit, die typisch für Maniker ist. Bei vielen kommt eine regelrechte Enthemmung hinzu, die sich beispielsweise in Shoppingwahn, promiskuitivem Verhalten oder Distanzlosigkeit äußert“, so Borbé. Das gegenteilige Extrem zur Manie erleben die Patienten während der Depression: Die meist länger andauernden, depressiven Phasen sind geprägt von Antriebslosigkeit, tiefer Traurigkeit mit Ängsten und Schuldgefühlen bis hin zu Suizidabsichten.

Wenn der finanzielle und soziale Ruin droht

Doch wo ist die Grenze zwischen einfach mal schlecht oder extrem gut drauf und ernsthaft manisch-depressiv? Wie bei jeder psychischen Erkrankung ist der Leidensdruck ein wichtiger Anhaltspunkt. Wie hoch ist der Leidensdruck für mich selbst als Betroffener, wie sehr leiden aber auch andere, wie beispielsweise Angehörige? „Akuter Handlungsbedarf besteht insbesondere dann, wenn eine Selbst- und Fremdgefährdung des Patienten im Raum steht“, erklärt der Chefarzt. In der Manie ist die Eigengefährdung zudem eine andere als in der Depression, wenn die Gedanken des Betroffenen um Suizid kreisen. „In manischen Phasen droht die große Gefahr, dass finanzielle Werte verloren gehen, wenn der Patient hohe Schuldenberge anhäuft oder zum Beispiel das eigene Unternehmen gegen die Wand fährt.“ Aber auch soziale Beziehungen sind gefährdet: Viele überwerfen



In der Manie fühlen sich bipolare Patienten nicht krank – im Gegenteil, ihnen geht es laut eigener Aussage gut wie nie.



Sich mit Shoppingtouren, Kaufverträgen und Abos hoffnungslos zu verschulden sind Symptome einer Manie.





» —————
Die Betroffenen leiden an krankhaften Stimmungsschwankungen in ihrer maximalen Ausprägung.
————— «

sich mit Freunden und Familie und brechen den Kontakt ab. In dieser Phase fühlen sich bipolare Patienten nicht krank – im Gegenteil, ihnen geht es laut eigener Aussage gut wie nie. Getrieben von Größenwahn und enormer Selbstüberschätzung handeln sie sprunghaft und ohne jegliches Risikobewusstsein.

Meist gegen ihren Willen und auf Bestreben von Außenstehenden oder Angehörigen werden akut manische Patientinnen und Patienten stationär behandelt. Im Falle einer erstmalig aufgetretenen Manie ist es wichtig, Außenstehende einzubeziehen – für die Diagnosefindung, aber auch, um die Gefährdung des Patienten abschätzen zu können. Neben Angehörigen werden Vertrauenspersonen oder auch die Polizei hinzugezogen. Da der Maniker selbst in der akuten Situation weder krankheitseinsichtig noch in der Lage ist, sein Handeln

realistisch einzuschätzen, sind Ärzte auf die Erzählungen anderer angewiesen. So ist die Sicht der Ehefrau auf die Fahrt des Manikers mit 80 Stundenkilometer durch eine verkehrsberuhigte Straße beispielsweise eine andere, als die geschönte Sichtweise des akut manischen Patienten selbst.

Die Einsicht sowie die Erkenntnis all dessen, was geschehen ist, folgt, wenn die manische Episode abflaut. „Die Scham darüber, was gesagt und getan wurde, verstärkt nicht selten die anschließende Depression und Suizidalität“, weiß Borbé. Nicht immer muss jedoch eine manische Phase in einer Depression münden. Ebenso wenig muss eine ausgeprägte Depression unweigerlich eine schwere, ausgeprägte Manie zur Folge haben. Schließt sich an die depressive eine hypomanische Phase an, also eine abgeschwächte Form der Manie, werden viele, noch nicht bipolar diagnostizierte Betroffene,



Überhöhte Geschwindigkeit und das Kind auf dem Beifahrersitz – manische Patienten handeln übersprunghaft und ohne Risikobewusstsein. Die Scham darüber verschlimmert oft die spätere Depression.

diesen Zustand als positiv und als Zeichen der Besserung. Die manischen Symptome sind dann geringer ausgeprägt, auch der Bezug zur Realität ist nach wie vor gegeben. Eine hypomanische Phase im Anschluss an eine Depression ist daher mit einer der Gründe, weshalb sich die Diagnosefindung bei Bipolarer Störung schwierig gestaltet.

Diagnose als langwieriger Prozess

Um voreilige Diagnosen zu vermeiden, wird bei Symptomen, die auf eine Depression hinweisen, zuerst von einer unipolaren Störung ausgegangen. Lassen rückblickende Erzählungen des Patienten jedoch vermuten, dass dieser auch hypomanische Phasen erlebt hat, kann dies auf eine Bipolare Störung hindeuten. „Aufgrund des episodenhaften Verlaufs der bipolaren Erkrankung gilt es, bis zur letztlichen Diagnose immer einen gewissen Zeitverlauf abzuwarten“, verdeutlicht Borbé. Handelt es sich um Depressionen mit Phasen abgeschwächter Manie, spricht man von der sogenannten Bipolar-II-Störung. Für Experten einfacher zu diagnostizieren ist die für Laien wohl bekannteste Form, die Bipolar-I-Störung. Diese zeichnet sich durch überwiegend starke manische Phasen aus, an die sich Depressionen anschließen. Wechselnde Episoden, mit leichten, abgemilderten manischen und depressiven

Stimmungsschwankungen, sind sogenannte zylothyme Störungen.

Patientinnen und Patienten mit Bipolarer Störung finden an verschiedenen Standorten des ZfP Südwürttemberg qualifizierte und individuell abgestimmte Behandlungsmöglichkeiten. „Für das Krankheitsbild der Bipolaren Störung halten wir keine speziellen Stationen und Gruppenangebote vor; die Patienten werden sehr individuell behandelt“, erklärt Borbé. In der Allgemeinspsychiatrie in Weissenau sind aktuell drei bis vier Patienten mit Bipolarer Störung in Behandlung. Hier werden bipolar Erkrankte in akut manischen Phasen versorgt, wenn – gegebenenfalls auch zu ihrem eigenen Schutz – eine Unterbringung in der geschlossenen Station erforderlich ist. Die Therapie bei akut depressiven Phasen erfolgt zudem auf

Bipolar-I-Störung

Bei der Bipolar-I-Störung handelt es sich um eine mindestens 14 Tage oder länger andauernde manische Phase, auf die mindestens eine depressive Episode folgt.



Die Betroffenen lernen, verantwortungsbewusst mit ihrer Erkrankung umzugehen.

speziellen Depressionsstationen. Doch unterscheiden sich bipolar erkrankte Menschen, die sich in einer depressiven Phase befinden, von rein Depressiven: „Im Gegensatz zu rein depressiven Patienten haben bipolare Patienten einen Vergleich zur Depression: Sie wissen, wie sich das andere Extrem, die Manie, mit überbordender Energie und Leistungsfähigkeit, anfühlt“, erklärt Borbé. So fürchten viele Betroffene die Depression mehr als die Manie und ziehen die manische oder hypomanische der depressiven Phase vor.

Dass bei manchen Menschen die Krankheit trotz genetischer Veranlagung nicht ausbricht, bei anderen aber doch, sei, so Borbé, „multifaktoriell erklärbar“. Meist treten die ersten Symptome im jungen Erwachsenenalter, zwischen 20 und 30, auf. Dann trage das Aufeinandertreffen verschiedener Risikofaktoren oftmals zum Ausbruch der Erkrankung bei. Für Menschen, die beispielsweise nie zuvor gelernt haben, mit Stress umzugehen, können familiäre oder berufliche Probleme ein erhöhtes Risiko darstellen. Der Weissenauer Chefarzt erklärt: „Kommt zur genetischen Vorbelastung eine extreme Belastungssituation hinzu und werden dann beispiels-



Viele Betroffene fürchten die Depression mehr als die Manie.



weise noch Suchtmittel wie Alkohol, Medikamente oder Drogen konsumiert, kann dies den ersten Ausbruch einer Manie bedeuten.“

Individuelle Krankheitsverläufe

„Hochindividuell“ und auch „abhängig von Medikamenten“ seien außerdem die jeweiligen Krankheitsverläufe. Wie lange die depressiven und manischen Phasen andauern und wie oft diese im Laufe des Lebens auftreten, sei von Patient zu Patient verschieden. Stimmungsaufhellende Medikamente verhelfen dem Patienten beispielsweise aus der Depression und in eine stabile Mittellage – verbunden jedoch mit dem Risiko, dass die Stimmungslage in eine Manie umschlagen kann. Um dies im Blick zu haben, aber auch um den Patienten strukturgebende Maßnahmen zu bieten, ist eine stationäre Behandlung und enge Betreuung bei schweren Krankheitsverläufen sinnvoll.

Im ZfP Südwürttemberg lernen bipolare Patienten darüber hinaus, ihre individuellen Risikofaktoren zu erkennen und einzuschätzen. Nicht selten sind es auch nächste Angehörige,


Bipolar-II-Störung

Schließt sich an eine mindestens 14 Tage oder länger andauernde depressive Phase mindestens eine hypomane Phase an, spricht man von der Bipolar-II-Störung.



glossar

Was genau bedeutet eigentlich ...

denen frühzeitig bestimmte Verhaltensweisen auffallen. Wissen sie diese Warnsignale und Auffälligkeiten zu deuten und ergreifen erste Maßnahmen, erhalten bipolare Patienten rasch Hilfe. Zudem sei es wichtig, dass sich Patienten selbst beobachten und wissen, wie sie bestimmte Risiken, wie beispielsweise wenig Schlaf, Überlastungen oder auch einen unstrukturierten Alltag, erkennen und diesen entgegenwirken können. „Auch wenn sich die Symptomatik der Bipolaren Störung im Laufe des Lebens etwas glättet, wird die Erkrankung für die Patienten immer eine Rolle spielen“, so Borbé. „Bei den meisten Bipolaren Störungen muss man von einer Dauerdiagnose sprechen.“ 

Text: Nicola Netzer – Fotos: Ernst Fessler, i-stock, Pixabay, Shutterstock

— Manie

Der Begriff Manie kommt aus dem Griechischen und bedeutet übersetzt Raserei, Wut, Wahnsinn. Kennzeichnend für eine Manie sind ein intensives Hochgefühl, ein erhöhter Antrieb und eine gesteigerte gute Laune, die weit über dem Normalmaß liegt. Menschen in einer akuten manischen Phase empfinden sich als überaus energiegeladen und leistungsstark; viele benötigen nur ein Minimum an Schlaf. Während der manischen Phase fühlen sich die Betroffenen blendend und leugnen, psychisch krank zu sein.

— Hypomanie

Die Vorsilbe hypo, also „unten, darunter“ des Wortes Hypomanie deutet daraufhin: Unter Hypomanie versteht man eine abgeschwächte Form der Manie. In dieser Phase fühlt sich der Patient beschwingt und sehr lebensfroh. Nach einer Depression wird eine Hypomanie oft verkannt in der Annahme, dass es dem Patienten besser gehe. Tatsächlich kann eine Hypomanie dann das Vorzeichen einer Manie sein.

— Depression

Der Begriff leitet sich aus dem lateinischen Wort „deprimere“, also „niederdrücken“, ab. Die Betroffenen leiden unter Interessens- und Freudlosigkeit sowie reduziertem Antrieb. Charakteristisch für eine Depression sind nicht nur große Traurigkeit und Niedergeschlagenheit, sondern auch die Unfähigkeit, Gefühle zu empfinden.

Zykllothyme Störung

Die Betroffenen weisen über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren abgeschwächte Symptome einer Manie und Depression im Wechsel auf. Dabei müssen die einzelnen Episoden nicht alle Krankheitskriterien erfüllen.

Zahlen, Daten, Fakten.

In Deutschland leiden **mehr** Menschen an einer **Bipolaren Störung** als an **Diabetes mellitus**.

Am 30. März, dem Geburtstag von Vincent van Gogh, wird seit 2014 jährlich der **Welt-Bipolar-Tag** begangen.

Etwa **jeder Fünfte** mit einer bipolaren Erkrankung leidet zusätzlich an einer **Zwangsstörung**.

Nur etwa **10–15%** der bipolaren Erkrankten werden **diagnosegemäß behandelt**.

Im Schnitt dauert es bei Bipolaren Störungen **8–10 Jahre** bis die **richtige Diagnose** gestellt wird.

Zwischen **1,5 und 5%** der deutschen Bevölkerung sind von Bipolaren Störungen **8–10 Jahre** bis die **richtige Diagnose** gestellt wird.

Das **Selbsttötungsrisiko** unter bipolar Erkrankten ist **20 bis 30 Mal höher** als bei gesunden Menschen.

Die ersten **Symptome** treten gewöhnlich zwischen dem **20. und 30. Lebensjahr** auf.

Mit **Medikamenten** lebt etwa **ein Drittel** der Erkrankten **symptomfrei**.

Leiden Betroffene unter Verfolgungswahn, Halluzinationen oder hören sie Stimmen, spricht man von einer **psychotischen Manie**.

Die erste Phase ist bei **Männern** eher eine **manische**, bei **Frauen** eher eine **depressive Phase**.

Leiden Betroffene unter Verfolgungswahn, Halluzinationen oder hören sie Stimmen, spricht man von einer **psychotischen Manie**.

Geschichte der Bipolaren Störung

5. Jahrhundert v. Chr.

Antike Anfänge

Psychische Erkrankungen sind kein Phänomen der Neuzeit, sondern schon seit der Antike bekannt. Damals beschreibt der Arzt Hippokrates die Melancholie. Er nimmt an, dass die niedergeschlagene Stimmung durch einen Überschuss an schwarzer Galle entsteht. Auch den Begriff „Mania“ (Manie) verwendet er schon. Er bezeichnet damit einen Zustand der Raserei und Ekstase.

1. Jahrhundert n. Chr.

Manie und Melancholie

Als Erstbeschreiber der bipolaren Erkrankung gilt der griechische Arzt Aretaeus von Kappadokien. Er erkennt erstmals die Verbindung zwischen Manie und Melancholie. Er bezeichnete die Manie als die erregte Form des Wahnsinns und die Melancholie als dessen gedämpfte Form.

