Entwicklung eines Selbstmanagement-Trainingsprogramms für Menschen in Selbsthilfegruppen mit bipolaren Störungen

Von der Pädagogischen Hochschule Freiburg
zur Erlangung des Grades

einer Doktorin der Erziehungswissenschaften
(Dr. paed.)

genehmigte Dissertation

von

Heike Scheidhauer

aus

Magdeburg

Fach:	Erziehungswissenschaften
Erstgutachter:	Prof. Dr. Walter Mattl
Zweitgutachter:	Prof. Dr. Mathias Berger (Albert-Ludwigs-Universität Freiburg)
Tag der mündlichen Prüfung:	14.07.2005

Zusammenfassung

Der Selbsthilfe kommt eine erhebliche gesellschaftliche Bedeutung zu. Neben der ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgung von Patienten werden Selbsthilfeinitiativen im medizinischen Bereich als „vierte Säule“ im System gesundheitlicher Versorgung heranwachsen.

Ist es machbar, dass psychisch Kranke - ohne direkte Beteiligung von Experten - eigenverantwortlich und erfolgversprechend ein Schulungsprogramm zum Management ihrer Krankheit absolvieren?

Erstmals im deutschsprachigen Raum wurde für die Zielgruppe bipolar erkrankter Menschen ein salutogenetisch ausgerichtetes Selbstmanagement-Trainingsprogramm (SMTP) für die Anwendung in der Selbsthilfegruppe entwickelt und erprobt. Mit dem Ziel, Kompetenzen zu stärken sowie Eigenverantwortlichkeit und Selbsthilfefähigkeit von Individuen und Gruppen zu forcieren, zeigt das SMTP große Nähe zu Empowerment-Ansätzen.

Um die Meinung der Betroffenen zu erfahren und Anforderungen an ein solches Programm abzuleiten, wurden bundesweit 15 Selbsthilfegruppen nach ihren Wünschen, Bedenken und Voraussetzungen interviewt. Auf dieser Grundlage entstand ein aus sechs Modulen à 90 Minuten umfassender Entwurf inklusive Handbuch mit methodischen Hilfestellungen, Informationsblättern, Lernimpulsen, Hausaufgaben und diversen anderen Zusatzmaterialien. Während einer sechs Wochen dauernden Testphase erprobte eine der interviewten Selbsthilfegruppen in Eigenregie das im Rahmen dieser Studie entwickelte SMTP. Retrospektiv wurde das Programm anhand einer standardisierten schriftlichen Befragung der Teilnehmer evaluiert.

Die Resultate dieser Studie lassen den Schluss zu, dass Betroffene in Selbsthilfegruppen selbstgesteuert und erfolgversprechend ein Selbstmanagementprogramm absolvieren können. Erste Ergebnisse deuten darauf hin, dass die selbständige Auseinandersetzung mit krankheitsspezifischen Inhalten möglicherweise zur Erhaltung bzw. Verbesserung des Gesundheitszustandes beitragen kann. Weitere Untersuchungen sollten sich deshalb - denkbar in prä-post-Studiendesigns - konkreten medizinischen Outcomes bei der Zielgruppe der bipolar erkrankten Menschen in Selbsthilfegruppen (die das SMTP absolvieren) widmen.

Mit dieser Studie wurde der Grundstein für die Weiterentwicklung und mögliche Einführung des SMTP in allen interessierten (deutschsprachigen) Selbsthilfegruppen gelegt.

Wenn davon ausgegangen wird, dass es sich mit bipolar Betroffenen um eine krankheitsbedingt „schwierige“ Indikationsgruppe handelt, stellt sich weiterführend die Frage, welchen Erfolg gesundheitsbezogene Selbstmanagementprogramme bei anderen Krankheitsbildern (Chronischer Schmerz, Osteoporose etc.) oder auch indikationsübergreifenden Zielgruppen (Arbeitslose, sozial Benachteiligte, andere Risikogruppen etc.) haben

könnten. Die in dieser Studie vorgelegten Ergebnisse bieten Ansätze, die sich sicher nicht nur aus medizinischer Sicht zu untersuchen lohnen.

Zusammengefasst wurde mit dieser Arbeit die Basis geschaffen, das vorliegende SMTP einer großen Zahl von interessierten Selbsthilfegruppen anzubieten, es weiterzuentwickeln und an die Bedürfnisse der Anwender anzugleichen. Die bundesweite Einführung des Programms in der vorliegenden Version wird derzeit vorbereitet. Zukünftig soll es möglich sein, dass sich die Nutzer im Internet eine speziell nach ihren Vorkenntnissen und Wünschen erzeugte Programmversion ausgewählter SMTP-Bausteine zusammenstellen, diese testen und auch bewerten können. Geplant ist die Entwicklung und Weiterentwicklung der Konzeption in einem interdisziplinären Team aus Patienten und Professionellen (Selbsthilfegruppenleiter, Mediziner, Psychologe, Medizinpädagoge).

Inhaltsverzeichnis

1. Selbsthilfe 12

1.1 Zur Bedeutung der Selbsthilfe 12

1.2 Patienten-Schulung 14
1.2.1 Patientenratgeber und Therapiemanuale 14
1.2.2 Das Beispiel der MDF/Großbritannien 17
1.2.3 Erfahrungen aus Deutschland 19

1.3 Fragestellung 23

2. Bipolare affektive Störungen 25

2.1 Definition und Deskription 25

2.2 Ätiologie und Pathogenese 27

2.3 Therapie 28
2.3.1 Übersicht 28
2.3.2 Pharmakotherapie 29
2.3.3 Weitere Therapieoptionen 30
2.3.4 Psychotherapie und Psychoedukation 31

2.4 Verlauf und Prognose 33

3. Zum Selbstmanagement bipolarer Störungen 35

3.1 Vorbemerkungen 35

3.2 Medizinische Aspekte 35
3.2.1 Frühwarnzeichen 35
3.2.2 Die Life Chart Methode 38
3.2.3 Stabilisation sozialer Rhythmen 43
3.2.4 Salutogenese 48
3.2.5 Stressbewältigung, Coping, Empowerment 51

