

Bipolare Störung und Sucht

Dr. Katja Salkow

salus ambulanz

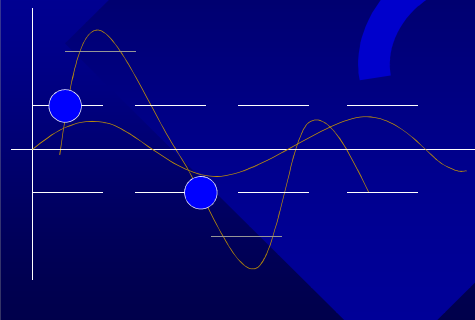
(Potsdam-Mittelmark und Berlin)

salkow@salus-ambulanz.de

bipolaris Infotag am 06.04.2013

Wie würde man therapeutisch vorgehen, wenn ausschließlich eine Bipolare Störung vorliegen würde?

Stimmungsschwankungen



3

Medikamentöse Behandlung oder

Psychotherapie /
Psychoedukation

bei Bipolaren Störungen?

4

Was kann medikamentöse Behandlung leisten?

- Viele Behandler halten Medikamente für unbedingt erforderlich
- Langfristige Stimmungsstabilisierung
- „Kappen“ der Spitzen
- Unterstützung in Krisensituationen (z.B. kurzfristige Erhöhung der Dosierung, Schlafmedikation, antidepressive oder antipsychotische Therapie)

5

Was kann
Psychotherapie (KVT) /
Psychoedukation
darüber hinaus leisten?

6

Wichtige Inhalte der Kognitiven Verhaltenstherapie / Psychoedukation Bipolarer Störungen

7

- ### Wichtige Bausteine der Psychotherapie / Psychoedukation bei Bipolaren Störungen
- Basisinformationen über die Erkrankung
 - Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Aufreten und Entstehung)
 - Biologische Grundlagen
 - Frühwarnsymptome
 - Biologische Rhythmen und Tagesstruktur
 - Steuern von Aktivitäten
 - Bewältigung von Stress und Belastungssituationen
 - Veränderung dysfunktionaler Kognitionen
 - Lösung interpersoneller Probleme
 - Krisenplan
- 8

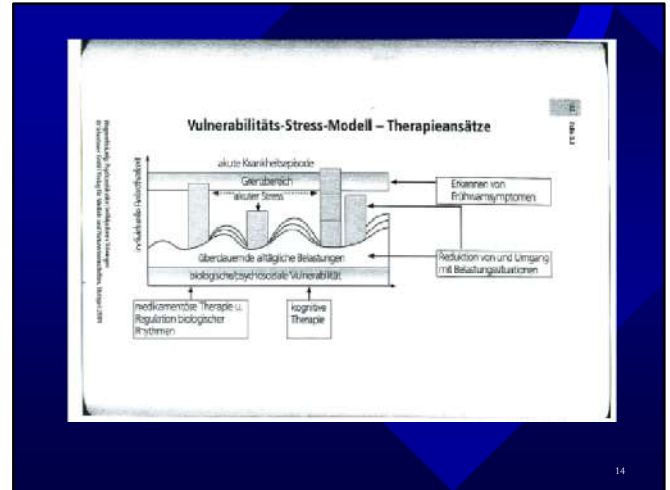
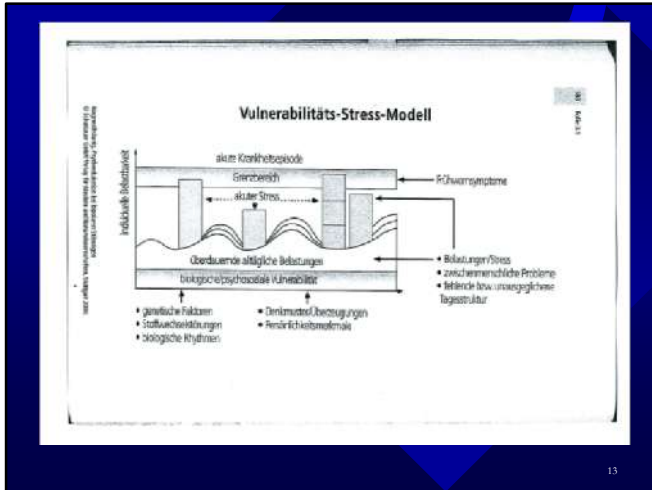
- ### Ziele der Behandlung
- Informationsvermittlung
 - Akzeptanz und Aufbau eines Krankheitsverständnisses
 - Rückfallprophylaxe
 - auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen
 - Selbstbeobachtung
 - Aufbau eines Frühwarnsystems
 - Krankheits- und Krisenbewältigung
- 9