Mittelalter

Alles Hexerei

Die rationalen Konzepte zur Erklärung psychischer Erkrankung geraten in Vergessenheit. Dämonen und Hexen gelten nun als Ursache.

1851

Französischer Fortschritt

Es vergehen einige hundert Jahre, bis französische Forscher und Psychiater die Ansätze aus der Antike wieder aufgreifen. Jean-Pierre Falret beschreibt im Jahr 1851 „la folie circulaire“ (= zirkuläres Irresein) als einen Wechsel von Depressionen, Manien und einer gesunden Phase. Kurze Zeit später bezeichnet Jules Baillarger die Erkrankung als „folie à double forme“, also als Erkrankung mit zwei unterschiedlichen Erscheinungsformen.

1899

Auch Mischzustände

Für den deutschen Psychiater Emil Kraepelin sind Manien und Depressionen Ausdrucksformen ein und derselben Krankheit. Er beschreibt dabei auch Mischzustände, bei denen manische und depressive Symptome gleichzeitig vorkommen.

2. Weltkrieg

„Vernichtung unwerten Lebens“

Während der Zeit des Nationalsozialismus werden Menschen mit Bipolaren Störungen als sogenannte „zirkulär Irre“ und damit als „erbkrank“ eingestuft. Sie werden zwangssterilisiert oder in den Vergasungsanstalten ermordet.

1949

Neue Erkenntnisse

Der Neurologe Karl Kleist unterscheidet erstmals zwischen unipolaren und bipolaren Krankheitsformen.

2012

Versorgung verbessern

Der 2007 begonnene Prozess zur Erstellung einer Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen wird im Mai 2012 abgeschlossen. In der Leitlinie werden detailliert Empfehlungen zur Diagnostik und Behandlung bipolar Erkrankter dargestellt und Voraussetzungen für eine bestmögliche Versorgung formuliert.

Text: Heike Amann-Störk



kleine schritte

SIND EIN GROSSER ERFOLG



Im kleinen Schrebergarten arbeiten, Blumen und Kräuter kaufen und pflanzen, all das bereitet Susanne E. Freude. Und doch verheißten Blumen in ihrem Leben zeitweise nichts Gutes: „Wenn ich mich nur mit Blumen beschäftige und total aktiv werde, weiß ich: Jetzt geht’s wieder los.“ Dann beginnt die Phase, in der Susanne E. nächtelang wach ist, Streit sucht, ihre Angehörigen beschimpft, wahllos Geld ausgibt, Verträge abschließt, Wohnungen anmietet oder, wie zuletzt, einkauft ohne zu bezahlen. „Manie ist wie ein Höhenrausch. Man findet sich selbst am besten, ist wahnsinnig produktiv und kommunikativ. Tatsächlich verletze ich in dieser Zeit aber genau die Menschen, an denen mir was liegt“, beschreibt die Betroffene ihre manischen Phasen. Wie lange diese andauern ist unterschiedlich. Sicher ist nur: Die Depression folgt gewiss.

Knall auf Fall, ohne Vorankündigung und von einem Tag auf den anderen – so erlebt Susanne E.* den Beginn ihrer manischen und depressiven Phasen. Seit über 25 Jahren ist sie bipolar erkrankt, leidet zusätzlich an Angststörungen. Trotz wiederkehrender stationärer Aufenthalte und finanziellen Schwierigkeiten versucht sie positiv zu denken: „Ich muss die kleinen Dinge sehen, die ich bewältige.“

So auch vor fünf Monaten. Susanne E. hatte sich zu Hause komplett zurückgezogen, bewegte sich nur zwischen Bett und Sofa, währenddessen türmten sich auf dem Küchentisch Mahnungen und offene Rechnungen. „Ich wollte einfach nur sterben, ich konnte nicht mehr.“ Schließlich stellte ihre gesetzliche Betreuerin sie vor die Wahl: Entweder gehe Susanne E. freiwillig in die Psychiatrie oder die Polizei werde sie begleiten. Susanne E. entschied sich für ersteres. Heute ist sie ihrer Betreuerin dankbar: „Im Nachhinein bin ich froh, dass ich wieder hierher, ins ZfP nach Bad Schussenried, gekommen bin.“ Sieben Wochen lang wurde sie in der Allgemeinpsychiatrie behandelt, in wenigen Tagen wird sie entlassen. Während des Aufenthaltes, bei Ergo- und Arbeitstherapie oder auch in Gesprächen mit einer Psychologin, konnte sie ihre Ängste abbauen, die Depressionen besserten sich. Auf die erlebte depressive Phase blickt sie nun mit Kopfschütteln zurück: „Vor Kurzem wurde mir bewusst: Jetzt ist der Sommer vorbei und ich habe gar nichts davon mitgekriegt.“

Die Angst ist immer da

Ihr erster Aufenthalt im ZfP liegt 25 Jahre zurück. Zu dieser Zeit, schwanger und bereits junge Mutter, war sie nächtelang unterwegs gewesen, immer aktiv – bis der körperliche Zusammenbruch kam und sie vom Krankenhaus an das ZfP überwiesen wurde. Dort zeigte sich, dass die junge Frau nicht nur an Depressionen leidet. Auch die vorherigen Jahre, exzessiv und im Übermaß ausgelebt, sah Susanne E. ab da in einem anderen Licht. Wieder zu Hause unterstützte eine Haushaltshilfe Susanne E. und das Neugeborene, die beiden älteren Kinder kamen in Pflegefamilien. Für die Mutter eine belastende Situation: „Die Kinder bemerkten ja meine Stimmungsschwankungen und haben mitgelitten. An manches können sie sich bis heute erinnern.“ Trotz der Einnahme von Medikamenten wechselten sich manische und depressive Phasen in Susanne E.s Leben weiterhin ab. „Medikamente helfen nicht immer“, weiß sie. Denn auch äußere Umstände und Sorgen beeinflussen die Krankheit: „Es gibt nun mal leider keine Tabletten gegen finanziellen Ruin.“

Auch wenn ihr Zustand momentan stabil ist – die Angst, wieder depressiv oder manisch zu werden, ist immer präsent. Ein schlechtes Gewissen überkam sie beispielsweise, als sie ein Wochenende zu Hause verbrachte und ein paar Stunden auf dem Sofa lag: „Ich dachte gleich: Jetzt kriegst du bestimmt wieder Depressionen.“ Mit Unbehagen blickt sie außerdem auf die ersten Tage zu Hause: Wie wird sie dort mit der fehlenden Struktur klar kommen? Was, wenn die Sorgen und Probleme wieder Überhand nehmen? Erleichternd ist es für sie zu wissen, dass ihre Betreuerin immer erreichbar ist. Auf Susanne E.s eigenen Wunsch ist seit dem Frühjahr eine gesetzliche Betreuerin für ihre vermögensrechtlichen Belange zuständig, verhandelt beispielsweise mit Gläubigern. So werden auch von Susanne E. geschlossene Verträge künftig unwirksam sein. „Das ist einerseits natürlich beruhigend, andererseits auch ziemlich erniedrigend für mich“, berichtet sie. „Doch ich muss mir für die Zukunft einfach kleine Ziele setzen. Jeder noch so winzige Schritt ist ein großer Erfolg für mich.“ **F**

* Name von der Redaktion geändert.

Text: Nicola Netzer – Fotos: Ernst Fesseler

Emsiges Arbeiten und Werkeln im Garten ist für Susanne E. oft ein Hinweis darauf, dass sich eine manische Phase ankündigt.



Gute Diagnostik braucht Zeit

Bipolare Störungen sind schwer zu diagnostizieren. Gerade auf den ersten Blick können sie mit anderen Erkrankungen, wie einer Depression oder der Schizophrenie, verwechselt werden. So dauert es oft Jahre, bis eine richtige Diagnose gestellt wird. Professor Dr. Peter Brieger erklärt, warum man sich die Zeit nehmen sollte.

FACETTEN: Wie häufig sind Bipolare Störungen?

PROF. DR. PETER BRIEGER: Wenn man genau hinsieht, ist die Häufigkeit höher als zunächst gedacht. Legt man eine enge Definition zu Grunde, sind etwa ein bis zwei Prozent betroffen. Wenn man auch leichtere Formen der Erkrankungen einbezieht, sind es schon drei Prozent, einige Autoren sprechen sogar von fünf Prozent der Bevölkerung.

FACETTEN: Wird die Erkrankung denn beim größten Teil der Betroffenen auch erkannt?

BRIEGER: Bipolare Störungen sind von sehr komplexen Verläufen gekennzeichnet. Es kommt vor, dass zunächst entweder nur die Manie oder – was noch häufiger der Fall ist – nur die Depression erkannt wird. Ein einziger Kontakt beim Psychiater reicht da nicht aus. Wenn ich mit einem depressiven Patienten spreche, weiß ich zunächst nicht, ob er auch manische Episoden hat. Außerdem sind die manischen Phasen oft nicht so stark ausgeprägt, dass sie unmittelbar auffallen. Betroffene sind dann zwar besonders aktiv, kreativ und selbstsicher, fallen aber nicht aus dem gesellschaftlichen Raster. Es gibt berühmte Beispiele für Menschen, die trotz einer Bipolaren Störung gut integriert sind, wie Catherine Zeta-Jones oder Mel Gibson.

FACETTEN: Das klingt, als sei die Diagnostik sehr aufwendig und langwierig?

BRIEGER: Richtig, denn Sie müssen immer den Längsschnitt betrachten, sprich den Wechsel von depressiven und manischen Phasen über eine gewisse Zeitspanne hinweg. Man kann keine Schnellschüsse machen. Stattdessen empfehle ich, den Patienten kennenzulernen, sich mit seiner individuellen Krankheitsgeschichte auseinanderzusetzen. Das braucht Zeit. In extremen Fällen vergehen bis zu zehn Jahre, bis man sich ein umfassendes Bild machen kann.

FACETTEN: Gibt es Anzeichen, an denen ich erkennen kann, ob ich selbst an einer Bipolaren Störung leide?

BRIEGER: Ein hohes Maß an emotionaler Instabilität, also übermäßige Stimmungsschwankungen, können ein Indikator für das Vorliegen einer Bipolaren Störung sein. Das an sich selbst festzustellen ist jedoch schwer. Häufiger kommt es vor, dass das Umfeld eine entsprechende Rückmeldung gibt, beispielsweise „du bist aber extrem launisch“.

FACETTEN: Wie gehen Sie genau vor, wenn jemand mit dem Verdacht auf eine bipolare Erkrankung zu Ihnen kommt?

BRIEGER: Mir ist es selten gelungen, die Diagnose nach nur einem Gespräch zu stellen. Es sind also mehrere Termine nötig. Man muss den Betroffenen kennenlernen, um ihn richtig einschätzen zu können. Sehr gut bewährt hat sich das Stimmungstagebuch. Darin tragen Patienten das tägliche Befinden auf einer Skala von „Ich fühle mich sehr schlecht“ bis „Mir geht es sehr gut“ ein. Am Anfang empfinden die meisten das als sinnlos, aber nach einiger Zeit ergeben sich aufschlussreiche Muster. Inzwischen gibt es dafür auch spezielle Apps. Es gibt beispielsweise ein Programm, das von Ärzten der Universitätsklinik Dresden entwickelt wurde. Indem man einen Regler nach links oder rechts schiebt, lässt sich die Stimmung erfassen.

FACETTEN: Umfasst die Diagnostik eigentlich auch körperliche Untersuchungen?

BRIEGER: Somatische Untersuchungen werden nur im Sinne einer Ausschlussdiagnostik vorgenommen. Fehlfunktionen der Schilddrüse oder andere Hormonstörungen können manchmal zu ähnlichen Symptomen führen. Um eine körperliche Erkrankung auszuschließen, sind somatische Untersuchungen also sinnvoll. Die eindeutige Diagnose Bipolar kann jedoch nur durch eine intensive Befragung gestellt werden.



„In extremen Fällen vergehen bis zu zehn Jahre, bis man sich ein umfassendes Bild machen kann.“

FACETTEN: Wird dabei auch das Umfeld der Erkrankten mit einbezogen?

BRIEGER: Das ist in jedem Fall sehr aufschlussreich. Die Sicht der Betroffenen ist häufig verzerrt, daher interessiert uns, wie Angehörige das erleben und empfinden. Manische Phasen sind von überhöhter Selbsteinschätzung und gesteigerter Aktivität geprägt, da werden waghalsige Geschäfte getätigt oder jemand ist sexuell enthemmt. Und auch depressive Phasen sind für die Partnerschaft sehr belastend. Daher werden die Angehörigen, wenn das möglich ist, immer in die Diagnostik und auch die Behandlung einbezogen. Bipolare Störungen zählen zu den Erkrankungen, bei denen triadische Konzepte, also die Einbeziehung von Professionellen, Betroffenen und Angehörigen, eine große Rolle spielen. Dies kam auch bei der Entwicklung der Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen zu Tage.

FACETTEN: Beeinflusst eine frühe Diagnostik den Krankheitsverlauf?

BRIEGER: Je eher die Erkrankung erkannt und angemessen therapiert wird, desto größer ist der Behandlungserfolg. Das ist bei vielen psychischen Störungen der Fall. Mir ist wichtig, klar zu machen: Bipolare Störungen sind behandelbar. Man ist ihnen nicht hilflos ausgeliefert. Es gibt sowohl auf der Ebene der Psychotherapie als auch medikamentöse und psychosoziale Behandlungsmöglichkeiten. Diese sind nicht immer erfolgreich, aber doch sehr oft.

Aufgezeichnet von Heike Amann-Störk – Foto: privat



Prof. Dr. Peter Brieger

ist Ärztlicher Direktor des kbo-Isar-Amper-Klinikums in München. Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie befasst sich seit mehr als 20 Jahren intensiv mit manisch-depressiven Erkrankungen und leitete die Arbeitsgruppe Versorgung bei der Entwicklung der S3 Leitlinie „Bipolare Störung“.



Von der Schwierigkeit, die Mitte zu finden

Medikamentöse Behandlung akuter depressiver und manischer Phasen

Der manische Familienvater, der gekündigt und Haus und Firma zum Schnäppchenpreis verkauft hat, oder die schwer depressive Patientin, die nach einem Suizidversuch in die Allgemeinpsychiatrie eingewiesen wird – in akuten Phasen werden bipolare Patientinnen und Patienten im ZfP Südwürttemberg individuell behandelt. Das Ziel, den Patienten wieder zu einer stabilen Stimmungslage zu verhelfen, ist dabei nicht selten eine therapeutische Herausforderung.