3.3 Pädagogische Aspekte 58
3.3.1 Selbstgesteuertes Lernen 58
3.3.2 Projektarbeit und Problemorientiertes Lernen 62
3.3.2 Lernen und Metakognition 63
3.3.3 Lernen und Verhalten 67
3.3.4 Kompetenz 68
3.3.5 Selbstwirksamkeitserwartung und Lernmotivation 70
3.3.6 Besonderheiten des (selbstgesteuerten) Lernens in Gruppen 73

4. Methode und Ergebnis 79

4.1 Vorbemerkungen 79

4.2 Die Entwicklung des SMTP 80
4.2.1 Die Auswertung der Interviews 82

4.3 Das Selbstmanagement-Trainingsprogramm 89
4.3.1 Vorbemerkungen 89
4.3.2 Die methodische Konzeption 91
4.3.3 Der inhaltliche und organisatorische Aufbau 99

4.4 Die Untersuchungsgruppe und der Ablauf des SMTP 106
4.4.1 Vorbemerkungen 106
4.4.2 Die soziodemografischen Grunddaten der Untersuchungsgruppe 107
4.4.3 Die Evaluation des SMTP in der Untersuchungsgruppe 114

4.5 Die Vorbereitung der Verbreitung des SMTP 120

5. Diskussion und Schlussfolgerungen 121

5.1 Zur Entwicklung des SMTP 121
5.1.1 Vorbemerkungen 121
5.1.2 Curriculum - ja oder nein? 122
5.1.3 Zu den Inhalten des Handbuchs 124
5.1.4 Selbstmanagement versus Therapie 124
Exkurs: Zu den computer-technischen Anforderungen 126

5.2 Zur Durchführung des SMTP in der Untersuchungsgruppe 128

5.3 Zu den Ergebnissen der Evaluation des SMTP 129
5.3.1 Das Studiendesign 129
5.3.2 Die Themenwahl 130
5.3.3 Die „äußere“ Gestaltung 131
5.3.4 Der Nutzen 131

5.4 Das SMTP in Bezug zu häufig erwähnten Konzepten 132
5.4.1 Vorbemerkungen 132
5.4.2 SMTP und Psychoedukation 132
5.4.3 SMTP und Coping 134
5.4.4 SMTP und Empowerment 134

5.5 Ausblick 136

Literaturverzeichnis 142

Anlagen 151

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

Abbildung 1: Phasen der Therapie bei bipolaren Störungen (modifiziert nach Voll & Erfurth) 28
Abbildung 2: Beobachtungstafel von Magnan (Nach: Hörn 2004) 38
Abbildung 3: Zählkarte von Kraepelin (Nach: Hörn 2004) 39
Abbildung 4: cSRM - Programm für Taschencomputer 46
Abbildung 5: Interaktionstypen im Rahmen von SDM (Scheibler 2004) 57
Abbildung 6: Merkmale und Voraussetzungen selbstgesteuerten Lernens 61
Abbildung 7: Modell der TZI nach Cohn (Quelle: Straub 2004) 75
Abbildung 8: Sach- und Beziehungsebene anhand des „Eisbergmodells“ (Quelle: Straub 2004) 76
Abbildung 9: Frequenz der Gruppentreffen in 15 befragten Selbsthilfegruppen 82
Abbildung 10: Dauer der Gruppentreffen in 15 befragten Selbsthilfegruppen 83
Abbildung 11: Schulungserfahrungen in 15 befragten Selbsthilfegruppen 84
Abbildung 12: Materiell-technische Ausstattung in 15 befragten Selbsthilfegruppen 88
Abbildung 13: Module und Bausteine des SMTP 91
Abbildung 14: Farbgestaltung und Teile des Handbuchs 93
Abbildung 15: Beispiel für einen Lernimpuls 96
Abbildung 16: Module und HausAufgaben ergeben das persönliche Trainingsprogramm 97
Abbildung 17: Abschluss des Programms 105
Abbildung 18: Familienstand der Gruppenteilnehmer 108
Abbildung 19: Wohnsituation der Gruppenteilnehmer 109
Abbildung 20: Schulbildung der Gruppenteilnehmer 109
Abbildung 21: Berufliche Situation der Gruppenteilnehmer 110
Abbildung 22: Beeinträchtigung der Gruppenteilnehmer durch Manie/Depression 111
Abbildung 23: Häufigkeit und Hospitalisation Manie/Depression während des Lebens 112
Abbildung 24: Lebenszufriedenheit in gesunden und kranken Zeiten 113
Abbildung 25: Bewertung der Modulthemen durch die Teilnehmer 115
Abbildung 26: Bewertung der Bestandteile des SMTP durch die Teilnehmer 116
Abbildung 27: Nutzen des SMTP 116
Abbildung 28: Möglichkeit der Gruppenteilnehmer ihre Erfahrungen einzubringen 118
Abbildung 29: Amazon - Schlagwortsuche 138
Abbildung 30: Amazon - Rezension schreiben 138
Abbildung 31: Amazon - Kundenrezension 139
Abbildung 32: Amazon - Rezension registriert 139

Tabelle 1: Unterschied zwischen Patientenratgebern und Selbsthilfemanualen 15
Tabelle 2: Ziele und Funktionen von Patientenratgebern (Angenendt 1995) 16
Tabelle 3: Ausgewählte Beispiele strukturierter Patientenschulungsprogramme 22
Tabelle 4: Pharmakotherapie der bipolaren affektiven Störung 29
Tabelle 5: Auswahl und Kurzbeschreibung klinischer Fragebögen zur Einschätzung von Depression/Manie 36
Tabelle 6: Metakognitive Trainingstechniken 66
Tabelle 7: Sach- und Beziehungsebene in der Gruppe 77
Tabelle 8: Teilnahme an den Gruppentreffen in 15 befragten Selbsthilfegruppen 83
Tabelle 9: Strategien zum Umgang mit der Erkrankung 85
Tabelle 10: Patientenwünsche an das SMTP 86
Tabelle 11: Stundenvarianten SMTP 92
Tabelle 12: Gefühl in der Gruppe 118
Tabelle 13: Programmkritik 119

Danksagung

Zu jeder Dissertation gehört eine Eidesstattliche Erklärung, in der versichert wird, dass man die Arbeit „selbstständig“ angefertigt hat. Das ist auch bei dieser Arbeit der Fall. Selbstständig bedeutet aber glücklicherweise nicht „allein“. Ohne die Anregungen, die mutmachenden Gespräche und die vielen konkrete Hilfen anderer Menschen wäre diese Arbeit nicht zustande gekommen.