- ### 3 Schritte der Behandlung
- 1) Informationsvermittlung
 - 2) Entwicklung eines Störungsmodells
 - 3) Ableitung von Behandlungsansätzen aus dem Störungsmodell
- 10

- ### 1) Wissensvermittlung
- Diagnostik / Differenzialdiagnostik
 - Abgrenzung zu „normalen“ Stimmungsschwankungen
 - Informationen über Epidemiologie, Prävalenz und Verlauf bipolarer Störungen sowie häufige Komorbiditäten
- 11

2) Entwicklung eines Störungsmodells

12



3) Ableitung von Behandlungsansätzen aus dem Störungsmodell

Biologische Grundlagen und medikamentöse Therapie

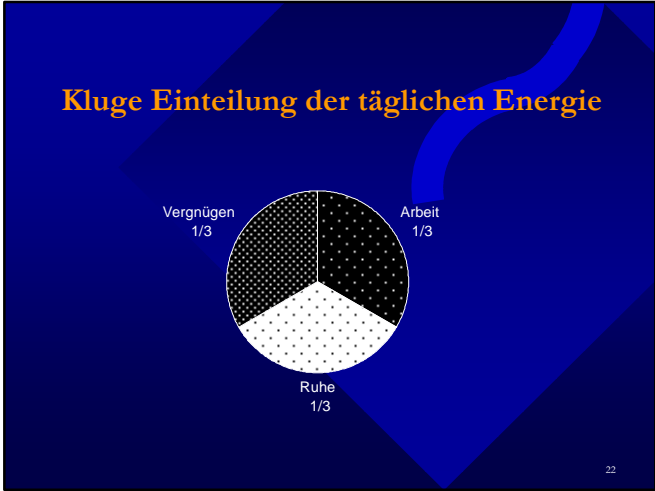
- Genetische Faktoren
- Stoffwechselstörungen
- Regulation biologischer Rhythmen

Erfassung von Frühwarnsymptomen

- Abgrenzung von relativ normaler Stimmung, Depression und (Hypo)Manie auf folgenden Ebenen: Gefühle, Gedanken, Verhalten, Körper, sonstige Symptome
- Welches sind meine persönlichen Frühwarnzeichen? > Checkliste
- Selbstbeobachtung, z.B. mit Hilfe eines Stimmungstagebuches
- Gegebenenfalls Rückmeldung von Dritten

The image shows two pages from a mood diary. The left page is a checklist titled 'Wird festgestellt' (Is it determined) with columns for 'Stimmung' (Mood), 'Gedanken' (Thoughts), 'Verhalten' (Behavior), and 'Körper' (Body). The right page is a grid titled 'Mittelschwere Stimmung' (Moderate mood) with columns for 'Stimmung' (Mood), 'Gedanken' (Thoughts), 'Verhalten' (Behavior), and 'Körper' (Body), and rows for different times of the day.

Biologische Rhythmen und Tagesstruktur



Was mache ich wann und wie lange?