„Es geht mir bestens, was soll ich hier?“ In gereizter und aggressiver Stimmung wird der akut manische Patient, begleitet von Polizei und Ehefrau, in der Allgemeinpsychiatrie aufgenommen, nachdem es zu einer bedrohlichen Situation innerhalb der Familie gekommen war. Die Zwangseinweisung des Manikers in die Psychiatrie ist für seine Angehörigen die einzige Möglichkeit, ihm zu helfen und zu vermeiden, dass Schlimmeres passiert. „In akut manischen Phasen ist die medikamentöse Therapie das Entscheidende“, so der Chefarzt der Weissenauer Allgemeinpsychiatrie des ZfP Südwürttemberg, Dr. Raoul Borbé. „In erster Linie gilt es, den Patienten in seinem Antrieb und Überschwang einzubremsen und aus der übersteigerten Stimmungslage rauszuholen.“ Schnelle erste Wirkung zeigen dann dämpfende Substanzen und antimanische Medikamente. Nach Tagen ohne Schlaf im Rausch der Manie, durchzechten Nächten und einem Leben auf der Überholspur soll der geschützte Stationsbereich die Betroffenen wieder an feste Strukturen gewöhnen, wie beispielsweise einen geregelten Tag-/Nachtrhythmus.

Dem Patienten Stimmungslage zu ver- eine therapeutische

Auch um bei anschließenden Depressionen zügig medikamentös gegenregulieren zu können, ist eine engmaschige Betreuung erforderlich. „Zeitweise ist es schwierig zu beurteilen, ob die abklingende Stimmung eines Patienten eine stabile Mittellage bedeutet, oder doch das Abrutschen in die Depression droht“, so Borbé. Besonders nach einer Manie, in der es den Betroffenen subjektiv blendend ging, fällt es diesen schwer, eine normale Stimmungslage festzumachen und diese von einer depressiven Phase abzugrenzen. Kommen nun Erinnerungen an exzessive Kaufräusche, den Verlust des Unternehmens oder die Trennung von Frau und Kindern auf, können große Schuld- und Schamgefühle die Depression wiederum verstärken. Mit beginnender Krankheitseinsicht und Therapiebereitschaft des Patienten können schließlich weitere Behandlungsangebote wie Psychoedukation, Psychotherapie und sozialtherapeutische Interventionen hinzugezogen werden.



Feste Alltagsstrukturen und Medikamente helfen den Patienten, sich wieder an einen geregelten Tages- und Nachtrhythmus zu gewöhnen.

Manischen Switch vermeiden

Medikamentöse Therapie birgt auch in der depressiven Phase Risiken: „Um den schnellen Switch von der Depression in die Manie zu vermeiden, muss behutsam vorgegangen werden“, erklärt Borbé. Zusätzlich bestehe die Gefahr, dass Suizidabsichten umgesetzt werden – dann, wenn die antriebssteigernde Wirkung vor der stimmungsaufhellenden einsetzt. Oft gilt es auch abzuwägen: Bessern sich die depressiven Symptome oder sind es bereits Vorzeichen einer Manie?

„Die Schwierigkeit – in manischen wie in depressiven Phasen – ist, die richtige Mitte zu finden“, so Borbé. „Häufig kann die Suche nach passender Medikation für die Patienten eine lange Behandlungsdauer bedeuten.“ Je nach Vorgeschichte und individuellen Faktoren,

zu einer stabilen helfen, ist nicht selten Herausforderung.

verbringen bipolare Patientinnen und Patienten einige Wochen bis hin zu mehreren Monaten in stationärer Behandlung. Hohe Schulden – ein junger Angestellter hat im manischen Zustand mehrere Sportwagen gekauft und sich damit hoffnungslos überschuldet – oder auch offene Konflikte innerhalb der Familie können außerdem den Therapieerfolg bremsen. „Wir versuchen dann, den Patienten Lösungswege aufzuzeigen – sei es durch Schuldnerberatung oder indem wir in gemeinsamen Gespräche mit Angehörigen vermitteln“, erklärt Borbé. „Ein großer Schritt ist getan, wenn Patienten neue Hoffnung schöpfen und sich wieder auf die Unterstützung ihrer Angehörigen verlassen können.“

Gänzlich verhindern lassen sich akute Phasen jedoch nicht, ebenso sei es unwahrscheinlich, dass die Erkrankung irgendwann ausheile. „Auch wenn das Alter und eine sensiblere Lebensführung zu einer Minderung der Symptome führen können, sind viele Patienten auf lebenslange medikamentöse Behandlung angewiesen“, so der Weissenauer Experte. **I**

Text: Nicola Netzer – Fotos: Ernst Fessler

Suizidgedanken sollten kein Tabuthema sein

Zwischen Euphorie und Todeswunsch

Heute könnten sie Bäume ausreißen, morgen zweifeln sie am Sinn des Lebens. Und dieser Zweifel ist mitunter so stark, dass er in die Tat umgesetzt wird. Etwa jeder vierte Mensch mit einer Bipolaren Störung unternimmt einen Suizidversuch. Eine vertrauensvolle Atmosphäre und das Abwägen von Risiken sind daher wichtige Elemente der Behandlung.

Björn* ist ein aufgeschlossener junger Mann. Schon früh zog es ihn aus seinem Heimatdorf auf der Schwäbischen Alb in die Großstadt, nach dem Abitur begann er eine Ausbildung zum Grafiker. Dass er an einer Bipolaren Störung leidet, blieb lange unentdeckt. Er hatte eine nichtendenwollende Energie, tagsüber die Ausbildung, nachts die eigenen Gestaltungsideen am Computer entwickeln. Seine Arbeiten kamen gut an, er erreichte sie sogar bei internationalen Designwettbewerben ein. Von seinem Chef wollte er sich irgendwann nichts mehr sagen lassen, seine Freundin empfand er nur noch als lästiges Anhängsel, das Einzimmerappartement tauschte er gegen ein schickes Loft.

Auf den Höhenflug folgte der Absturz. „Plötzlich realisierte ich, dass ich ohne Ausbildungsplatz, ohne Freundin und stattdessen mit einem Berg Schulden dastehe“, erzählt der 23-Jährige. Er fiel in ein tiefes Loch. „Wenn ihr an mich zurück-

denkt, seid nicht traurig“, tippte er in eine Abschiedsmail. Björn fuhr in den 14. Stock seines ehemaligen Firmengebäudes und kletterte auf die Fensterbank. Dort wurde er von einem Mitarbeiter festgehalten, ein weiterer rief die Polizei.

In Deutschland nehmen sich jedes Jahr etwa 10.000 Menschen das Leben, diese Zahl übersteigt die der Verkehrstoten deutlich. „Menschen mit einer Bipolaren Störung sind besonders gefährdet“, erklärt Dr. Frank Schwärzler, Ärztlicher Direktor der PP.rt, einer Tochtergesellschaft des ZfP Südwürttemberg und der BruderhausDiakonie. Auch in manischen Phasen besteht Suizidgefahr. „Unsere klinische Erfahrung zeigt, dass Suizide dann aus einem spontanen Impuls heraus geschehen, das kommt oft wie aus heiterem Himmel“, erklärt Dr. Albrecht Rilk, Chefarzt in der PP.rt. Doch vor allem in den depressiven Phasen ist das Risiko groß. Betroffene sehen sich dann nicht in der Lage, den Alltag zu bewältigen. Sie können sich meist nur schlecht konzentrieren, fühlen sich wertlos, von der ganzen Welt unverstanden, schämen sich für ihr Verhalten während der Manie und haben Gedanken an den Tod.

Depressive Phasen sind riskant

„Wenn jemand mit einer bipolaren Erkrankung bei uns in der Klinik aufgenommen wird, nehmen wir das Suizidrisiko sehr ernst“, betont Rilk, der die Station für Psychosomatische Medizin und Depression in Reutlingen leitet. Gemeinsam mit Expertinnen und Experten des ZfP Südwürttemberg wurden dafür spezielle Suizidrisikostufen erarbeitet. Anhand einer Skala von 0 bis 4 wird jeder Patient bei der Aufnahme und im weiteren Behandlungsverlauf einer bestimmten Stufe



In Therapiesprachen werden Suizidgedanken nicht ausgeklammert, sondern einfühlsam thematisiert.



Besonders suizidgefährdet sind depressive, suchtkranke oder vereinsamte Menschen, alle, die bereits über Selbsttötung gesprochen oder einen Versuch unternommen haben und Menschen, die sich in tiefen Lebenskrisen befinden.

zugewiesen. Daraus folgen dann bestimmte Maßnahmen. Wenn jemand beispielsweise darüber spricht, dass er manchmal an eine Selbsttötung denkt, gleichzeitig aber glaubhaft versichert, dass er diese Gedanken derzeit nicht in die Tat umsetzen wird, erfolgt eine Zuordnung in Stufe 2. Für die Behandelnden bedeutet dies, dass sie die Suizidgedanken regelmäßig thematisieren, sich beispielsweise erkundigen, ob diese häufiger wurden oder abgenommen haben. Mit der Zuordnung zu einer höheren Stufe wird die Betreuung intensiver. Dies können beispielsweise Gespräche im Zwei-Stunden-Takt sein oder, bei akutem Risiko, eine Eins-zu-Eins-Betreuung. Wichtig bei der Risikoeinschätzung ist aber nicht nur die Intensität der Suizidgedanken, sondern auch die Absprache- und Bündnisfähigkeit des Patienten.

Als Björn in die PP.r.t aufgenommen wird, liegt der gescheiterte Sprung aus dem Fenster bereits einige Wochen zurück. Seiner Therapeutin erzählt er, dass ihn die Gedanken an den Tod immer noch beschäftigen. Die beiden können sich in einem Anti-Suizid-Pakt darauf einigen, dass er es kein zweites

Mal versuchen wird. Regelmäßig erfragt die Therapeutin dann, ob die Suizidgedanken sich verstärkt haben oder eher schwächer geworden sind. „Suizidabsichten sollten auf keinen Fall tabuisiert werden“, stellt Schwärzler klar. „Im Gegenteil: Wir fragen auch dann nach Suizidabsichten, wenn der Patient solche nicht explizit geäußert hat.“ Oft habe er die Erfahrung gemacht, dass mit einer Frage wie „Hatten Sie schon einmal den Gedanken, dass das Leben nicht lebenswert ist?“ die Basis geschaffen werde, um das Thema anzugehen. Das Gespräch über solche Gedanken ist oft eine enorme Erleichterung. „Die Frage nach Suizidgedanken löst diese nicht aus“, betont Schwärzler.

Vertrauen als Voraussetzung

„Unsere Aufgabe ist es, den Patienten zu vermitteln, dass sie angstfrei über ihre Gedanken sprechen können“, erklärt Rilke. Die Voraussetzung dafür ist eine vertrauensvolle und wertschätzende Beziehung. „Finanzielle Schwierigkeiten oder der Verlust des Jobs sind häufig schambesetzte Themen“, weiß der Chefarzt. Im therapeutischen Kontext werden auch die Gründe besprochen, die solche Gedanken auslösen. „Wir zeigen Lösungsansätze für scheinbar nicht zu bewältigende Probleme auf und vermitteln Zuversicht.“

Eine entscheidende Rolle spielt dabei das Krankheitsverständnis. „Wir versuchen, den Patienten klar zu machen: „Die Suizidgedanken sind der Ausdruck einer Krise, es handelt sich um das Symptom einer Erkrankung, nicht um freie Willensbekundung“, verdeutlicht Schwärzler. „Und: Diese Krise wird auch wieder vorübergehen.“ Zusätzlich zur Psychotherapie

kommen Medikamente zum Einsatz. Akute Krisen werden meist – neben der Grundmedikation – mit Phasenprophylaktika oder Benzodiazepinen behandelt. Sie können Spannung nehmen, Ängste abbauen und quälende Gedanken lösen. Auch eine Behandlung mit Lithium kommt bei suizidalen Gedanken in Frage. „Unser Konzept beruht auf einer medikamentösen Behandlung der Grunderkrankung, dem Aufbau einer therapeutischen Beziehung und Schutzmaßnahmen“, fasst Schwärzler zusammen.

Mit der Therapeutin in der PP.rt spricht Björn nicht nur über seine Suizidgedanken, sondern auch seine Probleme: die Schulden, die fehlende berufliche Perspektive, die Angst vor dem Alleinsein. In der Psychoedukation lernt er, seine Bipolare

Störung besser zu verstehen und erklärt sich bereit, Medikamente einzunehmen. Nach und nach bessern sich die Symptome. Sein Verhalten während der manischen Phasen kann er im Rückblick gut einordnen. Mit Unterstützung des Sozialarbeiters gelingt es ihm, seine Ausbildung in der Nähe seines Heimatortes fortzusetzen. „Ich erinnere mich gut an jeden einzelnen meiner vielen schmerzhaften suizidalen Momente und bin heilfroh, dass ich noch hier bin“, sagt er heute. **I**

* Name von der Redaktion geändert.

Text: Heike Amann-Störk – Fotos: Andreas Wemheuer, Pixabay

Nachgefragt

Was Angehörige tun können



Dr. Albrecht Rilk ist Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin an der PP.rt Reutlingen. Der Experte rät Angehörigen, Suizidgedanken nicht zu tabuisieren.

FACETTEN: Immer wieder hört man den Satz: „Wer sich wirklich etwas antun will, redet nicht darüber.“

DR. ALBRECHT RILK: Das ist eine Mär. Die allermeisten Menschen, die Suizid begehen, sprechen im Vorfeld darüber. Oder sie versuchen es zumindest. Wichtig ist es dann, genau hinzuhören.

FACETTEN: Gibt es Anzeichen, an denen ich erkennen kann, dass jemand Suizidabsichten hegt?

RILK: Auffällig ist, wenn jemand sämtliche soziale Kontakte meidet und sich immer mehr zurückzieht, sich emotional abkapselt. Auch eine längerfristige Wesensänderung kann ein Anzeichen sein. Oder wenn ich weiß, dass jemand große Probleme hat. Meistens ist es kein einzelner Umstand, sondern vielmehr das Zusammentreffen vieler Belastungsfaktoren.

FACETTEN: Wie kann ich als Angehöriger oder nahestehende Person reagieren?