Ich bedanke mich bei meinem wissenschaftlichen Berater Dr. Lars Schärer von der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Er hatte die Idee zu diesem Dissertationsthema, er zweifelte nie an der Machbarkeit und es gelang ihm immer wieder, mich mit seiner Kritik und seiner Diskussionsfreudigkeit zu motivieren.

Diese Arbeit entstand als ein Kooperationsprojekt zwischen der Medizinischen Fakultät (Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie) der Universitätsklinik Freiburg und dem Institut für Erziehungswissenschaften an der Pädagogischen Hochschule Freiburg. Prof. Dr. W. Mattl und Prof. Dr. M. Berger – die Gutachter dieser Arbeit - ermöglichten mir durch ihr Interesse und die Chance dieser interdisziplinären Zusammenarbeit, ein neues Themengebiet zu entwickeln und zu erproben. Dafür, und für die Bereitschaft, sich dieser Doktorarbeit anzunehmen, gilt ihnen mein herzlicher Dank.

Ganz besonders danke ich meinem Bruder Dipl.-Ing. Stefan Thaens für seine unendliche Geduld und Hilfsbereitschaft bei Computerproblemen und der grafischen Gestaltung des Handbuchs zum SMTP.

Ich bedanke mich bei allen Betroffenen für ihre Mitarbeit. An erster Stelle möchte ich Jens-Uwe Pagel hervorheben. Dank seiner Offenheit erhielt ich nicht nur einen tiefen Einblick in die Problematik der an der bipolaren Störung Erkrankten, er trug durch seine tatkräftige Unterstützung, durch seine konstruktiven Vorschläge und seine absolute Zuverlässigkeit maßgeblich zum Gelingen dieses Forschungsprojektes bei. Ein besonderer Dank geht ebenfalls an Reinhard Gielen, dessen Zeichnungen ich für die Gestaltung des SMTP verwenden durfte.

Vielen herzlichen Dank und weiterhin viel Kraft auch an meine Mitstreiterin Astrid Freisen und an die anderen Doktoranden und Mitarbeiterinnen des Stanley-Zentrums an der Freiburger Universitätsklinik.

Ich bedanke mich bei meinen Kolleginnen und Kollegen an den Bethesda Schulen Basel, vor allem bei Monika Holzer Gadola. Monika hat nicht nur sorgfältig Korrektur gelesen, sie gehört außerdem zu den Menschen, die gut zuhören können, die einfühlsam Mut machen und ohne die mir mein Beruf so viel weniger Freude bringen würde.

Nicht zuletzt gilt mein Dank meiner Familie, meinem Mann, Dr. Karsten Scheidhauer und unseren Kindern Anne und Max. Ohne ihre Geduld, ihren Humor, ihre Flexibilität und unsere „Familienbande“ wäre diese Doktorarbeit nicht möglich gewesen.

Ich bedanke mich bei meiner Mutter, die schon immer an mich geglaubt hat und mir einfach die beste Beraterin ist.

Ich möchte mich bei allen Menschen bedanken, die ich hier nicht namentlich erwähnen konnte – sonst würde die Danksagung länger werden als die Arbeit.

Widmung

Ich widme diese Arbeit meinem lieben Bruder Martin.

Martin hatte nicht die Kraft.

Die Erfahrung, mit Martins freiwilligem Tod leben zu müssen, trug erheblich zur Motivation für dieses Projekt bei.

Abkürzungsverzeichnis

BDI	BECK Depressions-Inventar
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
COPD	chronisch obstruktive pulmonale Dysfunktion
DGBS	Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
HS	Heike Scheidhauer
ICD	International Classification of Diseases
ICF	Internationale Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
IDS	Inventory of Depressive Symptoms
IPSRT	Interpersonelle und Soziale Rhythmus Therapie
LCM	Life Chart Methodology
LQ	Lebensqualität
MDF	Manic Depression Fellowship
MS	Microsoft
MSS	Manie-Selbstbeurteilungsskala
NIMH-LCM	National Institut of Mental Health - Life Chart Methodology
PDA	Personal Digital Assistent
PEF	Partizipative Entscheidungsfindung
pLCM	prospektive Life Chart Methode
rLCM	retrospektive Life Chart Methode
SDM	shared decision making
SFBN	Stanley Foundation Bipolar Network
SMT	Selbstmanagementtraining
SMTP	Selbstmanagement - Trainingsprogramm
SOC	sense of coherence
SRM	Soziale Rhythmus Metrik
TZI	Themenzentrierte Interaktion
WHO	World Health Organization
YMRS	Young Mania Rating Scale

1. Selbsthilfe

1.1 Zur Bedeutung der Selbsthilfe

Seit einigen Jahren absolvieren manisch-depressiv[1] Erkrankte in Großbritannien mit Erfolg Selbstmanagement - Trainingsprogramme zur besseren Bewältigung ihrer Krankheitssymptome. Diese Programme wurden gezielt von Patienten[2] für Patienten entworfen und werden ständig weiterentwickelt und aktualisiert (http://www.mdf.org.uk/self_-management.php, 23.12.04).

Die Grundidee besteht darin, dass Betroffene Experten in eigener Sache sind. Jede am Kurs teilnehmende Person bringt ihre persönlichen Erfahrungen sowie ihr individuelles Wissen ein.

Herausragende Ziele dieses Selbstmanagementtrainings (SMT) sind:

- das Entwickeln neuer Strategien im Umgang mit der Krankheit
- die Wahrnehmung und der bessere Umgang mit den Stimmungsschwankungen, die dieser Krankheit zu Grunde liegen
- sowie die günstige Beeinflussung des Zusammenhangs von Gedanken und Gefühlen und dem Verhalten im täglichen Leben (Harris et al. 2000, Perry et al. 1999, Übersetzung HS)

Nach Schätzungen existieren in der Bundesrepublik Deutschland bis zu 100.000 Selbsthilfegruppen mit ungefähr 3,5 Millionen Mitgliedern. Diese sind freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen mit einem vergleichbaren Problem bzw. der gleichen oder einer ähnlich gelagerten Erkrankung. In der Regel werden Selbsthilfegruppen nicht von Fachleuten sondern von Betroffenen geleitet. Das schließt nicht aus, dass sich die Selbsthilfegruppen professioneller Unterstützung bedienen, die Zusammenarbeit mit Fachleuten pflegen sowie die Vermittlung fachlicher Informationen in Anspruch nehmen.