Von _____ bis _____
(Dienstag - Sonntag)

Uhr	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
05							
6-8							
8-9							
9-10							
10-11							
11-12							
12-13							
13-14							
14-15							
15-16							
16-17							
17-18							
18-19							
19-20							
20-22							
22-23							

Beeinflussung und Planung von Aktivitäten

- Gegensteuern bei beginnender (Hypo)Manie
 - Gegensteuern bei beginnender Depression
 - Balance bei relativ normaler Stimmung
- > Vermeidung von Überforderung, Über-/Unterstimulation, Dosierung von Genuss, Erholungszeiten, Schlaf-/Wach-Rhythmus

25

Umgang mit Stress bzw. Belastungsfaktoren

26

- Was ist Stress? Hilfreich oder nicht?
- Wie belastend sind Ereignisse?
- Welche sind meine persönlichen Belastungsfaktoren / Stressoren?
- Wie kann ich diese vermeiden, verringern oder ausgleichen?

27

Analyse und Veränderungen dysfunktionaler Kognitionen

28

- Der Einfluss von Gedanken / „Denkfehlern“ auf die Stimmung
 - Gedanken, die Stress auslösen
 - Gedanken, die einen ungünstigen Einfluss auf die Stimmung haben
- Ø Identifizieren
- Ø mit Hilfe kurz- und langfristiger Techniken der Gedankenkontrolle verändern lernen

29

Interpersonelle Probleme

30

- Grundregeln der Kommunikation
 - > Einüben kompetenter sozialer / zwischenmenschlicher Verhaltensweisen
- Ggf. Einnehmen einer neuen sozialen Rolle
- Ggf. Trauer um das „verlorene gesunde Ich“
- Soziales Netzwerk
 - > Isolation versus mangelnde Abgrenzung / Überforderung

31

Krisenplan

32

- Meine persönlichen Frühwarnzeichen > Liste
- Wer hilft mir in einer Krise (depressiv / (hypo)manisch)?
 - Arzt, Therapeut, Angehörige, Klinik
 - > Wichtige Telefonnummern notieren!
- Was hat mir früher in beginnenden Krisen geholfen?
 - > Pausen, Krankschreibung, Wochenplan „entrümpeln“, Überforderung vermeiden, hilfreiche Kontakte, Entlastung, angenehme Aktivitäten

33

Wie ist das therapeutische Vorgehen, wenn (zusätzlich) eine Substanzgebrauchsstörung vorliegt?

- Bipolare Störung und Substanzkonsum treten häufig **komorbide** auf (bei ca. 46% der Bipolaren Störungen, Goodwin & Jamison, 2007)
- Die Wahrscheinlichkeit eines Menschen mit einer Bipolaren Störung auch eine komorbide Substanzgebrauchsstörung zu haben, ist gegenüber der Allgemeinbevölkerung 6-fach erhöht

- Entgegen gängiger Meinungen handelt es sich bei dem Substanzkonsum nicht nur um sog. **Selbstmedikation**, sondern insbesondere Trinkepisoden treten abhängig von Stimmungsepisoden oder personenspezifisch / individuell auf (z.B. Meyer et al., 2011):
- Bewältigung negativer Gefühlszustände, Verstärkung positiver Stimmung, soziale Konformität, soziale Belohnung

- Dabei bestimmt die zuerst auftretende Störung entscheidend den Verlauf der Erkrankung (z.B. Winokur et al., 1995)
- Tritt z.B. Alkoholabhängigkeit vor dem Ausbruch der Bipolaren Störung auf, ist der Verlauf höchstwahrscheinlich wesentlich milder
- Alkoholkonsum kann besonders Rapid Cycling und gemischte Episoden verstärken

- Die Patienten mit einer Bipolaren Störung und zusätzlich komorbidem Alkoholmissbrauch sind gegenüber einer medikamentösen Therapie, z.B. einer Lithium-Therapie, resistenter
- Compliance mit Valproat ist wesentlich höher
- Sie benötigen mehr Zeit für die Genesung
- Sie haben ein höheres Risiko einer zusätzlichen Achse I-Störung und höhere Angst-Werte, mehr Psychiatrie-Aufenthalte