RILK: Hat man den Verdacht, dass jemand Suizidgedanken hegt, sollte man dies auf alle Fälle ernst nehmen und ansprechen. Besteht tatsächlich die

Absicht, könnte man als erste Maßnahme verbindliche Beziehungsangebote machen, beispielsweise signalisieren: Ich melde mich ab jetzt täglich bei dir, um zu erfahren, wie es dir geht. In etwa 90 Prozent aller Fälle liegt Suizidgedanken eine psychische Erkrankung zu Grunde, daher sollten Laien immer die Möglichkeit nutzen, professionelle Hilfe zu suchen. Das muss nicht immer gleich ein Psychiater sein, es gibt auch entsprechende Beratungsstellen oder Telefondienste.

FACETTEN: Wie verhalte ich mich in einer akuten Gefahrensituation?

RILK: Ist jemand entschlossen, seinem Leben ein Ende zu setzen, schließt sich vielleicht sogar ein, dann sollte man rasch Hilfe holen. Man kann sich in solch einem Fall an die Polizei oder den psychosozialen Notdienst wenden – auch gegen den Willen des Betroffenen. Ich habe während meiner Arbeit mit suizidalen Menschen immer wieder erlebt, dass diese im Rückblick sehr froh sind, solche Unterstützung bekommen zu haben.

Aufgezeichnet von: Heike Amann-Störk – Foto: pp.rt

Mit sich selbst auseinandersetzen und Zwischentöne erkennen

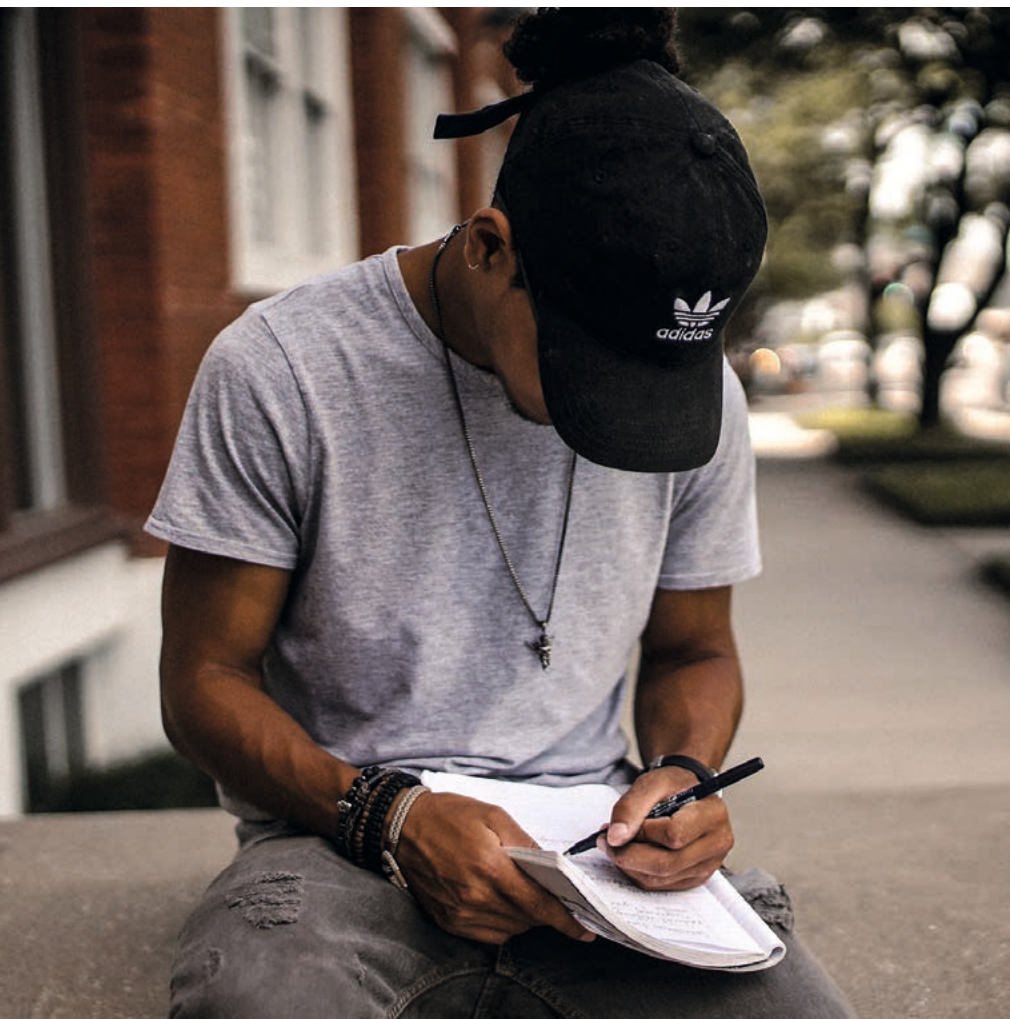
Himmelhochjauchzend oder zu Tode betrübt – in manischen oder depressiven Phasen existieren für bipolar erkrankte Menschen oft nur diese zwei extremen Gefühle. Mithilfe eines Stimmungstagebuchs sind Betroffene gezwungen, sich mit der eigenen momentanen Verfassung genauer auseinanderzusetzen. Sie können lernen, auch Zwischentöne wahrzunehmen. Ist der Verlauf ihrer Erkrankung nachvollziehbar, können sie Belastungsfaktoren herausarbeiten und mögliche Ressourcen erkennen.

Es gibt viele verschiedene Varianten von Stimmungstagebüchern. Der Patient sollte selbst auswählen können, welche Darstellungsweise er verwenden möchte.

Datum, Uhrzeit, Ort und eine Skala, auf der die Befindlichkeit angegeben werden kann – das sind die wesentlichen Bestandteile eines Stimmungstagebuchs. Drei Mal täglich, möglichst zur selben Zeit, sollen die Angaben dann notiert werden. Dabei geht es vor allem darum, die eigene Stimmung einzuordnen und das Gefühl möglichst genau zu benennen: Geht es mir besser oder schlechter als heute Morgen? Bin ich traurig, unsicher oder antriebslos? Für bipolar Erkrankte stellt die genaue Einordnung ihrer Gefühle jedoch eine Herausforderung dar. Axel Held, Psychologe in der Allgemeinpsychiatrie Weissenau des ZfP Südwürttemberg, erklärt: „Am Anfang ist es oft so, dass nur zwei Möglichkeiten angekreuzt werden: Glücklich oder traurig, etwas dazwischen gibt es nicht. Der Patient muss lernen genau hinzuhören, um auch die Zwischentöne zu erkennen.“

Erst die Zwischentöne ermöglichen es, einen Verlauf der Erkrankung darzustellen. Bei einem Blick auf die Aufzeichnungen kann der Patient die Veränderungen dann selbst wahrnehmen. Held beschreibt: „Wenn der Patient heute eine vier bis fünf in der Skala vermerkt, sich aber immer noch traurig fühlt und denkt, es habe sich nichts verändert, kann er prüfen, wie es vor drei Wochen war und erkennen, dass er da noch bei einer zwei bis drei lag.“ Wird das Stimmungstagebuch über eine längere Zeit geführt, können bestimmte Belastungsfaktoren herausgearbeitet und mögliche

(Fortsetzung auf Seite 25)

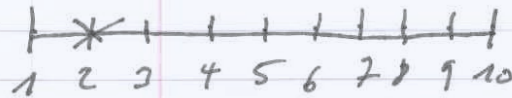


Skala
Es ist nicht einfach, die eigene Befindlichkeit mit Worten zu beschreiben. Eine Skala soll die Einstufung vereinfachen. Dabei ist es wichtig, sich am Patienten zu orientieren. So sollte auch die Bedeutung der Zahlen vorab geklärt sein: Werden Schulnoten verwendet, bei denen die Note 1 für gute Stimmung steht? Oder wird mit negativen und positiven Zahlen, von -5 bis +5 gearbeitet, bei denen die Zahl 0 den „Normalzustand“ kennzeichnet? Auch auf einer Skala von 0 bis 10 kann die Stimmung dargestellt werden. Der Patient sollte sich mit seiner momentanen Befindlichkeit dafür genau auseinandersetzen: Geht es mir nicht doch etwas besser oder schlechter als heute Morgen?

Messzeitpunkte
Die Einträge sollten im Idealfall drei Mal täglich erfolgen, möglichst immer um die gleiche Uhrzeit. So können die Einträge über einen längeren Zeitraum am besten verglichen werden. Rund 14 Tage reichen, um einen ersten repräsentativen Verlauf erstellen zu können.

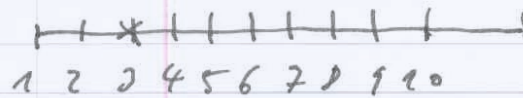
21.9.17 18:00

Starke negative Gefühle, aber aber n. Stunde wieder weg.



22.9.17 10:00

Morgens und vormittags geht es mir schlechter. Der Nachmittag wurde

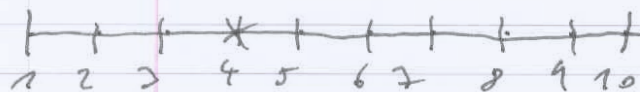


18:00 Uhr

Wieder schlechter.

25.9.17 8:30

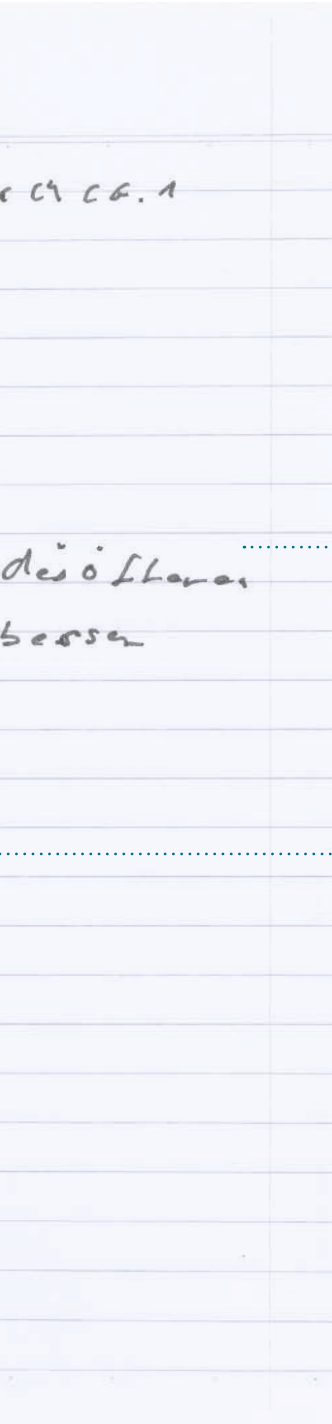
Wochenende verlief weitestgehend beschwerdefrei.



Schritt für Schritt

Bertram K.* führt zum ersten Mal ein Stimmungstagebuch. Dies sind seine ersten drei Einträge. Momentan befindet sich Bertram K. in einer depressiven Phase. Zu Beginn soll der Patient oft nur die wichtigsten Punkte des Tagebuchs angeben, wie Datum, Uhrzeit und seine momentane Befindlichkeit – auch Bertram K. setzt an dieser Stelle an. Wenn der Patient das Tagebuch mit der Zeit selbstständig und regelmäßig ausfüllt, wird auf dieser Grundlage aufgebaut. Dann werden die Benennung der Gefühle und die Umstände der jeweiligen Befindlichkeit bei den täglichen Einträgen berücksichtigt.





Gefühle

Zunächst geht es darum, ob es dem Patienten besser oder schlechter geht. Wenn möglich, soll auch das momentane Gefühl beschrieben werden: Habe ich Angst, bin ich traurig oder unsicher, leide ich unter Appetitlosigkeit oder habe ich womöglich Suizidgedanken?

Ereignis (Ort/Umstände)

Viele Faktoren können Einfluss auf die Stimmung nehmen: das Wetter, der Schlaf, die Ernährung, sogar die Körperhaltung. Um Belastungsfaktoren und mögliche Ressourcen zu erkennen sind auch die Umstände der momentanen Befindlichkeit von Bedeutung: Bin ich antriebslos nach dem Essen, habe ich kurz vorher ein angenehmes Gespräch mit der Nachbarin geführt oder sitze ich alleine in meiner Wohnung?

(Fortsetzung von Seite 23)

Ressourcen erkannt werden. Eine Patientin, die drei Monate lang Tagebuch führte, übertrug ihre Angaben hinterher in ein Koordinatensystem. Held kommentiert: „Anhand des Verlaufs konnte sie für sich feststellen: Nach der Winterzeit komme ich aus meiner depressiven Phase wieder raus.“ Der Patientin wurde zudem bewusst, welche Faktoren einen Einfluss auf ihre Stimmung haben. So ging es ihr schlechter, wenn die Ergotherapie ausfiel oder sie Urlaub hatte und nicht arbeitete.

Wer schon einmal versucht hat, ein Urlaubs- oder Schlaftagebuch zu führen, kennt das Phänomen vielleicht. Während die ausführlichen Beschreibungen der ersten Tage die Seiten füllen, lässt die Motivation schnell nach oder ist am Ende gänzlich verschwunden. Das geht auch vielen Patientinnen und Patienten so. Zudem führen bipolar Erkrankte das Stimmungstagebuch eher in einer depressiven Episode. Held erklärt warum: „Maniker kriegt man seltener dazu ein Tagebuch zu führen. Wer keinen Leidensdruck hat, lässt sich nur schwer überzeugen.“ In einer depressiven Phase fällt es dem Patienten jedoch grundsätzlich schwer, in irgendeiner Form aktiv zu sein. „Man muss oft klein anfangen und den Patienten abholen. Deshalb verwende ich generell vereinfachte Varianten des Tagebuchs“, berichtet Held. Schritt für Schritt wird auf dieser Grundlage aufgebaut und die Aufzeichnungen werden mit der Zeit detaillierter. **f**

* Name von der Redaktion geändert.

Text: Rieke Mitrenga – Foto: Pixabay

Psychoedukation: Wissen macht kompetent

Zum Profi im Umgang mit der eigenen Krankheit werden – das ist das Ziel der Psychoedukation. Bis dahin ist es mitunter ein langer Weg, denn viele Betroffene haben zunächst Schwierigkeiten, eine manisch-depressive Erkrankung zu akzeptieren. Kenntnisse über Entstehung, Symptomatik und Behandlung helfen bei der Krankheitseinsicht und ermöglichen den Patientinnen und Patienten einen verantwortungsbewussten Umgang mit ihrem Leiden. Und noch mehr: Es ist nachgewiesen, dass Psychoedukation das Rückfallrisiko vermindert. Daher bietet das ZfP Südwürttemberg seit sechs Jahren Psychoedukation für Betroffene an.