Selbsthilfegruppenunterstützung durch Fachleute kann folgende Aspekte in der Gruppenarbeit betreffen:

- Zusammenarbeit mit Fachleuten und Anerkennung durch diese
- Schaffung günstiger Rahmenbedingungen (Räume, Infrastruktur, Arbeitsmittel)

[1] Die Bezeichnung „manisch-depressiv" ist die umgangssprachlich geläufigere Form, in der medizinischen Fachsprache spricht man heute von affektiven bipolaren Erkrankungen.
[2] Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird zumeist auf die Doppelform „Patientinnen und Patienten" u.ä. verzichtet.

- Kontakte zu anderen Gruppen und Interessierten, organisatorische Hilfen
- Beratung zur Gruppengründung und begleitende Beratung zur laufenden Gruppenarbeit
- Gelegenheiten zum Austausch mit anderen Gruppen und Fachleuten
- fachliche Informationen oder gegebenenfalls die Vermittlung fachlicher Informationen und Kontakten sowie
- finanzielle Förderung

Wesentlich ist hierbei die Entwicklung eines partnerschaftlichen Selbstverständnisses. Als sozusagen Wegbereiter und Partner für Selbsthilfegruppen fungieren auf örtlicher Ebene die Selbsthilfekontaktstellen. Diese sind eigenständige professionelle Einrichtungen. Ihr Auftrag besteht in der Förderung der Selbsthilfegruppen. Sie bieten konkrete Informationen, Kontakte und Hilfen an (Hillmann 1994, S. 772; www.zdf.de).

Der Selbsthilfe kommt eine erhebliche gesellschaftliche Bedeutung zu. Selbsthilfegruppen wirken sekundärpräventiv in dem sie die *Compliance*[3] (vgl. auch Kap. 3.2.5, Seite 56) der Patienten fördern, aktiv die individuelle Lebenssituation der Patienten bewältigen helfen und nicht zuletzt dem Risikofaktor Isolation entgegenwirken. So gesehen konnte die Selbsthilfe in den letzten Jahren zu einer „vierten Säule" im System gesundheitlicher Versorgung heranwachsen. Die Gesetzliche Krankenversicherung ist über den § 20, Abs. 4 SGB V zur Selbsthilfeförderung[4] verpflichtet. Die Förderung unterliegt als eine im unterschiedlichen Grade *verpflichtende* Aufgabe den Rehabilitationsträgern (Kranken- und Rentenversicherungen) und *freiwillig* der öffentlichen Hand (Bund, Länder und Kommunen). Selbsthilfegruppen *können* über § 31, Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI durch die Rentenversicherungsträger finanzielle Zuwendungen erhalten. Obwohl für diese Förderung jährliche Millionenbeträge zur Verfügung stehen, werden diese bei weitem nicht ausgeschöpft. So ist nach Recherchen der NAKOS[5] die Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer von 2001 bis 2003 um über 12% von 14,6 Mio. € auf 13 Mio. € zurückgegangen (NAKOS 2003). Auf der anderen Seite könnte nach Weller (2000) der geschätzte volkswirtschaftliche Nutzen von Selbsthilfegruppen bis zu zwei Milliarden € betragen.

[3] Einwilligung (in medizinische Maßnahmen), Befolgung (der zum Beispiel vom Arzt verordneten Medikation), Gegenteil ist die Non-Compliance.
[4] Antragsunterlagen zur Förderung von örtlichen Selbsthilfegruppen gemäß § 20 Abs. 4 SGB V lassen sich auf der Internetseite der NAKOS als PDF-Datei herunterladen.
[5] Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen, Wilmersdorfer Str. 39, 10627 Berlin, Tel.: 030/310189-80

1.2 Patienten-Schulung

1.2.1 Patientenratgeber und Therapiemanuale

Patienten und Mitarbeitende im Gesundheitssystem teilen das gemeinsame Ziel, Gesundheit zu erhalten, Krankheiten vorzubeugen, zu erkennen, zu lindern und zu heilen. Diese Aufgabe erfordert von beiden Seiten die jeweiligen Rechte und Pflichten zu kennen und eine aktive Rolle im Behandlungsprozess einzunehmen. Detaillierte Information, Beratung sowie angemessene Beteiligung gehören zu den Rechten von Patienten (vgl. auch „Partizipation", S. 54). Allerdings fehlen in Deutschland noch ausreichende Möglichkeiten, sich zu informieren und beraten zu lassen (http://www.bvgesundheit.de/gesundheitsinformationen/patienten, 23.12.04).

Wie in der Medizin überhaupt, sind auch in der Psychiatrie und Psychotherapie deutliche Veränderungen des früher autoritären und asymmetrischen Rollenverständnisses zu beobachten. 1992 beschrieben Emanuel & Emanuel die grundlegenden Typen der Arzt-Patient-Beziehung. Zwei grundlegende Pole[6] bilden das paternalistische Modell (paternalistic model) und das informative Modell (informative model). Beim paternalistischen Modell handelt es sich um eine „Einwegkommunikation" (Klemperer 2003). Die prägnante Beschreibung im englischsprachigen Raum hierfür lautet „Doctor knows best". Dem Modell liegt die Annahme zugrunde, der Arzt sei der Experte und deshalb (ohne die persönlichen Informationen des Patienten zu erfragen und ohne ihn in den Entscheidungsprozess einzubeziehen) in der Lage, die beste medizinische Entscheidung zu treffen. Nach dem informativen Modell stellt der Arzt dem Patienten die notwendigen Informationen zur Verfügung und führt die Maßnahmen durch, für die sich der Patient entschieden hat. Eine Mittelstellung nimmt das zunehmend beachtete Modell „shared decision making" (SDM) ein (Büchi et al. 2000, Dierks et al. 2001, Klemperer 2003). Wesentliches Prinzip von SDM ist die gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient auf der Grundlage einer gleichberechtigten Kommunikation (detaillierter dazu siehe „SDM", S. 55).

„Transparenz", „Hilfe zur Selbsthilfe", „Patient als Experte für seine Erkrankung" beziehungsweise die Rolle des Patienten als „Kotherapeut" sind aktuelle Konzepte, die diese Entwicklung unterstreichen (Dierks et al. 2001, Scheibler 2004).