- Die Bipolare Störung macht die Behandlung der Substanzgebrauchsstörung weniger effektiv + Verschlechterung im Verlauf
- Der expansive Lebensstil von Patienten mit Bipolarer Störung kann zu Alkoholismus führen
- Gewalt- und Suizidraten sind erhöht
- Wenn die Stimmung stabiler wird, sinkt auch der Alkoholkonsum

- Die Untergruppe der Patienten mit einer Bipolaren (und komorbiden Alkoholgebrauchs-) Störung mit überwiegend depressiven Episoden zeigte in einer 10 Jahres-Studie den deutlich schlechteren Verlauf (Gonzalez-Pinto et al., 2010)
- Manische Symptome sind eher mit Cannabis-Missbrauch assoziiert

- Rauchen, frühe Stimmungsstörungen und ein niedriger Schulabschluss sind Prädiktoren für den Abbruch einer Gruppentherapie (IGT) (Graff et al., 2008)

Für eine effektive **Behandlung** ist es unerlässlich, dass im Vorfeld eine gute **Diagnostik** durchgeführt wird, z.B. mit dem **SKID**

Weiterhin ist es sinnvoll, mit dem Patienten einen sog. **Lifeline** zu erheben:

Erfasst werden alle affektiven Episoden, Substanzkonsum, Klinikaufenthalte, Medikamenteneinnahme, kritische Lebensereignisse, etc. auf einer Lebenslinie, um entscheiden zu können, was zuerst vorhanden / wie der Verlauf war, und

wann welcher Schwerpunkt im Vordergrund der Behandlung stehen sollte

Dem Betroffenen muss ein einfaches, auf den Einzelfall abgestimmtes **Störungsmodell** zum Substanzkonsum vermittelt werden, aus dem unmittelbare Interventionen abgeleitet werden können

Beispiel Alkoholkonsum:
Zwei Suchtmechanismen
> Betonung der situativen
Einbettung des
Alkoholkonsums

Zwei-Phasen-Wirkung von Alkohol:

1. Der Konsum wird kurzfristig als angenehm erlebt, langfristig treten jedoch aversive Zustände* auf, die erneut zum Konsum führen

(*Psychische Alkoholfolgen, somatische Veränderungen, negative psychosoziale Auswirkungen)

2. Im Verlauf wird der Konsum immer mehr zu einer situativ automatisch ausgelösten und ritualisierten Handlung, die einer rationalen Kontrolle immer schwerer zugänglich ist. Über eine Sensitivierung des Belohnungssystems entsteht das sog. Suchtgedächtnis (immer engere Kopplung von neuronaler Aktivität an alkoholbezogene Stimuli > weniger Bewusstheit)

Verhaltensanalyse

- Häufig besteht eine motivationale Hürde!
- Sie impliziert eine veränderte Sichtweise des eigenen Konsums und kritische Selbstreflexion

Verfahren zur Verhaltensanalyse

- Analyse eines Trinktages (Trinkepisoden, Kontext, Verhalten, Wirkung)
- Time-Line Follow Back (persönliche Ereignisse, kein Konsum / üblich / viel > 3-6 Monate)
- Lebenslinie > Erklärungsmodell, Wendepunkte
- Tagebücher > Risikosituationen, Stimmungsschwankungen, Alkoholverlangen

Ein Beispiel für eine kombinierte Therapie:

Integrierte Gruppentherapie (IGT)

(Weiss, Najavits & Greenfield, 1999)

- Basiert auf einem Ansatz zur Rückfallprophylaxe
- Nicht angemessen für Patienten mit akuten Symptomen!
- Kognitiv-behaviorale Therapie

Ziele und Inhalte

Psychoedukation
 Akzeptanz der Erkrankungen
 Gegenseitige Unterstützung bei der Genesung
 Abstinenzwunsch und –ziel
 Medikamenten-Compliance
 Selbstkontroll-Strategien
 Fertigkeiten-Training