HOPE – Handlungsorientierte Psychoedukation: Nach diesem Manual leitet Regina Heller, Fachkrankenschwester für Psychiatrie im ZfP Südwürttemberg in Bad Schussenried, die Psychoedukative Gruppe für Bipolare Erkrankung. Ein wesentliches Ziel dabei ist es, dass die Betroffenen ein dauerhaftes, stabiles und gesundes Leben führen können.

Dafür müssen sie die Krankheit zuallererst akzeptieren und verstehen. Darum liegt ein Schwerpunkt auf dem Thema der Krankheitssymptomatik und darauf, was die Betroffenen selbst tun können, um den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen.

Psychoedukation kann eine Bipolare Störung nicht heilen. Sie kann aber das Wissen um die Erkrankung sowohl bei Patientinnen und Patienten, wie auch bei deren Angehörigen erhöhen und dadurch das Wiedererkrankungsrisiko nebst medikamentöser Therapie senken. Darum erfahren die Teilnehmer in sechs aufeinander aufbauenden Einheiten etwas über die Krankheitssymptome, Ursachen und Auslöser, Behandlungsmethoden, medikamentöse Behandlung, Früh-symptomatik und Rückfallprophylaxe sowie ein Leben in Balance. In der letzten Einheit erstellt jeder Teilnehmer seinen persönlichen Krisenplan.

Das Wissen um die Krankheit macht es den Betroffenen leichter, diese zu akzeptieren.



*Regelmäßige Auszeiten und
gemeinsame Aktivitäten
halten das Leben in Balance.*



Die Gruppen werden nach Bedarf angeboten. Die Behandelnden weisen die stationär oder ambulant betreuten Patientinnen und Patienten auf das Angebot hin. Ab drei Personen findet die Gruppe statt. Die Teilnehmer sind manchmal noch in einer akuten Manie: „In dieser Krankheitsphase fühlen sich die Betroffenen zum Teil überhaupt nicht krank, was die Einsichtsfähigkeit sowie Bereitschaft zur Edukation erschwert“, so Heller. Der Austausch der Betroffenen untereinander ist besonders wichtig, da das Erfahrungswissen der Mitbetroffenen leichter angenommen werden kann.

Verantwortung für sich selbst


Häufig besteht Skepsis beim Thema Medikamente. Viele Betroffene haben trotz zuvor stattgefundener ärztlicher Aufklärung zu Wirkungen und Nebenwirkungen bezüglich der verordneten Medikamente Unsicherheiten und Ängste. Darum wird hier nochmals explizit auf die Wirkmechanismen eingegangen: Was genau ist das für ein Medikament? Wie wirkt es? Verändert es meine Persönlichkeit? Das kann die Furcht vor dem Unbekannten nehmen. Positive Erfahrungen der anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhöhen die Bereitschaft, Medikamente dauerhaft einzunehmen. Viele Fragen gibt es auch zur Rückfallprophylaxe. „Dafür muss jeder seine individuelle Frühsymptomatik kennen. Diese arbeiten wir gemeinsam heraus. Treten Anzeichen von Frühsymptomen auf, muss man sie sich eingestehen und handeln“, erklärt Heller – es geht vor allem um die Verantwortung für sich selbst.

„Dazu gehört auch das Leben in Balance“, betont die Kursleiterin. Die Betroffenen müssten lernen, die Spitzen der Krankheit zu vermeiden – „was bei der Manie auch Verzicht bedeuten kann.“ Konkret heißt das, dass sich die Betroffenen neben ihren Alltagspflichten Ruhezeiten und Auszeiten gönnen. Egal ob Yoga, der Musikverein oder gemeinsames Nordic Walking – wichtig ist dabei vor allem die Regelmäßigkeit. In der depressiven Phase hilft sie einem dabei aktiv zu bleiben, in der Manie bringt sie Struktur und Ruhe: „Am besten man verabredet sich mit anderen, dann ist der Aufwand abzusagen meist höher, als der, den Termin wahrzunehmen“, rät Heller.

Für ein ausgeglichenes Leben kann man selbst viel tun. Die Betroffenen sollen die Fähigkeit erlangen, ihr eigenes Schicksal selbst in die Hand zu nehmen und dadurch zu beeinflussen, um neue Phasen der Depression oder Manie fernzuhalten. Dazu müssen sie ihre Krankheit jedoch akzeptieren. Psychoedukation fördert das Verständnis dafür. Auch wenn die Betroffenen der Psychoedukation anfänglich kritisch gegenüberstehen, bekommt Regina Heller am Ende vor allem positives Feedback: „Die meisten melden mir zurück, dass sie etwas aus den Kursen für sich mitnehmen konnten, das sie zukünftig umsetzen wollen und das es ihnen ermöglicht, die Krankheit als einen Teil von sich selbst anzunehmen.“ **f**

Text: Marlene Pellhammer – Fotos: Ernst Fessler



Interview über Psychoedukation mit Prof. Dr. Peter Brieger
 Youtube, Stichworte: Brieger Psychoedukation

Ich doch nicht Ich doch nicht

Lernen, die Erkrankung zu akzeptieren

Wenig geschlafen, viel gefeiert, Panikattacken, Wahnvorstellungen und Gedächtnislücken, 40.000 Euro Schulden, auf richterliche Anordnung in der Psychiatrie bis hin zum polizeilichen Großeinsatz. Martina* wollte es nicht wahrhaben. Mittlerweile hat sie ihre Erkrankung akzeptiert. Doch ihr Leben von der Bipolaren Störung beherrschen lassen will sie nicht.

„Alle, aber nicht du Martina. Das ist bestimmt die Schilddrüse.“ Vor zwei Jahren ging die damals 29-jährige Martina zu ihrem Hausarzt. Sie steckte mitten in ihrer ersten depressiven Phase. „Ich bin dann kraftlos, habe keine Gefühle zu gar nichts und leide unter Angstzuständen, Panikattacken und Appetitlosigkeit.“ 20 Kilogramm verlor die junge Frau zu dieser Zeit. Doch niemand vermutete ein psychisches Problem. „Ich war immer eine starke Persönlichkeit“, begründet sie. Die Behandlung der Schilddrüse half nicht. „Nervenzusammenbruch“ lautete die spätere Diagnose einer psychologischen Beraterin, die für Martina schlüssig klang.

Im August 2016 kam ihre erste manische Phase. Die zweifache Mutter trennte sich von ihrem Mann, feierte viel und schlief wenig. Ihr Geld investierte sie in Kunstwerke – mehr als sie eigentlich besaß, insgesamt 40.000 Euro. „Ich habe dann viele Gedanken und Ideen im Kopf und möchte diese unbedingt umsetzen. Beim Reden stolpert man, die Zunge ist einfach nicht so schnell wie der Kopf.“ Doch eine Verhaltensweise in der Manie macht der jungen Frau besonders zu schaffen: „Ich schiebe dann auch die Kinder weg. Nicht, dass ich sie nicht lieb habe. Aber in der Manie stehe ich an erster Stelle.“

Ihre Eltern und ihr Bruder brachten Martina das erste Mal in die Psychiatrie – ins ZfP Südwürttemberg nach Ehingen. „Die haben gemerkt, dass mit mir etwas nicht stimmt. Ich habe viele unrealistische Sachen erzählt, zum Beispiel, dass ich mit

Tieren reden kann.“ Dr. Hilde Heinemann, ärztliche Leiterin der Allgemeinspsychiatrie Ehingen, bestätigte die Annahme der Familie. „Frau Heinemann hat gleich gesagt, dass ich manisch bin“, erinnert sich Martina. Doch sie wollte das nicht wahrhaben: „Mir hat ja nichts gefehlt.“

» —————
Dass es diese Erkrankung ist,
wollte ich nicht akzeptieren –
ich doch nicht!

«

Martina widersetzte sich einem Aufenthalt in der Psychiatrie. Und lehnte auch das weitere Einnehmen ihrer Medikamente ab. „Ich habe gedacht, ich schaffe das so.“ Doch die manischen Phasen wurden schlimmer, sie litt unter Gedächtnislücken, legte sich mit jedem an. „Man lässt sich nichts gefallen, egal wer vor einem steht.“ Martina schaltete wiederholt einen Anwalt ein, der sie vor der Einweisung in die Psychiatrie bewahren sollte. Mehrfach beschloss der zuständige Richter ihre sechswöchige Unterbringung. Zwei Mal entwich die 29-Jährige von der Station. Die restliche Zeit wehrte sie sich vehement. „Ich habe die Pflegekräfte gebissen, sie mit Urin übergossen.“ Martina musste fixiert werden. Sie wurde teils tagelang Tag und Nacht bewacht. „Was haben die nur mit mir durchgemacht“, kommentiert die junge Frau heute.

Ein einschneidendes Erlebnis

Ein Großeinsatz: Sechs Polizeifahrzeuge, ein Hubschrauber und ein Feuerwehrwagen. Die Rettungskräfte suchten nach Martina. Sie hatte ein Feuer am Flugplatz in Ehingen gelegt. In ihrer manischen Phase verbrannte sie ihre Klamotten und zündete ihr Auto an – sie selbst war nackt. Finden konnten die Rettungskräfte Martina nicht. Sie floh in den nah gelegenen Wald, schlief dort einige Stunden im Gebüsch. Die 31-Jährige erinnerte sich selbst nicht daran. Erst als sie einige Stunden





In einer manischen Phase sorgte Martina für einen Großeinsatz. Sie verbrannte ihre Klamotten und zündete ihr Auto an.

später aus dem Wald kam und die Polizei alarmieren ließ, setzten auch ihre Erinnerungen wieder ein. Die Folge des Ereignisses: Ein Eintrag im Behördenzeugnis und der vorläufige Entzug der Fahrerlaubnis.

Die Einsicht

Nach ihrer letzten manischen Phase rutschte Martina rasch in die Depression. Zudem musste sie mit den Auswirkungen der Manie umgehen. „Der Rechtsanwalt meldete sich, meine Kinder sollten mir weggenommen werden.“ Die zweifache Mutter erkannte wie wichtig es für sie ist, ihre Medikamente einzunehmen und sich in Behandlung zu begeben. Nach und nach ging es ihr wieder besser. Hierzu trug auch ihre Teilnahme an einer Studie für bipolar Erkrankte am

Universitätsklinikum Tübingen bei. Die Studie umfasste nach Voruntersuchungen ein mehrstündiges Therapieprogramm an vier Samstagen. Die unterschiedlichen Therapieformen und die Bekanntschaft mit den anderen fünf Betroffenen taten Martina gut: „Ich habe gemerkt, dass ich nicht die einzige mit dieser Erkrankung bin.“ Seither ist die 31-Jährige in Behandlung. Sie geht alle vier Wochen in die Sprechstunde und regelmäßig zur Blutabnahme in die Psychiatrische Institutsambulanz in Ehingen.

Früher war Martina selbstständig tätig, sie organisierte Arztbesuche von Auslandspatienten. Doch mit ihrer Erkrankung war die Selbstständigkeit zu viel für sie: „Man ist nicht mehr so belastbar, körperlich und psychisch.

Nichts machen kann ich aber auch nicht.“ Martina ist nun in einem anderen Beruf tätig, sie arbeitet beim Bäcker. Die junge Frau will sich nicht unterkriegen lassen: „Ich akzeptiere meine Erkrankung, nehme meine Medikamente und achte auf ausreichend Schlaf. Aber ich lasse mich nicht von meiner Erkrankung beherrschen.“ Martina und ihre Kinder führen wieder ein ganz normales Familienleben. „Ich genieße mein Leben wieder in vollen Zügen – so gut es geht“, sagt Martina.

Doch sie weiß auch: Mit einer Bipolaren Störung ist Disziplin gefragt. „Es ist nicht wie bei einer körperlichen Krankheit. Man weiß nie, wie es ausgehen wird. Trotzdem darf man sich nicht aufgeben und den Glauben an sich selbst nicht verlieren. Man muss kämpfen – jeden Tag.“ **f**

* Name von der Redaktion geändert.

Text: Rieke Mitrenga – Foto: Pixabay

Nachgefragt

Bipolare Störung und Komorbidität



Dr. Urban Hansen, Chefarzt der Abteilung für Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Bodenseekreis, erklärt wie eine Bipolare Störung mit anderen psychischen Störungen zusammenhängen kann. Ob eine zusätzliche Störung vorliegt, muss immer im konkreten Einzelfall beurteilt werden. Nicht alle bipolar Erkrankten, die in manischen Phasen feiern gehen oder unter Panikattacken leiden, sind betroffen.

FACETTEN: Kommt es häufig vor, dass Menschen mit einer Bipolaren Störung zusätzlich an einer anderen psychischen Störung leiden? Und falls ja, welche sind das?

DR. URBAN HANSEN: Tatsächlich spielen begleitende psychische Störungen gerade bei der manisch-depressiven Erkrankung eine ganz erhebliche Rolle. Häufig treten Angst- und Suchterkrankungen, aber auch verschiedene Störungen der Impulskontrolle zusätzlich auf. Dadurch wird nicht erst die Therapie erschwert, oft bleiben Bipolare Störungen lange unerkannt oder werden fehldiagnostiziert. Man geht davon aus, dass durchschnittlich acht Jahre bis zur korrekten Diagnosestellung vergehen. Gleichzeitig lassen sich auch die komorbiden psychischen Erkrankungen oft erst dann verlässlich diagnostizieren, wenn sich die affektiven Symptome zwischen den Phasen stabil zurückgebildet haben oder zumindest im Rahmen der Behandlung stabil sind.

FACETTEN: Handelt es sich dabei eher um gleichwertige Erkrankungen? Oder um begleitende Störungen, die sich aus der Hauptsymptomatik der Bipolaren Störung entwickelt haben?