Psychische Störungen lassen sich auch durch Therapie häufig nicht vollständig „heilen", so dass der aktiven Krankheitsbewältigung und – in nicht wenigen Fällen – dem Lernen, mit bestimmten Störungen zu leben, große Bedeutung zukommt. Dazu ist komplexes Wissen nötig, das sich die Patienten in unterschiedlicher Form aneignen können. Jazbinsek (2000)[7] betrachtet dieses Wissen als die Basis für selbstbestimmtes Handeln von betroffenen Menschen im Umgang mit Störungen der Gesundheit oder für die Erhaltung der

[6] Anmerkung: In der Praxis sind nach Klemperer (2003) selten „Reinformen" zu finden, sondern fließende Übergänge bestimmen den Alltag.

[7] vgl. auch: http://www.kommwiss.fu-berlin.de/fileadmin/user_upload/wissjour/Gesundheitskommunikation/-B_Einleitung.pdf (11.2.05)

Gesundheit. Um sich dieses Wissen aneignen zu können, wird ein qualitativ hochwertiges, umfassendes, für den Anwender verständliches und leicht verfügbares Informationsangebot benötigt. Jazbinsek (2000) bezeichnet in diesem Zusammenhang den direkten, durch Sprache und Interaktion vermittelten und den indirekten, durch technische Medien vermittelten Austausch von Wissen, Meinungen und Gefühlen als *Gesundheitskommunikation*. Aufklärung und Information sind unverzichtbare Bestandteile jeder Behandlung und finden sich in den diversen Formen psychoedukativer Therapieansätze wieder (vgl. z.B. Bäuml & Pitschel-Walz 2003, Jelley & Elmer 2004, Schaub et al. 2004, Wagner & Bräunig 2004; vgl. auch Kap. 2.3.4, S. 31).

Patientenratgeber und Therapiemanuale sind – besonders in den USA häufig angewandte – Hilfsmittel, störungsspezifisches Wissen und bewährte Therapieverfahren direkt an die betroffenen Patienten zu vermitteln (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Unterschied zwischen Patientenratgebern und Selbsthilfemanualen
(modifiziert nach Freyberger & Stieglitz 1996)

Patientenratgeber	**Selbsthilfemanuale**
Informations- und Aufklärungshilfen für spezifische Erkrankungen und/oder psychologische Probleme; Zielgruppe: die von psychischen Störungen unmittelbar betroffenen Patienten, Angehörige, Berufsgruppen, die mit diesen Problemen konfrontiert sind	gehen in ihrer Zielsetzung über Psychoedukation[8], emotionale Unterstützung und Orientierungshilfe zum Auffinden geeigneter Behandlungsmöglichkeiten hinaus; enthalten konkrete und präzise Anleitungen zur selbstständigen Durchführung von therapeutischen Verfahren und Techniken
⇩	
Beispiele für Patientenratgeber „Bipolar“: Rafaelsen und Helmchen (1982): Depression, Melancholie, Manie Luderer (1994): Himmelhochjauchzend, zum Tode betrübt Schou (1991): Lithium-Behandlung der manisch-depressiven Erkrankung Greil et al. (1994): Die manisch-depressive Krankheit. Therapie mit Carbamacepin	

Inwieweit diese *„Bibliotherapie innerhalb einer Therapie“* wirklich brauchbar ist, hinge von verschiedenen Faktoren ab:

- von der Art und Schwere der Störung
- von den persönlichen Voraussetzungen des Patienten (Motivation, Intelligenz, Lesebereitschaft)
- von der Intention und den Merkmalen des Buchs (Ratgeber, Selbsthilfemanual; Umfang, Komplexitätsgrad) und
- von der Frage, ob die Schriften therapievorbereitend, therapiebegleitend oder zur Nachbehandlung zum Einsatz kommen sollen (Freyberger & Stieglitz 1996)

[8] vgl. Kap. 2.3.4, Seite 31

Angenendt (1995) beschreibt auf prägnante und übersichtliche Art Ziele und Funktionen von Patientenratgebern (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Ziele und Funktionen von Patientenratgebern (Angenendt 1995)

Wissen und Informationen über die Krankheit vermitteln
Der Leser findet Aufklärung bezüglich der
typischen Symptome, Beschwerden, aber auch unterschiedlichen Erscheinungsformen;
Verbreitung in der Bevölkerung und der Krankheitsverläufe;
Ursachen und Bedingungen;
wichtigsten Krankheitsmodelle/-konzepte;
verschiedenen Therapiemöglichkeiten;
Möglichkeiten der Selbsthilfe;
weiteren praktischen Hilfen (Erklärung wichtiger Fachbegriffe, Adressenverzeichnis psychosozialer Institutionen, weiterführende Literatur).
Emotionale Entlastung und Unterstützung gewähren
Abbau von Schuld-, Scham- und Angstgefühlen;
Enttabuisierung, Entmystifizierung;
Abbau von Demoralisierung und Resignation;
Vermittlung realistischer Hoffnung auf Veränderbarkeit.
Wege einer konstruktiven Auseinandersetzung mit der Störung aufzeigen
Sich informieren als erster aktiver Schritt;
Ermutigung und Auseinandersetzung mit den individuellen Bedingungen der Erkrankung;
Förderung einer differenzierten Selbstbeobachtung;
Abbau möglicher Hemmschwellen zur Aufnahme einer angemessenen Behandlung.
Die Patient-Therapeut-Beziehung mit dem Ziel des "mündigen Patienten" beeinflussen
Patient als aktiver Mitgestalter der Behandlung;
Information als Möglichkeit der Förderung von Compliance für therapeutische Maßnahmen.

In psychiatrischen Populationen sind Patientenratgeber und Selbsthilfemanuale kein Ersatz für Therapie, können aber unterstützend zur Anwendung kommen. Empirisch sind Möglichkeiten, Grenzen und Wirksamkeit des Einsatzes von Ratgebern innerhalb der Therapie nicht untersucht. Ihre Nützlichkeit würde – mit Einschränkungen in Bezug auf die Zielsetzung – als unbestritten angesehen (Freyberger & Stieglitz 1996).

