

## Protokoll: Seminar: Klinische Psychologie im Dialog, 24.04.2013, Termin 2

### Thema Bipolare Störung

#### 1. Rückblick auf das Thema Psychose

Wie sollten Angehörige sich zur Psychose verhalten?

- Zuverlässigkeit wichtiger als ständige Präsenz
- Rücksicht auf eigene Bedürfnisse nehmen
- Nicht zu viel geben -> Gefahr des Rückzug vom Betroffenen
- Balance von Nähe und Distanz
- Vorsicht mit zu viel Reizen! Musik, Fernsehen, viel Geschäftigkeit
- Hilfe bei Realitätskontrolle

2. Gruppendiskussion zum Thema persönliche Erlebnisse, die den einzelnen Teilnehmer in ein Hoch versetzt haben oder einen Tiefpunkt dargestellt haben. Gibt es Erlebnisse die den beflügeln und den Anderen runterziehen? Diskussion in Kleingruppen über die persönlichen Erlebnisse und das verschiedene Erleben .

Verschieden erlebte Ereignisse:

- Geburt des Kindes
- Verliebtheit (Angst/Schmetterlinge)
- Auslandsaufenthalt (Heimweh/Neues)
- Überforderung in der Arbeit (Stagnation/Motivation)

#### 3. Brainstorming zum Thema Depression / Manie

DEPRESSION	Gem. Stichpunkte	MANIE
↘	Kreativität	↗
Antriebslosigkeit		Großer Aktionsradius
↗↘	Appetit	↗↘
Leere	Konzentration	Gedankenrasen
„Qual“	Schlafstörung	„besseres zu tun“
entscheidungslos	Entscheidungen	Verzettelung
↘	Libido	↗
Niedergeschlagen		Euphorisch
Zurückgezogen		Extrovertiert
Hoffnungslos		Selbstüberschätzung/Selbstbewusstsein
Suizidalität (Gefahr durch Antidepressiva)		Leichtsinn -> Selbstgefährdung
Gefühl für Zeit geht verloren, alles scheint ewig	Zeitgefühl	Dieser Zustand endet nie! (positiv)
Langsam	Denken	Schnell
Sich nichts gönnen		Verschwendung
Verarmungswahn	Wahn	Größenwahn
	Gereiztheit	Zum Ende der Manie

## Notizen zur Bipolaren Störung

- Klassifizierung der Bipolaren Störung in 1 (stärker ausgeprägte Manie) und 2
  - Die Depression hat auch eine Schutzfunktion, um sich neu zuordnen
  - 3 Medikamenten Gruppen zur Behandlung von Bipolaren Störungen
  - Antidepressiva
  - Antmanische: Neuroleptiker (NW= Libido↓, Stoffwechselerkrankungen, Morbilität)
  - Prophylaktisch: Moodstabilizers, Lithium, Vorproat, Serquel (NW= Leber↓, Gewicht↑)
4. Präsentation von Zitaten von Angehörigen eines an einer Bipolaren Störung Erkrankten. Darstellung der verschiedenen Angehörigen-Perspektiven. Was kann den verschiedenen Gruppen helfen? Angehörige, gerade Kinder, werden oft bei der Behandlung vergessen, es wird nicht nach Ihnen gefragt, obwohl es Aufgabe der Psychiatrie wäre.

Kinder: mystische Sicht – Wie kann ich Mama/Papa retten? Entlastung, Beistand in Krisen. Information/Bezug

Eltern: Was habe ich falsch gemacht? Balance zwischen Bindung und Autonomie – richtiges Maß finden

Geschwister: Warum er/sie, nicht ich? „Überlebensschuld“. Gewinn für Familiengespräche

Partner: Krankheit oder Beziehung? Warum tut er/sie mir das an? Balance zwischen Nähe und Distanz.

Freunde: Wieso verändert er/sie sich? Passt er/sie noch zu uns? Aktive Info und Einbeziehung, Solidarität? Klärung -> Umgang mit Drogen

## Gespräch mit einem bipolaren jungen Erwachsenen

### Lebenslauf:

H. hatte seine erste manische Phase mit 18 Jahren. Zu der Zeit konsumierte er fast täglich geringe Mengen Cannabis, die bei ihm allerdings eine starke Wirkung hatten. Er beschrieb die Drogen jedoch nie als Auslöser sondern (ebenso wie später die Manie) als Möglichkeit zur Flucht vor Problemen und Konflikten im Alltag.