HANSEN: Welche Erkrankung von ihrer Bedeutung her jeweils im Vordergrund steht, lässt sich immer nur im konkreten Einzelfall beurteilen. Dabei spielt neben der Schwere der jeweiligen Symptomatik auch eine Rolle, in wie weit das psychosoziale Funktionsniveau im Alltag durch die Störungen eingeschränkt wird. Ein Zugangsweg für ein Erklärungsmodell kann sich ergeben, wenn wir uns gemeinsam mit dem Patienten oder der Patientin die zeitliche Entwicklung und die gegenseitige Beeinflussung der Bipolaren Störung und komorbiden Erkrankungen genauer anschauen.

Das „Henne-Ei-Problem: Was war zuerst da?“ lässt sich aber selten abschließend klären. Wie auch bei den meisten anderen psychischen Erkrankungen gehen wir bei der Bipolaren Störung und den auftretenden komorbiden Erkrankungen von einer multifaktoriellen Ursache aus. Genetisch bedingt liegt eine gewisse Vulnerabilität (Verletzlichkeit) vor, die in Verbindung mit bestimmten Stressoren – das können zum Beispiel zwischenmenschliche Konflikte, aber auch psychotrope Substanzen sein – und letztlich Persönlichkeitseigenschaften dazu führt, dass das „Fass“ irgendwann einmal überläuft und sich die psychische Erkrankung manifestiert.

FACETTEN: Leiden Menschen mit einer Bipolaren Störung auch an körperlichen Begleiterkrankungen?

HANSEN: Menschen mit Bipolaren Störungen leiden in der Regel unter den gleichen körperlichen Erkrankungen, wie sie in der Allgemeinbevölkerung verbreitet sind, das heißt unter Herz-Kreislaufkrankungen, Skelettmuskelerkrankungen, Übergewicht und Diabetes. Allerdings kommen diese Erkrankungen bei bipolar erkrankten Personen häufiger vor und häufiger auch in Kombination. Das erhöhte Risiko, körperlich zu erkranken, ist teilweise mit den komorbiden psychischen Erkrankungen erklärbar. Denken Sie nur an die ganzen Alkoholfolgeerkrankungen. Interessant ist übrigens die Beobachtung, dass die Migräne bei manisch-depressiv Erkrankten besonders häufig auftritt.

Aufgezeichnet von Rieke Mitrenga – Foto: Philipp Pilson

Manisch kreativ

Genie und Wahn- sinn?

Die Liste der Künstlerinnen und Künstler, die angeblich an einer Bipolaren Störung leiden, ist lang. Georg Friedrich Händel soll dazu gehören, Robert Schumann, Vincent van Gogh, Martin Kolbe ebenso wie Virginia Woolf, Sylvia Plath oder Carrie Fisher. Es scheint, als würde eine Bipolare Störung ein besonderes kreatives Potenzial freisetzen. Lässt sich diese These halten?



„Während der manischen Phasen kann man bei manchen Betroffenen eine gewisse Kreativität feststellen“, erklärt Dr. Ursula Göser, ärztliche Leiterin der Allgemeinpsychiatrie des ZfP Südwürttemberg in Wangen. Wie sich diese manifestiert, ist dabei ganz unterschiedlich: Wer gerne malt, wird sich in Bildern ausdrücken, manche sehen sich selbst als Kunstobjekt und wollen durch besonders auffällige und bunte Kleidung auffallen. Eines steht jedoch fest: „Die Manie ruft keine Fähigkeiten hervor, die im Charakter der Betroffenen nicht vorhanden sind“, so Göser. Dennoch wird dieser Krankheit ein hohes kreatives Potential zugesprochen. Wie lässt sich das erklären?

Das kreative Potenzial der Manie

Entzieht die Depression jegliche Lebensenergie und Schaffenskraft, kehrt sich der lähmende Zustand während der Manie ins Gegenteil um: „Die Betroffenen sind dann antriebsgesteigert, haben eine verminderte Hemmschwelle und zeigen meist Größenwahn. Die Ideenflut, gepaart mit der psychomotorischen Beschleunigung im Denken und Tun, ist das Triebwerk der Kreativität in einer Manie“, erläutert die Ärztin. Was sich für die Umwelt der Betroffenen anfühlt wie Realitäts- und Kontrollverlust, erfahren jene als Bewusstseinsweiterung.

Schlafen und Essen wird nebensächlich. Innerhalb kürzester Zeit können Dinge erschaffen werden, die sowohl den Einfallsreichtum als auch das Arbeitspensum von Gesunden übersteigen würden: Händel soll nach einer depressiven Phase innerhalb von nur drei Wochen eines seiner berühmtesten Werke geschrieben haben – das

Oratorium „Der Messias“. In Schumanns Kopf tobten Melodien, die ihm keine Ruhe ließen: Nachts verfasste er Klavierstücke, von denen er überzeugt war, dass er sie höre, weil ein Engel ihm diese als Gruß von Mendelssohn und Schubert schickte. Solche Aussagen über Künstlerinnen und Künstler sind jedoch mit Vorsicht zu genießen: „Wenn ich einem Menschen nie persönlich in einem Gespräch begegnet bin, ist die Festlegung auf eine Diagnose schwierig“, zweifelt Göser an der großen Anzahl berühmter Persönlichkeiten, die angeblich unter einer Bipolaren Störung litten. Auch sei eine Bipolare Störung unter Kreativen nicht verbreiteter als beim Rest der Bevölkerung. Zu behaupten kreative Leistungen seien auf Manien zurückzuführen werde all den Menschen nicht gerecht, die durch Fleiß und Disziplin etwas erschaffen.

Größenwahn und Erschöpfung

Die Ideenflut der manischen Patientinnen und Patienten ist nicht dafür bestimmt, nur in deren Köpfen zu existieren, sie drängt nach außen. Sie haben selbst das Gefühl im Vergleich zu ihren Mitmenschen einen erweiterten Horizont zu haben: „In einer Manie glauben die Betroffenen, alles zu verstehen und alles zu begreifen, mehr noch: Sie sind auch der Überzeugung sie

können alles und ihnen gelingt alles. Probleme gibt es nicht“, erklärt Göser das Bemühen der bipolar Erkrankten sich auszudrücken und mitzuteilen. In diesem Zustand kann man die Patienten nicht mehr erreichen, auch wenn die Ideen und deren Umsetzung zu Problemen führen können oder sinnlos sind.

Viele Betroffene wollen die produktive Kraft der Manie nicht mehr verlieren und wehren sich gegen eine Behandlung: „Die unkonventionellen Einfälle manischer Patientinnen und Patienten können durchaus sehr erfrischend sein. Bei der Visite mit fröhlichen, bunten Bildern beschenkt zu werden, hat etwas sehr Lebendiges. Allerdings wissen wir natürlich, dass diese Hochgestimmtheit ohne Grund krankhaft ist. Die Grenze zur Selbstschädigung der Betroffenen ist schnell erreicht“, beschreibt Göser die Gefahr, die die Manie mit sich bringt. Ständig über dem Limit zu leben, führt früher oder später zur Erschöpfung.

Der schlagartige Stimmungswechsel von der Manie in die Depression ist anstrengend und kostet viel Kraft: „Direkt nach der Manie ist die Depression am heftigsten. Die Erkenntnis, was man alles getan hat, lässt verzweifeln. Schuld- und Schamgefühle sind groß“, weiß Göser. So ging es auch dem Gitarristen Martin Kolbe: Als einstmals erfolgreichster Gitarrist Deutschlands trennte er sich 1979 während einer Manie von seinem Duettpartner Ralf Illenberger, wollte solo durchstarten, hatte Großes vor. Mit dem Ende des Höhenfluges war auch seine Karriere beendet und seine Familie zerstört.

Kein Garant für Kreativität

Tragen bipolar Erkrankte eine gewisse Kreativität in sich, kann diese durch eine Manie verstärkt werden: Ideen sprudeln, die Betroffenen drängen nach Umsetzung. Eine Manie ist aber weder Garant noch Voraussetzung für Kreativität. Die Patientinnen und Patienten genießen das hohe Energielevel und die gesteigerte Produktivität. Letztlich ist dieser Zustand aber ein pathologischer, der zu viel Leid führen kann. **f**

Text: Marlene Pellhammer

Fotos: Georg Friedrich Händel: Von Thomas Hudson - Unbekannt, Gemeinfrei, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=280838>

Robert Schumann: Von Josef Kriehuber - Diese Datei ist ein Ausschnitt aus einer anderen Datei: Robert Schumann Litho.JPG, Gemeinfrei, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=507281>

Vincent van Gogh: Pixabay

Sylvia Plath, Catherine Zeta-Jones, Carrie Fisher, Virginia Woolf: Shutterstock



Manchen Künstlerinnen und Künstlern wird post mortem eine Bipolare Störung zugeschrieben. Kreative jetziger Zeit gehen teilweise offen mit ihrer Erkrankung um:



Vincent van Gogh (1853–1890)

Der Maler sprach von einer großen „Verwirrung“ und starken „Unruhe in meinem Kopf“. Diese Phasen wurden abgelöst durch depressive Zeiten, die ihn an seiner Malerei im Freien hinderten: „Wenn ich draußen auf den Feldern bin, werde ich oft so sehr von einem schrecklichen Gefühl von Einsamkeit übermannt, dass ich mich scheue, mein Zimmer zu verlassen.“

Virginia Woolf (1882–1941)

Die Autorin wurde zeitweise als energisch, fröhlich und charismatisch wahrgenommen. Dies wechselte sich ab mit depressiven, lebensmüden Episoden. 1941 beging sie Suizid und hinterließ ihrem Ehemann einen Abschiedsbrief mit den Zeilen: „Liebster, ich spüre mit Sicherheit, dass ich wieder verrückt werde.“

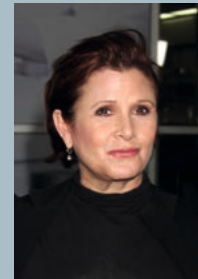


Sylvia Plath (1932-1963)

Die amerikanische Lyrikerin Sylvia Plath schrieb über ihr Leben, es werde „auf magische Weise von zwei elektrischen Strömen geführt, freudig-positiv der eine, verzweifelnd-negativ der andere – und derjenige, der gerade die Oberhand hat, dominiert mein Leben völlig.“

Carrie Fisher (1956–2016)

Die Star Wars Schauspielerin beschrieb ihre Krankheit als „chemisches Ungleichgewicht, das mich in seiner extremen Ausprägung in die Klinik bringen kann.“ Sie wollte Betroffenen mit ihrer Offenheit Mut machen. Daher bot sie bis zu ihrem Tod eine Ratgeberkolumne an, in der sie Fragen von Betroffenen beantwortete.



Catherine Zeta-Jones (geb. 1969)

Die Schauspielerin bekennt sich öffentlich zu ihrer Krankheit, weil sie gegen Stigmatisierung ankämpfen will: „Ich hoffe, ich kann den schlechten Ruf, der der Krankheit anhängt, abschaffen, so dass diejenigen, die die Störung nicht unter Kontrolle haben, sich umgehend nach Hilfe umsehen, um sich behandeln zu lassen.“

Literatur- und Filmempfehlungen

Tod nach Plan – André, psychisch krank und lebensmüde
2011, 45 Minuten, Regie: Hanspeter Bäni

Letzter Ausweg Freitod?

Nach schwer manischen Episoden mit U-Haft und zahlreichen Klinikaufenthalten sieht der 56-jährige André, der sich als austerapiert bezeichnet, keinen anderen Ausweg, als den Freitod der Bipolaren Störung vorzuziehen: „Lieber bin ich tot, als nochmals manisch zu werden.“ Regisseur Bäni begleitet die letzten Lebenswochen des Schweizer, filmt den Abschied von Freunden, die Planung der Beisetzung und lässt auch kritische Stimmen zu Wort kommen. Was sagen Ethiker und Psychologen zum Tod durch Sterbehilfe? Bäni zeichnet ein einfühlsames Bild eines psychisch Kranken, dessen Leidensweg letztlich im akribisch geplanten Freitod mit der Sterbeorganisation Exit mündet.

Eine bewegende Reportage, über einen manisch-depressiven Mann, dessen Entscheidung Außenstehenden großen Respekt abverlangt.

Nicola Netzer



Tod nach Plan

André, psychisch krank und lebensmüde

Ein Film von Hanspeter Bäni

„Meine ruhelose Seele“: Die Geschichte einer bipolaren Störung

Kay Redfield Jamison
ISBN 978-3-86882-504-6



Ärztin und Patientin gleichzeitig

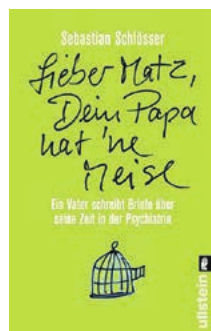
Die Autorin ist eine anerkannte Professorin der Psychiatrie mit dem

Schwerpunkt Bipolare Störung und leidet selbst an der manisch-depressiven Erkrankung. In ihrer Biographie beschreibt sie das Leben mit der Krankheit: Die Manie erlebte sie als Höhenflug mit den Folgen eines beinahe finanziellen Ruins, mit 28 will sie durch eine Überdosis Lithium ihr Leben beenden. Der kühle Verstand der Wissenschaftlerin steht dabei mehr als einmal im Konflikt mit der erkrankten, emotionalen Privatperson – was vor allem bei der Medikamenteneinnahme deutlich wird, gegen die sie sich jahrelang sträubt.

Durch ihre doppelte Perspektive gibt Jamison einen offenen und ehrlichen Einblick in die Achterbahnfahrt der Gefühle.
Marlene Pellhammer

„Lieber Matz, Dein Papa hat 'ne Meise“: Ein Vater schreibt Briefe über seine Zeit in der Psychiatrie

Sebastian Schlösser
ISBN 978-3550088704



Die Meise im Wolkenkuckucksheim

Die Psychiatrie ist ein Wolkenkuckucksheim, die psychische Erkrankung eine Meise und die Ärztinnen und Ärzte sind Meisendoktoren – so beschreibt der bipolar erkrankte Autor seinem kleinen Sohn den Aufenthalt in der Psychiatrie. In Briefen teilt er ihm offen mit, wie schwierig es ist, mit der Meise zu leben und was diese mit ihm macht. Ungeschönt und humorvoll blickt Schlösser dabei auf seine manischen und depressiven Phasen als erfolgreicher Theaterregisseur zurück.

Der Leser erhält einen ehrlichen Eindruck davon, was es heißt, manisch-depressiv zu sein – trotz eher langatmiger Theater-Abschnitte.