1.2.2 Das Beispiel der MDF/Großbritannien

Das dieser Arbeit zu Grunde liegende Konzept basiert auf der Idee der „Manic Depression Fellowship" (MDF: www.mdf.org.uk), einer seit 1983 bestehenden Selbsthilfevereinigung von manisch-depressiv Erkrankten in Großbritannien. Im Kurshandbuch der MDF werden sechs aufeinander aufbauende Module mit folgenden Inhalten benannt:

Modul 1
Prinzipien des Selbstmanagementtrainings; Ziele des Kurses; persönliche Erwartungen der Teilnehmer; Natur und Wirkung der bipolaren Störung

Modul 2
Identifizierung von Auslösern und Warnzeichen (dieses Krankheitsbildes)

Modul 3
Copingstrategien und Selbstmedikation

Modul 4
Hilfsmöglichkeiten (unterstützendes Netzwerk) und Handlungspläne

Modul 5
Strategien für das Aufrechterhalten einer gesunden Lebensweise und das Erkennen von Fortschritten (Zukunftsplanung)

Modul 6
Komplementäre Therapien, Copingstrategien und das Abschließen von Plänen

Die "Manic Depression Fellowship" benennt in der Beschreibung des hier veröffentlichten Selbstmanagement-Trainingsprogramms folgende Ziele:

- Verbesserung der Lebensqualität[9]
- Verbesserung des Selbstvertrauens
- Erreichen einer besseren Stresstoleranz
- Weniger häufige und weniger schwere Stimmungsschwankungen
- Freie, konstruktive Lebensgestaltung (Freiheit, das eigene Leben zu bestimmen)
- Schadens-Begrenzung nach manischen bzw. depressiven Episoden
- Aufbauen und Erhalten persönlicher und familiärer Beziehungen
- Reduktion von Abhängigkeit von fach-medizinischem Personal
- Angemessene Einnahme der Medikation

[9] vgl. S. 34

- Weniger Krankenhausaufenthalte
- Bessere Chancen auf dem Arbeitsmarkt
- Kostensenkung für die betroffenen Personen
- Senkung der sozialen Kosten, z.B. Sozialversicherung (Gesundheitswesen)

  (Nach: Course handbook of the Manic Depression Fellowship 2003, Übersetzung HS)

In einer ersten – allerdings methodisch nicht klar nachvollziehbaren – Untersuchung an 167 Patienten benennen Harris et al. (2000) zum Erfolg dieses Selbstmanagement - Programms der MDF vier herausragende Ergebnisse:

1. *„Past failures – Individuals felt more positive about past experiences in their life.*
2. *Self dislike – Individuals felt more positive about themselves.*
3. *Suicidal thoughts or wishes – Individuals experienced less suicidal thoughts or wishes.*
4. *Concentration difficulty – Individuals felt their concentration had improved."*

Die Idee, Patienten aktiv in die Bewältigung ihrer Krankheit einzubeziehen, die Wissensvermittlung im Dialog mit den Teilnehmern zu gestalten sowie als Betroffener selbst über bisherige Einstellungen und Verhaltensweisen mit den entsprechenden Konsequenzen nachzudenken[10], ist nicht neu. Das folgende Kapitel 1.2.3 soll den aktuellen Stand der Patientenschulung – vor allem anhand von Erfahrungen und Beispielen aus Deutschland – veranschaulichen.

[10] vgl. auch „Metakognition", Kapitel 3.3.2, Seite 63

1.2.3 Erfahrungen aus Deutschland

„Ich kann ihn nicht ändern, ich kann ihm nur dabei helfen, sich selbst zu ändern“,

waren 1970 die Worte von Kampfer bei einem Therapeutenworkshop bei Frankfurt. Der 1925 in Wien geborene und später (1941) in die USA emigrierte Kampfer hat das Konzept des Selbstmanagements bekannt gemacht (Paulus 1998).

Die Medizingeschichte kennt zahlreiche Beispiele für Selbstmanagementstrategien. In den letzten Jahren lässt sich eine ausgesprochen hohe Zahl an Forschungsaktivitäten zu Patientenschulungen eruieren. Forschungstrends gehen in die Richtung, die Angebote stärker zu spezialisieren und indikationsspezifisch zu gestalten. Die Didaktik von Patientenschulungen sowie die Methodik bei der Schulungsevaluation stehen im Mittelpunkt des wissenschaftlichen Interesses (Dierks et al. 2001, Wilkening 2003). Mit der Gesundheitsreform 2000 wurde als neue Aufgabe für die Krankenkassen (u.a.) *„die Finanzierung von Verbraucher- und Patientenberatungen in Form von Modellvorhaben“* definiert (Dierks et al. 2001, S. 91). Die Autoren bemängeln den Status der in Deutschland vorzufindenen Angebotspalette und unterstreichen erhebliche *„Versorgungsmängel in Bezug auf qualitativ hochwertige Patientenschulungen“* (Dierks et al. 2001, S. 131). In ihrem Arbeitsbericht „Patientensouveränität – Der autonome Patient im Mittelpunkt“ fordern Dierks et al. (2001) zielgruppenspezifische Angebote, auch unter Einbeziehung der Angehörigen.

Reusch (2000) und Reusch et al. (2003) betonen, dass neben der Wissensvermittlung insbesondere die langfristige Einstellungs- und Verhaltensänderung der Patienten wesentliche Ziele von Patientenschulungen seien. Die Motivation der Patienten zu einer Veränderung solle entwickelt und stabilisiert werden. Gesundheitspsychologische Modelle wie die *Selbstwirksamkeitstheorie nach Bandura* (vgl. Kap. 3.3.5, Seite 70) böten möglicherweise geeignete, wissenschaftlich zu untersuchende Ansätze. Die Autoren bemängeln oft starr erscheinende Schulungsprogramme, zu unflexible Gestaltung und die ungenügende Berücksichtigung der Bedürfnisse der jeweiligen Patientengruppen. Als besonders lerneffektiv betrachtet Reusch (2000), *„wenn die kognitive, emotionale, physiologische und behaviorale Ebene gleichermaßen angesprochen werden“*.