Identifizierung von high risk-Situationen
 Impulskontrolle
 Pro-Contra-Analysen
 Veränderungen in der Lebensführung
 (Verbesserung der Selbstfürsorge und zwischenmenschlicher Beziehungen)
 Ambivalenz bezüglich Compliance
 Selbstbeobachtung (Craving, Stimmung, Gedanken)

Rational

20 wöchentliche Sitzungen, offene Gruppe
 Spezifische Themen (je 1-2 Sitzungen)
 „Check-in“: Bericht über Fortschritte bei der Zielerreichung, Substanzkonsum, Stimmung, Medikamenteneinnahme, Risikosituationen, Anwendung von Bewältigungsstrategien, kommende Risikosituationen (nächste Woche)

Der Gruppenleiter fasst die highlights der letzten Woche zusammen und

stellt dann das neue Thema vor > Psychoedukation und Diskussion

Jeder Teilnehmer bekommt ein Handout

Ressourcenlisten liegen ebenfalls vor (Informationen über Selbsthilfegruppen und zu den Diagnosen)

- Beziehung zwischen den Störungen, Konsum kann Stimmungsschwankungen auslösen, Effekte von depressivem oder manischem Denken auf das Urteilsvermögen, Entscheidung zum Konsum
- Hoch-Risiko-Situationen, interne und externe Auslöser, Bewältigungsstrategien > Vermeidung von Auslösern / wenn allein, Ablenkung durch Aktivität

- Denkfehler, Umgang mit Stimmungsschwankungen ohne Konsum, Bericht über Frühwarnzeichen
- Umgang mit Familie und Freunden, Austausch darüber in der Gruppe > Verbesserung von Beziehungen > was kann ich realistisch von Angehörigen erwarten / Akzeptanz von Grenzen > Trauer

- Verleugnung, Ambivalenz, Einsicht, Akzeptanz > Risiko der Aufgabe von Behandlung
- Frühwarnzeichen für Stimmungsschwankungen / Substanzmissbrauch > Vorfall versus Rückfall
- Substanzen ablehnen trainieren und Risikosituationen vermeiden, Hilfe suchen

- Unterstützung durch Selbsthilfegruppen > guter und schlechter Rat, z.B. hinsichtlich Einnahme von Medikamenten
- Medikamenteneinnahme > Nebenwirkungen, Ambivalenz, Stigmata, Konflikte mit dem verschreibenden Arzt
- Selbst entscheiden über das, was man tut > Rückfall oder Genesung
- Selbstfürsorge: Schlafhygiene + HIV

- Balance zwischen Genesung und dem Rest des Lebens
- Entwicklung gesundheitsförderlicher Beziehungen / Vermeidung schädlicher Beziehungen > SHG, Therapiegruppe, Familie, Freunde
- Pro und Contra Genesung > positive und negative Aspekte der Störungen > nicht hilfreiche Gedanken „aufhängen“ (wie das Telefon)

- Wie geht es nach der Gruppe weiter?
Richtlinien, Unterstützung, Handouts, Pläne
- Stabilisierung: Problemlösen (z.B. bei Schulden), Aufgeben schädlicher Gewohnheiten, Durchdenken und Diskutieren von Konsequenzen (mit anderen)

Weiss und Kollegen konnten nachweisen, dass IGT hilfreich ist

Weiss et al. (2000): weniger Konsum, mehr abstinente Monate

Weiss et al. (2004): weniger Konsum, subjektiv wahrgenommene Verbesserung der Stimmung

Weiss et al. (2007): weniger Konsum, sogar bei stärkeren Stimmungsschwankungen

Weiss et al. (2009): weniger Konsum, weniger Stimmungsschwankungen, mehr erfolgreiche dauerhafte Abstinenz, verbessertes klinisches Bild – auch mit einem verkürzten Programm

**Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit!**

64