Nicola Netzer

Redaktion

Heike Amann-Störks Musiksammlung reicht von Mantra-CDs bis Punkrock.

Rieke Mitrenga ist bekannter Krimi und Thriller-Fan, schreckt aber bereits zusammen, wenn jemand unangekündigt im Büro steht.

Nicola Netzer zapft bei zu viel Blut im Tatort schnell mal zur Sonntagabend-Schnulze und wieder zurück.

Marlene Pellhammer surft sowohl auf zeit.de als auch auf gala.de.



Winterreise

2006, 99 Minuten, Regie: Hans Steinbichler

Ein liebenswerter Kotzbrocken

Die „Arschlochpost“ bei der Arbeit nicht öffnen, in der Kirche pöbeln, weil die Gemeinde zu langsam singt und zuhause die Rockmusik bis zum Anschlag aufdrehen: Franz Brenninger (souverän und stark verkörpert von Josef Bierbichler), verheiratet, zwei Kinder und mittelständischer Unternehmer, ist meist voll auf Touren. Wenn ihm die Luft wegbleibt, stellt er sich nackt ins offene Fenster und atmet tief die kalte Winterluft ein. Doch Brenninger hat auch andere Seiten: mal sensibel und zärtlich, mal fällt ihm das Reden, sogar das Aufstehen schwer. Und Brenninger hat noch ein weiteres Problem – er ist pleite. So lässt er sich auf ein unglaubliches Geschäft ein. Schnell wird klar, dass die afrikanischen Geschäftsmänner ihn um sein letztes Geld gebracht haben. Wild entschlossen reist Brenninger nach Nigeria, um es sich zurückzuholen.

Ein aufrichtiger Film mit starken Bildern.
Rieke Mitrenga

Redaktionstipp ...



Bipolar hautnah

@ nothing_to_worry_about

Auf dem Instagram-Account nothing_to_worry_about hält die Fotografin Melissa Spitz das Leben ihrer psychisch kranken Mutter fest. Diese leidet an einer Bipolaren Störung seit Spitz sechs Jahre alt ist. Die Fotos der New Yorkerin zeigen Szenen aus dem Alltag: Shoppingausflüge und ein Tag am Meer, genauso wie eine in der Ecke zusammengekauerte Mutter oder ein mit Zigarettenkippen übersäter Teppichboden. In den Kommentaren schreibt die Künstlerin ihre Gedanken nieder. So erfährt man viel über die Beziehung zwischen Mutter und Tochter und kann an den schönen sowie schwierigen Momenten der beiden teilhaben.

Schonungslose, mutige und berührende Bilder-
serie über das Leben mit einer bipolaren Mutter.
Heike Amann-Störk

bemerkenswert



Musik: Martin Kolbe, „Bipolar Roadshow“ Der bipolar erkrankte Musiker verarbeitet in Songs seine Erfahrungen mit der Krankheit und Psychiatrie und tourt damit durch Deutschland. Zum Reinhören: Youtube, Stichwort: Martin Kolbe

Musical: Brian Yorkey und Tom Kitt, „Next to Normal“ Das Musical zeigt die bewegende Geschichte einer bipolar erkrankten Mutter, deren Krankheit durch den Tod ihres Sohnes nach 16 Jahren wieder durchbricht.

Buch: Thomas Melle, „Die Welt im Rücken“ Ein schonungsloser Bericht über Krankheit und Gefühlsleben des manisch-depressiven Autors, der mit seinem Bestseller für den Deutschen Buchpreis nominiert war.

Blog: Die Bipolare Muse Die Kommunikationsdesignerin Nathalie Karg bloggt auf www.diebipolaremuse.jimdo.com über ihr „nicht-medizinisches Projekt zur Aufklärung, Unterstützung, Hilfe, Öffentlichkeitsarbeit, Entstigmatisierung und systemischen Heilung“ Bipolarer Störungen.

Bipolar = kreativ?

Polaritäten oder Gegensätze bestimmen die Natur und unser Leben. Klirrende Kälte oder sengende Hitze, ermattende Müdigkeit oder gespannte Unruhe, himmelhochjauchzend oder zu Tode betrübt. All das ist uns wohlbekannt und treibt uns an. Ohne die Ausschläge nach oben und nach unten wäre das Leben fad, gefühlsarm, neutral. Und beides gehört zusammen, wie schon bei Hegel, der Polarität als „von einem Unterschiede, in welchem die Unterschiedenen untrennbar sind“ skizzierte. Im Daoismus bilden diese Gegensätze sogar eine Einheit: „Yin und Yang“.



Dr. Raoul Borbé

ist Ärztlicher Leiter der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie in Weissenau, ZfP Südwürttemberg.

Es fällt uns also nicht schwer, zumindest in Ansätzen, nachzuempfinden, in welchen Gefühlswelten sich Menschen mit Bipolarer Störung befinden. Affektive Störungen, das heißt Störungen der Emotionen, sind unserem eigenen Gefühls-erleben nachvollziehbarer als paranoides Erleben oder eine dementielle Entwicklung. Folgerichtig wird immer wieder gemutmaßt, dass Menschen mit Bipolarer Störung besonders kreativ sind, weil sie Emotionen tiefer empfinden und zum Ausdruck bringen können.

Es gibt eine Reihe von Publikationen, die diese These stützen und Künstler aus unterschiedlichen Sparten beispielhaft aufführen, die an einer Bipolaren Störung leiden oder gelitten haben: Hemingway, Hesse, van Gogh oder Schumann. Das Werk von Letzterem bildet geradezu einzelne Krankheitsphasen ab, die Kompositionen wechseln zwischen Dur und Moll, je nach Stimmungslage. Die Klaversonate Nr.1 in fis-Moll begann er 1833, als er in seinem Tagebuch vermerkte „Qualen fürchterlichster Melancholie vom October bis December“ erlitten zu haben. Ob es Schumann bewusst war, wie sehr die Erkrankung sein Werk beeinflusste, wissen wir nicht. Der britische Sänger Sting verarbeitete dagegen sehr anschaulich seine Erkrankung in dem Lied „Lithium Sunset“ und beschreibt darin sein Leid und wie ihm das Medikament Lithium geholfen hat, „... heal my soul, lithium sunset“. Ganz anders Kurt Cobain mit Nirvana, deren Song „Lithium“ ohne weiteren Bezug auf die Substanz bleibt, aber in drastischer, alptraumhafter Art und Weise die Destruktivität einer solchen Erkrankung skizziert.

Man könnte solche Einzelfälle nun genauer untersuchen, Vergleichsstudien unternehmen. Aber es gibt natürlich viele Künstler, die frei von einer psychischen Störung ebenso anrührende, beeindruckende Werke geschaffen haben. Wobei – vielleicht ist bei diesen das Auf und Ab nicht ganz so ausgeprägt, die Alltagsbeeinträchtigung geringer, weil es sich letztlich bei psychischen Störungen meist um ein dimensionales Geschehen handelt, was besonders auf emotionale Erfahrungen zutrifft. So wie bei uns allen, die die am Anfang erwähnten Gefühlsschwankungen genauso kennen und in deren Rahmen mal kreativer sind, mal nachdenklich gehemmt, aber vielleicht einfach weniger Talent haben, um künstlerisch Eindrucksvolles zu schaffen.

Die Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. verweist in dieser Diskussion zu Recht auf den Umstand, dass in einer Manie ein „veritabler Schaffensrausch“ ausgelöst werden könne, wobei über die Qualität damit noch nichts ausgesagt sei. Aber selbst wenn Außenstehende Schwierigkeiten hätten, entstandene Werke zu verstehen, so sei der künstlerische Prozess für den Einzelnen wichtig: Zunächst um Energie und Einfälle zu kanalisieren, später um zu reflektieren und die einem selbst fremd gewordene Krankheitsphase besser verstehen zu können. ■

Text: Dr. Raoul Borbé – Foto: Heike Amann-Störk

Gemeinsam in einem Boot

Wie eine Bipolare Störung das Leben der Angehörigen beeinflusst

Wenn Menschen sich in grandioser Selbstüberschätzung verschulden oder aus einer tiefen Depression heraus einfache Dinge nicht mehr erledigen können, dann hat das auch Einfluss auf die Angehörigen. Diese stehen vor der großen Herausforderung, mit den Auswirkungen der emotionalen Achterbahnfahrt umgehen zu müssen. Was sie für sich tun können und wie sie lernen mit der Krankheit umzugehen – darüber hat sich Facetten mit der Angehörigenvertreterin der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störung (DGBS), Barbara Wagenblast, unterhalten.

FACETTEN: Welche Hilfestellungen für Angehörige gibt es?

BARBARA WAGENBLAST: Leider viel zu wenige. Es gibt Angehörigen-Gruppen, doch diese sind sehr selten. Über die DGBS organisiere ich Seminare für Angehörige. Außerdem gibt es noch eine telefonische Beratung unter der Nummer 0700 333 444 55. Das jährliche Highlight der DGBS sind die trialogischen Tagungen, bei denen sich zwei Tage lang rund 500 Teilnehmende in diversen Symposien und Workshops austauschen, Ärztinnen und Ärzte sowie Psychologinnen und Psychologen, bipolar Betroffene und Angehörige.

FACETTEN: Welche Angehörigen suchen Hilfe oder Beratung in Ihren Seminaren?

WAGENBLAST: Häufig sind es Partner oder Partnerinnen der Betroffenen, Eltern von betroffenen Kindern, aber auch erwachsene Kinder mit einem erkrankten Elternteil. Seltener sind es Geschwister.

FACETTEN: Wer meldet sich über das Beratungstelefon?

WAGENBLAST: Am häufigsten Angehörige, circa ein Drittel Betroffene und manchmal auch Behandelnde. Angehörige fragen beispielsweise: Wie schaffe ich es, dass mein Partner oder meine Partnerin zum Arzt geht? Er oder sie hat die Medikamente abgesetzt – was kann ich tun?

FACETTEN: Wie können Sie fernmündlich helfen?

WAGENBLAST: Wir müssen viel Aufklärungsarbeit leisten, denn – so nachvollziehbar der Wunsch oft auch ist – man kann einen Menschen nicht gegen seinen Willen in die Psychiatrie einweisen. Das geht nur, wenn Fremd- oder Selbstgefährdung besteht. Auch wenn die Situation für die Angehörigen belastend ist: Es reicht nicht aus, dass der Ehepartner oder die Ehepartnerin die Familie verschuldet. Man kann dann nur Tipps geben: getrennte Kontoführung oder das Ersparte in Sicherheit bringen. Wir versuchen auch Hoffnung zu schenken: Ja, es gibt Ehen, die diese Krankheit gemeinsam tragen. Manchmal können wir auch nur zuhören.



Barbara Wagenblast

engagiert sich seit elf Jahren in der DGBS, von 2009–2015 war sie Angehörigenvertreterin im Vorstand der DGBS. Sie hat die Leitung des Bipolar-Beratungstelefons inne, organisiert Seminare für Angehörige und leitet seit zehn Jahren eine Angehörigengruppe im Landkreis Konstanz, außerdem ist sie Mitglied im Team der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle im Landkreis Konstanz.

Kontakt: b.wagenblast@dgb.de





Behandelnde sollten sich Zeit nehmen für die Fragen und Sorgen der Angehörigen.



Der Austausch im Trialog, der Betroffene, Behandelnde und Angehörige mit einbezieht, ist besonders wichtig.

FACETTEN: Welche Phase ist für die Angehörigen schlimmer – die depressive oder die manische?

WAGENBLAST: Die manische Phase ist besonders anstrengend. Man muss immer wachsam sein. Fragt sich: Was stellt er oder sie an? Wurde die Geldkarte mitgenommen? Fährt er oder sie wieder mit 100 Stundenkilometer durch die 30er Zone? Die Angst davor, dass etwas geschieht – den Betroffenen oder anderen – ist groß. Irgendwann sind die Angehörigen mit ihren Nerven am Ende. Bei der Depression ist die Belastung eine andere: Man muss die eigene Hilflosigkeit aushalten, die Situation mittragen und versuchen, trotz allem die Hoffnung und Lebensfreude nicht zu verlieren.

FACETTEN: Was können die Angehörigen im Umgang mit den Betroffenen falsch machen?

WAGENBLAST: Das Bedürfnis, den Alltag kontrollieren zu wollen, ist groß. Trotzdem muss man versuchen, den Betroffenen nach jeder Phase das Vertrauen wiederzuschicken. Ziel soll immer sein: Die Ressourcen und Kompetenzen der Erkrankten stärken und ihnen die Verantwortung für ihre Handlungen wieder geben, beispielsweise bei der Medikamenteneinnahme.

FACETTEN: Während einer Krise kommt es zu vielen Verletzungen: Fremdgehen, Schulden und mehr. Wie kann man das Vertrauen wieder aufbauen?

WAGENBLAST: Das ist nicht leicht. Gut ist es, die Krise aufzuarbeiten. Das scheitert leider oft an beiden Seiten, weil man einfach froh ist, dass es vorbei ist. Es ist jedoch ratsam, sich nach längerer Erholungszeit zusammzusetzen und zu besprechen, wie man schwere Krisen zukünftig verhindern kann. Und dann sollte man Vorsorge treffen. Besonders gut wäre es, wenn man dafür professionelle Hilfe hätte, zum Beispiel von einer Psychotherapeutin oder einer Mediatorin. Diese Möglichkeit gibt es jedoch kaum, beziehungsweise muss privat finanziert werden.

FACETTEN: Was kann man konkret tun?

WAGENBLAST: Psychoedukation ist ein ganz wichtiger Punkt, um zu verstehen, was während der Krankheit passiert. Dann gibt es Betreuungsvereinbarungen oder man kann eine Vorsorgevollmacht verfassen. Betroffene tun sich oft schwer damit, weil sie ihre Autonomie nicht aufgeben wollen. Besser umsetzbar sind gemeinsam getroffene Vereinbarungen, die auf gegenseitigem Vertrauen basieren. Diese sollten ganz konkret sein, zum Beispiel: Wenn ich die dritte Nacht in Folge weniger geschlafen habe als für mich üblich, dann kontaktiere ich einen Arzt. Dann sollte man gemeinsam die individuellen Frühwarnsymptome ausarbeiten: Erkennt man eine drohende Phase an der Stimme? Der Kleidungsstil? Dem Redefluss? Man kann auch die Behandelnden von der Schweigepflicht entbinden und vereinbaren, dass sie den Angehörigen anrufen dürfen, wenn der oder die Betroffene dort Hilfe gesucht hat. Oder wenn die familiäre Beziehung angespannt ist: Wer im sozialen Umfeld hat noch die Möglichkeit, den Betroffenen zu erreichen?