Eine Internetrecherche in der wohl bekanntesten Suchmaschine GOOGLE[11] offenbart einen beträchtlichen Umfang an Seiten zu relevanten Suchbegriffen:

[11] www.google.de (19.1.04)

(Suchbegriff)
selbstmanagement
⇩

(Zahl an Internet-Seiten)
57.900

selbstmanagement AND medizin
⇩
5.700

selbstmanagement AND medizin AND programm
⇩
1.200

selbstmanagement AND medizin AND programm AND schulung
⇩
497

selbstmanagement AND medizin AND programm AND schulung AND wissenschaftlich
⇩
25

Auch in übergeordneten Suchmaschinen wie z. B. METACRAWLER oder in medizinischen Datenbanken (PupMed) zeichnen sich ähnliche Ergebnisse ab. Häufig vorkommende Diagnosen zu evaluierten Patientenschulungsprogrammen bei chronischen Krankheiten sind Diabetes, Asthma, COPD[12], Adipositas, rheumatische und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Kulzer 2001, Münks-Lederer et al. 2001, Danzer et al. 2000, Ehlebracht-König & Bönisch 2003, Dhein et al. 2003, Krauth et al. 2003, Reinehr et al. 2002, Möbes 2003, Reusch et al. 2003). Nicht zuletzt spiegelt sich das gesundheitspolitische und damit auch wirtschaftliche Interesse, der zunehmenden Zahl an chronisch kranken Menschen in der Gesellschaft entgegenzuwirken, auch in den sogenannten *Disage Management Programmen* wider. Unter dem Gesichtspunkt, dass nach Schätzungen fast 20% der Bundesbürger chronisch krank sind, werden in der gesetzlichen Krankenversicherung seit dem Jahr 2002 spezielle strukturierte Behandlungsprogramme („Chronikerprogramme") entwickelt und finanziell gefördert[13].

Auch in der Psychiatrie lassen sich neben den bekannten psychoedukativen (vgl. z.B. Bäuml & Pitschel-Walz 2003, Dietrich et al. 2003, Jelley & Elmer 2004, Schaub et al. 2004, Wagner & Bräunig 2004) oder auch psychotherapeutischen Programmen strukturierte Schulungsprogramme aufzeigen (Hammer & Plößl 2001). Die Tabelle 3 (Seite 22) stellt eine exemplarische Übersicht zu vier ausgewählten, häufig zitierten, Patientenschulungsprogrammen dar. Die Gemeinsamkeit dieser erfolgreichen Programme liegt in der Erkenntnis, dass moderne Patientenschulung mehrdimensional erfolgen sollte und über

[12] Abk. für chronisch obstruktive pulmonale Dysfunktion
[13] vgl. http://www.das-glossar-zur-gesundheitsreform.de/glossar/chronikerprogramme.html (06.09.04)

reine Wissensvermittlung hinausgehen muss. Auch Kaiser (2003) postuliert im Kontext der Erforschung von Erwachsenenbildungsprogrammen, dass allein Kenntnisgewinn – also die primäre Beschäftigung mit Inhalten – noch keine verbesserte Handlungskompetenz bewirkt (hierzu folgen nähere Ausführungen im Kapitel 3.3.1, S. 58ff.). Sämtliche Patientenschulungsprogramme werden – in mehr oder weniger interdisziplinärer Zusammenarbeit – von medizinischen Experten geleitet.

Bengel et al. (1998, S. 578) benennen u.a. als zentrale Problembereiche der Rehabilitation in Deutschland *„die Pauschalisierung der Rehabilitationsangebote mit einem Mangel an Differenzierung und unzureichender Berücksichtigung der Unterschiede innerhalb von Untergruppen von Patienten“.* Als eine Schwierigkeit in Bezug auf soziale Bezugsstrukturen erachten sie die Tatsache, dass die alltägliche Lebenssituation der Patienten (im Rahmen der stationären Rehabilitation) oft nicht ausreichend berücksichtigt wird. Gleichermaßen deklariert der „Rehabilitationswissenschaftliche Forschungsverbund Freiburg/Bad Säckingen“ (Bengel et al. 1998) vielschichtige Anforderungen für die Weiterentwicklung in der (Rehabilitations-) Praxis. So sollte *„ein modulares System, potentiell relevanter Ziele erstellt werden, aus dem je nach Absprache mit dem Patienten spezifische Ziele ausgewählt werden könnten“* (Bengel et al. 1998, S. 582).

Tabelle 3: Ausgewählte Beispiele strukturierter Patientenschulungsprogramme

(Auf konkrete Zahlenangaben zu den medizinischen Ergebnissen sowie die Angaben zu statistischen Testverfahren wurde aus Gründen der besseren Übersichtlichkeit in dieser Tabelle verzichtet.)