In der ersten manischen Phase war H. der Überzeugung er könne alles schaffen, er war glücklich und auch die Koordination von Bewegungen (bspw. beim skaten) fiel ihm leichter, da er seinem Körper nur „sagen“ musste er solle einen Trick machen, was der dann einfach tat, ohne dass er noch Einzelbewegungen koordinieren musste. Auch einigen seiner Lehrer

gefiel die stärkere Beteiligung im Unterricht gut.

Allerdings hatte auch schon damals die Manie nicht nur positive Seiten: H. konnte u.a. nicht mehr schlafen, Essen, in der Schule still sitzen oder (später) mit seinem Umfeld konfliktfrei kommunizieren. Auch hatte er paranoide Gedanken, die in den späteren Phasen soweit zunahm, dass sie schließlich die Oberhand hatten.

In der ersten manischen Phase lief er von zuhause weg, warf seinen Ausweis im Bestreben seine Identität hinter sich zu lassen und frei „wie ein Neugeborener mit allen Möglichkeiten eines Erwachsenen“ zu sein, in einen Briefkasten, wurde anschließend gefunden und in stationäre Behandlung gegeben. Dort begann dann seine depressive Phase. Nach der Entlassung kam er in die Tagesklinik des UKE. Sobald sein Zustand sich jedoch besserte (Übergang zur manischen Phase), entschloss er sich eigenständig seine Medikamente abzusetzen. Dies führte dazu, dass die Manie sehr stark war und er sich währenddessen auch jeglicher Behandlung widersetzte bis er schließlich wieder in stationäre Behandlung kam.

Als er sich danach wieder in der Tagesklinik und auf dem Weg aus der Depression befand, wiederholte sich das Ganze noch einmal. Dieser Kreis konnte nur dadurch unterbrochen werden, dass ihm Mitbestimmung bei der Medikamentenwahl und -dosierung gegeben wurde (→ Akzeptanz, freiwillige statt „gezwungene“ Einnahme), sodass er das Ziel, sein Leben ohne Medikamente zu meistern, jetzt nur noch langsam und betreut angeht.

H. ist jetzt 21 Jahre alt, hat gerade sein Abitur gemacht und überlegt Psychologie zu studieren. Er hatte seit über einem Jahr keine starke manische Phase mehr.

#### Hilfreich war:

Mitbestimmung bei der Medikamentenwahl/-dosierung → Akzeptanz der Medikamente, da man sich nicht übergeben und unverantwortlich für das eigene Leben fühlt; Tagesklinik: strukturierter Tagesablauf, Kombination aus vielen unterschiedlichen Therapieansätzen (u.a. Tanz-, Kunsttherapie und Familiengespräche); Unterstützung durch Familie, Freundin und Freunde; Sport zum Abbau überschüssiger Energie und zum Halten des

Körpergewichts(Zunahme durch Antidepressiva)

Wenig hilfreich war:

Zwangsbehandlung, insbesondere Fixierung über mehrere Tage hinweg, wobei er lediglich mit Hilfe einer Kamera überwacht wurde(in einem Zustand, in dem paranoide Gedanken vorherrschten!); Visite, da H. nicht erklärt wurde was passiert und er sich nur nachdem er lange niemanden gesehen hatte, sich auf einmal einem Pulk Ärzte gegenüber sah → bedrohlich; keine Kommunikation in stationärer Behandlung, unklar was eigentlich mit einem los ist; (generalisierte)Lebensprognose, die er durch die Diagnose bekam, identifizierte sich nicht mit der „Krankheit“, Lebensverlauf ist nicht nur bedingt durch die bipolare Störung sondern auch dem eigenen Umgang damit; von Therapeuten wegen der geringen Medikamentendosis nicht ernstgenommen werden(obwohl bekannt ist, dass die Effizienz von Wirkstoffen individuell variiert)