FACETTEN: Das sind Dinge, die man vor oder nach einer Krise tun kann. Was hilft während einer Phase?

WAGENBLAST: Auf dem Höhepunkt einer Manie gibt es kaum Möglichkeiten, jemanden mit sachlichen Argumenten zu erreichen. Während der Hypomanie ist es vor allem wichtig, keine Energie mit langen Diskussionen zu verschwenden. Das kostet viel Kraft und führt zu nichts. Ansonsten verweisen wir auf die gängigen Kommunikationsregeln, zum Beispiel Ich-Botschaften senden. Manchmal hilft auch eine räumliche Trennung.



FACETTEN: Was können Angehörige für sich tun?

WAGENBLAST: Sie können einer Selbsthilfegruppe beitreten. Leider gibt es aber deutschlandweit viel zu wenige. Darum werbe ich im Kontakt mit Angehörigen gerne, selbst eine zu gründen. Angehörigengruppen bieten Unterstützung und ermöglichen durch regelmäßigen Austausch, voneinander zu lernen. Viele Angehörige opfern sich auf und vergessen dabei, auf sich und ihre eigenen Belastbarkeitsgrenzen zu achten. Wichtig ist es, die Krankheit als solche zu akzeptieren, da man daran nichts ändern kann. Ein gutes soziales Netz ist besonders hilfreich. Einer allein kann die Belastungen der Krankheit kaum stemmen.

FACETTEN: Was sollten Behandelnde im Umgang mit den Angehörigen beachten?

WAGENBLAST: Wir Angehörigen wünschen uns, dass alle Kliniken und Fachärzte von der Sinnhaftigkeit und dem Erfolg des Dialogs überzeugt sind. Denn alle sitzen gemeinsam in einem Boot: Die Betroffenen, die Angehörigen und die Behandelnden – und wenn sich alle im vertrauensvollen Austausch und Miteinander begegnen, kann der Krankheitsverlauf positiv beeinflusst werden und Familien müssen nicht als Folge der Belastung auseinanderbrechen.

Aufgezeichnet von Marlene Pellhammer – Fotos: privat, Ernst Fessler

In Gruppen können sich die Angehörigen über ihre Erfahrungen austauschen.



Von den Erfahrungen anderer lernen

Auf Augenhöhe

„Lächel doch mal“, „jeder ist mal down“ – das sind Sätze, die bipolar Erkrankte nicht aussprechen würden. Das Gefühlschaos, das sie durchleben, können andere, egal ob Freunde, Angehörige oder Ärzte, nur schwer nachvollziehen. Andere Betroffene können das, sie kennen die Situation aus eigener Erfahrung. Sich auf Augenhöhe auszutauschen, in einer Selbsthilfegruppe oder privat, kann bei der Bewältigung und dem Umgang mit der psychischen Erkrankung helfen.

„Es war großes Glück“, erinnert sich Anja. Sie recherchierte vor rund einem Jahr gezielt nach Selbsthilfegruppen für bipolar Erkrankte im Internet. Auf der Webseite der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. (DGBS) fand sie die Kontaktdaten von Julia. Sie zögerte nicht lang und rief an. Nach ersten Telefonaten vereinbarten die beiden Frauen ein Treffen. „Es war schön. Man fühlt sich nicht ganz allein gelassen mit der Krankheit“, berichtet Anja. Der Kontakt zu „Gleichgesinnten“ ist ihr sehr wichtig und mittlerweile zu einem festen Bestandteil ihres Lebens geworden.



Es haben sich wertvolle Freundschaften gebildet mit Menschen, die wissen was die Krankheit bedeutet.



Es geht darum, sich auszutauschen – ob bei den offiziellen Gruppentreffen oder zu zweit in einem Café.

Doch nicht allen Betroffenen fällt es so leicht Kontakt mit einer Selbsthilfegruppe oder anderen Betroffenen aufzunehmen wie Anja. „Mit einer psychischen Erkrankung ist es generell schwieriger den ersten Schritt zu machen“, berichtet Julia aus Erfahrung. Sie betreut und organisiert die Selbsthilfegruppe in Friedrichshafen gemeinsam mit Ricca. Vor rund fünf Jahren kamen bis zu zehn Betroffene alle 14 Tage zusammen, um sich auszutauschen. Ob aus Bregenz, dem Deggenhausertal oder Überlingen. Die Mitglieder nahmen teilweise lange Fahrten auf sich, um an der Selbsthilfegruppe teilzunehmen.

Bei jedem Treffen bestimmte die Gruppe einen Moderator und einen sogenannten Zeitwächter. Der Zeitwächter achtete auf die Sprechzeit der Gruppenmitglieder, sodass jeder der wollte auch zu Wort kam. Auch im „Blitzlicht“ kamen alle



Für meine Stabilität leistet die Gruppe einen ganz wesentlichen Beitrag. Ohne sie wäre ich sicherlich noch häufiger erkrankt.




Mitglieder an die Reihe und berichteten der Gruppe: Wie geht es mir zurzeit? Was beschäftigt mich? Gemeinsam wurde dann ein Thema für das Treffen festgelegt. Bewältigungsstrategien, der Umgang mit der Erkrankung im Berufsleben oder das Verhalten der Familie – die Themen waren zahlreich, genau wie die Erfahrungen der Mitglieder. Die wichtigste Regel im Miteinander war genau definiert: „Nicht: Du solltest, sondern: Mir hat das geholfen.“ Wer aus eigenen Erfahrungen rät, sollte dem anderen auf Augenhöhe begegnen – ihm Vorschläge machen und nicht etwas Bestimmtes empfehlen. Julia erläutert: „Wenn mir zum Beispiel eine bestimmte Bewältigungstechnik geholfen hat, muss die nicht zwangsläufig auch jemand anderem helfen.“

Treffen im privaten Rahmen

Zurzeit kommt die Selbsthilfegruppe nicht mehr regelmäßig zusammen. Die räumliche Distanz und die Suche nach einem für alle passenden Termin sind zwei der Gründe hierfür. Daneben erschweren krankheitsbedingte Umstände ein regelmäßiges Treffen. „Wenn es in Richtung manische Phase geht fühlt man sich ja gar nicht krank, es ist dann auch schwierig zu reden. In einer depressiven Phase ist man dagegen manchmal zu eingeschränkt, um überhaupt zu gehen“, erklärt Ricca. Auch die Organisatorinnen wechselten sich mit der Gruppenbetreuung ab – je nachdem, in welcher Phase sie sich befanden.

Doch den Kontakt aufrechtzuerhalten ist vielen Mitgliedern immer noch sehr wichtig. Sie telefonieren, schreiben und treffen sich bei Bedarf. Julia berichtet: „Es hat sich jetzt mehr auf die private

Ebene verlagert, manchmal treffen wir uns auch einfach und kochen zum Beispiel zusammen.“ Anrufe von interessierten Betroffenen, die wie Anja gezielt nach der Selbsthilfegruppe gesucht haben, erhalten Julia und Ricca regelmäßig. „Manche sind schon sehr froh über ein Gespräch mit jemand, der dieselbe Erkrankung hat – mit dem sie sich austauschen können.“ Auch Angehörige rufen bei Julia an. Nicht, weil sie an der Selbsthilfegruppe teilnehmen wollen, sondern um sich beraten zu lassen. Julia berichtet von der Mutter eines bipolar Erkrankten, mit der sie vor Kurzem telefoniert hat: „Sie wollte von mir wissen, wie sie als Eltern vorgehen sollen und ob ihr Sohn zum Arzt gebracht werden muss. Sie war sehr verzweifelt und über das Gespräch so dankbar, dass sie am Ende geweint hat.“ Julia, Ricca und Anja wissen: Der Bedarf sich wieder regelmäßig zu treffen ist da. Sie wollen weitermachen und planen, die Gruppe neu zu beleben. Julia bestätigt: „Es wäre schön, wenn sich neue Betroffene melden und wir mit einer größeren Gruppe einen neuen Anlauf machen könnten.“ 

Text: Rieke Mitrenga – Foto: Pixabay



Es tut gut zu wissen, dass man nicht allein mit dem Problem auf der Welt ist. Es macht Hoffnung, dass es immer wieder weitergeht.



Kontakt

Julia: montags, 17–20 Uhr, 0176 65620603
Ricca: per E-Mail, ricca@web.de

Information, Beratung, Kontakt



Information und Anlaufstellen

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V.

Klinik für Psychiatrie

Heinrich-Hoffmann-Straße 10

60528 Frankfurt am Main

E-Mail: info@dgb.de

www.dgbs.de

Beratungstelefon

der DGBS für Betroffene, Angehörige, professionelle Behandler und Behandlerinnen und Interessierte: 0700 333 444 55.
Die Beraterinnen und Berater rufen auf Wunsch auch zurück.

www.bipolar-academy.com/academy

Die Online-Kurse und Videos der Bipolar-Academy richten sich an bipolar erkrankte Patientinnen und Patienten sowie an deren Angehörige. Um verschiedene Videos ansehen und Tools nutzen zu können, ist ein kostenloses Benutzerkonto erforderlich.



Ratgeber

Achterbahn der Gefühle – Mit Manie und Depression leben lernen

Der in erster Linie an Betroffene gerichtete Ratgeber gibt Empfehlungen für ein ausgeglicheneres Leben und einen duldsameren Umgang mit sich selbst. Zusätzlich werden Verläufe der Krankheit, dahinterstehende Konflikte und Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt.

Der Bipolare Spagat: Manisch-depressive Menschen verstehen

Für Angehörige von bipolar erkrankten Patientinnen und Patienten bietet das von einer Betroffenen verfasste „Hilfebuch“ Tipps und Lösungswege für ein verständnisvolles Miteinander.

Warum fahren Papas Gefühle Achterbahn? Familienleben mit Bipolarer Störung

Wie erkläre ich meinem Kind was eine Bipolare Störung ist? Wie können wir trotz der Krankheit ein glückliches Familienleben führen? Auf diese und weitere Fragen gibt das bunt illustrierte Buch Antworten und praktische Tipps.



Tipps für Angehörige

- Unterstützen, aber bevormunden Sie nicht.
- Kommunizieren Sie ehrlich und offen.
- Zeigen Sie dem Erkrankten seine Grenzen sowie Ihre Konsequenzen auf.
- Seien Sie sich Ihrer eigenen Belastungsgrenze bewusst und nehmen Sie diese ernst.
- Vertrauen Sie sich jemanden an und tauschen Sie sich aus.

Angehörigengruppe im ZfP Südwürttemberg

3 Termine, jeweils freitags 17 bis 19 Uhr, Gustav-Mesmer-Haus in Bad Schussenried, weitere Informationen:

E-Mail: regina.heller@zfp-zentrum.de



Selbsthilfe

www.bipolar-forum.de

Online-Selbsthilfeforum für bipolar Erkrankte zum Erfahrungsaustausch.

Regionale Gruppentreffen:

Selbsthilfegruppe Bipolare Störung

Ravensburg/Friedrichshafen, Telefon: 0176-65 62 06 03

E-Mail: ricca@web.de



Psychologischer Selbsttest

Der kostenfreie Online-Test ermöglicht, anonym eine erste Einschätzung einzuholen, ob eine Bipolare Störung vorliegt. Die Auswertung erfolgt direkt im Anschluss an den Test. Das Ergebnis ersetzt keine fachliche Diagnose, sondern ist vielmehr als ein erster Hinweis oder eine Empfehlung zu sehen, ob es ratsam ist, sich qualifizierte Hilfe zu suchen.

www.psychenet.de/psychische-gesundheit/selbsttests/bipolare-stoerungen

Rätsel

Mitmachen und gewinnen!

- obligatorisch — 3 — — — — 9 — — — — —
- Synonym — 10 — — — — — — — — —
- winzigklein — — — — — 8 — — 11 — — — — —
- digital — — — — — 7 — — — — —
- depressiv — — — — — — — — — 6
- Egoist — — — — — — — — — 4 — — — — —
- Jüngling — 1 — — — — — — — — — —
- introvertiert — 5 — — — — — — — — — — 12 — — — — — 2 — — — — —

Lösungswort

— 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 — 11 — 12

Haben Sie's gewusst? In der Juli-Ausgabe haben wir zum Qualitäts-Check aufgerufen und nach der Anzahl der Qs gefragt. Gewonnen hat Diana Stahlhut. Das Facetten-Team gratuliert und wünscht viel Spaß beim Kaffeeseminar in der Rösterei cafésito.

Impressum

Facetten — Das Magazin des ZfP Südwestfalen — Herausgeber ZfP Südwestfalen, Pfarrer-Leube-Straße 29, 88427 Bad Schussenried, www.zfp-web.de — Redaktionelle Verantwortung für diese Ausgabe Nicola Netzer — Redaktion Dr. Raoul Borbé, Heike Amann-Störk, Rieke Mitrenga, Marlene Pellhammer — Konzept und Gestaltung Zambrino Unternehmensgesellschaft, Neu-Ulm — Druck Druckerei der Weissenauer Werkstätten — Auflage 4.700 Exemplare — Gedruckt auf Arctic Volume — Facetten erscheint drei Mal jährlich und kann kostenlos bei der Abteilung Kommunikation unter 07583 33-1588 oder per Mail an facetten@zfp-zentrum.de bestellt werden — Die nächste Ausgabe erscheint im März 2018

Welche Gegenwörter werden gesucht?

Senden Sie das Lösungswort per E-Mail an facetten@zfp-zentrum.de oder schicken Sie eine frankierte Postkarte an das ZfP Südwestfalen, Abteilung Kommunikation, Pfarrer-Leube-Str. 29, 88427 Bad Schussenried.

Unter allen richtigen Einsendungen verlosen wir eine Yogamatte, mit der Sie garantiert die innere Balance finden. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen. Einsendeschluss ist der 15. Januar 2018.



Möchten Sie über weitere Themen aus dem ZfP Südwestfalen aktuell und kompakt informiert werden?

Melden Sie sich unter www.zfp-web.de/newsletter für unseren Newsletter an.

„1 bis 3 von 100 Menschen leiden ihr Leben
lang an einer Bipolaren Störung.“