Diagnose	**Autor(en)** **Jahr**	**Kurzbeschreibung**	**Inhalte**	**Ziele**	**Ergebnisse**
Psychisch Kranke (schizophrener Formenkreis)	Hammer M, Plößl I 2001	Gruppenschulungsprogramm ca. 23 Sitzungen, 1-2 mal wöchentlich, 90 Minuten, 6-8 Teilnehmer,	Informationsvermittlung (z. B. Verlaufscharakteristika einer schizophrenen Erkrankung, Vulnerabilitäts-Stress-Modell), Identifikation individueller Stressoren, Frühwarnzeichen und arbeitsbezogener Krisenplan	Wissenzuwachs, Ausgleich krankheitsbedingter Defizite im Bereich der Arbeitsfähigkeit, Übernahme einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bzw. Integration in einen geschützten Arbeitsplatz	In einer ersten randomisierten Kontrollgruppenstudie wurde dieses Gruppentrainingsprogramm über einen Zeitraum von drei Monaten im Hinblick auf seine Wirksamkeit untersucht. Die Evaluation der Schulungsmaßnahme ergab Veränderungen bei der Experimentalgruppe entsprechend den gesetzten Schulungszielen. Plößl (2001) beschreibt beispielweise im Wissenszuwachs zugunsten der Experimentalgruppe deutliche Unterschiede zwischen beiden Gruppen.
Typ-2-Diabetiker	Kulzer B 2001	ambulantes Gruppenprogramm ("*MEDIAS 2*: Mehr Diabetes-Selbstmanagement für Typ 2") konzipiert für 6-8 Personen, Schulungsmanual ist in einer 8 und 12-Stunden-Version erhältlich	Der Patient wird so zu seinem eigenen Diabetes-Experten, der sich und seine Krankheit selber managt: wesentliche Informationen zum Diabetes und seiner Behandlung, praktische Erfahrungen werden geübt und in den Alltag integriert	Die Teilnehmer sollen zur langfristigen Umsetzung von Selbstbehandlungs- und Kontrollmaßnahmen motiviert werden. Praktische Erfahrungen werden geübt und in den Alltag integriert, individuelle Therapieziele (s. Inhalte und Ergebnisse)	Das Gruppenprogramm „MEDIAS 2“ wurde im Rahmen einer vom Bundesforschungsministerium geförderten, randomisierten und prospektiven Therapievergleichsstudie evaluiert. Es wies unter sämtlichen untersuchten Programmen nach einem Jahr die besten, klinisch relevanten Ergebnisse bezüglich der Stoffwechselparameter, der Veränderung von Verhalten und bezüglich der Befindlichkeit der Patienten auf.
Hypertonie	Danzer E, Gallert K, Friedrich A, Fleischmann EH, Walter H, Schmieder RE 2000	insgesamt 146 Patienten, acht Unterrichtseinheiten, jeweils eineinhalb Stunden	Aktivierung der Teilnehmer zu einem gesundheitsbewussteren Verhalten und einer damit verbundenen Blutdrucksenkung	(s. Inhalte und Ergebnisse)	Blutdrucksenkung, Gewichtsreduktion, Zunahme sportlicher Aktivitäten wärend des Untersuchungszeitraumes, Wissensstand und selbst beurteilte Vitalität konnten verbessert werden
COPD	Dhein Y, Münks-Lederer C, Worth H 2003	ambulantes strukturiertes Schulungs- und Behandlungsprogramm, nichtkontrollierte Pilotstudie an 21 Patienten mit leicht- bis mittelgradiger COPD über 2 Jahre	Selbstkontrolle der Erkrankung mit Hilfe von Peak-Flow-Messung, Symptombeobachtung und Tagebuchführung, Kenntnisse über Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikamente, korrekte Inhalationstechnik und Selbsthilfemaßnahmen bei einer Verschlechterung der Erkrankung	(s. Inhalte und Ergebnisse)	Häufigkeit von Episoden mit Atemnot nahm ab, Zunahme des Wissens der Patienten über die Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikamente, Selbstkontrolle der Erkrankung verbessert, weniger Krankenhausaufenthalte

1.3 Fragestellung

Dieses Forschungsvorhaben widmet sich der Entwicklung eines Selbstmanagement - Trainingsprogramms (SMTP) in Selbsthilfegruppen für Patienten mit bipolaren Störungen. Wie schon unter Kapitel 1.1 aufgeführt, tragen Selbsthilfegruppen maßgeblich zur Sekundärprävention bei, indem die Aktivitäten der Gruppenteilnehmer auch in den (symptomlosen) Zeiten das Fortschreiten der Krankheit durch Früherkennung und –behandlung aufhalten. Die tertiäre Prävention ist mit ihrem Ziel der Verhinderung von Folgeschäden oder Rückfällen der Rehabilitation gleichzusetzen (Born 2004).

Das zentrale Erkenntnisinteresse dieser Studie liegt in der Frage, ob sich auch in Deutschland ein Selbstmanagementtraining von Patienten für Patienten (vgl. Kapitel 1.2, Seite 17; vgl. Harris et al. 2000) umsetzen lässt. Nach vorliegendem Kenntnisstand existieren für die ausgewählte Population von Menschen mit bipolaren Störungen in Selbsthilfegruppen im deutschsprachigen Raum keine vergleichbaren Projekte. Aus diesem Grund ist es zunächst erforderlich, die Bedürfnisse dieser Zielgruppe zu erfahren sowie die Anforderungen an das zu entwickelnde Programm abzuleiten. In einem nächsten Schritt soll das SMTP in einer Untersuchungsgruppe durchgeführt und evaluiert werden.

Folgende Schlüsselfragen bestimmen die Untersuchung:

1. Wie lässt sich der IST-Zustand zum Selbstmanagement in bipolaren Selbsthilfegruppen in Deutschland beschreiben?

2. Welche Anforderungen muss ein Selbstmanagement-Trainingsprogramm für Patienten in Selbsthilfegruppen mit bipolaren Störungen erfüllen?

3. Ist es machbar, dass Patienten eigenständig über einen Zeitraum von mehreren Wochen ein solches Selbstmanagement-Trainingsprogramm durchführen?

4. Mit welchem Erfolg kann dies geschehen?

Das zu entwickelnde Selbstmanagement-Trainingsprogramm soll sich an der Lebenssituation und den Alltagsanforderungen der Betroffenen orientieren. Getreu der aktuellen erwachsenenpädagogischen Diskussion unterstützt dieses Projekt das Leitziel, das lebenslange Lernen möglichst vieler Erwachsener zu fördern (Kaiser 2003). Die Patienten tragen maßgebend zum Erfolg oder Nichterfolg bei – sie gestalten und leiten die einzelnen Module unabhängig und eigenverantwortlich. Es gibt keinen speziell geschulten Kurs- bzw. Seminarleiter, der die Gruppenaktivitäten plant und koordiniert. Diesen Anspruch sehe ich als besondere Herausforderung. Die „Lernenden“ sind Patienten. Die „Lehrer“ sind es ebenfalls. Abgesehen vom vergleichbaren „Leidensdruck“ kann sicher von äußerst heterogenen Gruppensituationen ausgegangen werden. Sämtliche Entscheidungen befin-

den sich in einem Spannungsfeld von erzielbarem Lernerfolg, sehr unterschiedlich ausgeprägten Selbstlernkompetenzen, der Gruppenerwartung und den jeweiligen Fähigkeiten aber auch Grenzen der Teilnehmer.

Treichel (2003, S. 131ff.) fordert in ihrem Artikel „Kommunikation mit Selbsthilfegruppierungen am Beispiel der „Disease-Management-Programme“ dass *„die Selbsthilfe (...) durch ihr Feedback endlich bei der Weiterentwicklung der Programme eingebunden werden (muss).“* In der aktuellen Diskussion zu diesem Thema (Selbsthilfegruppenjahrbuch 2003) wird allerdings die Möglichkeit, Patienten als Experten in eigener Sache und auf der Basis von zielgerichteten Programmen wirklich autark Verantwortung übernehmen zu lassen, nicht aufgeführt. Konkrete Selbstmanagementprogramme -*durchgeführt von Patienten* – scheint es bisher in strukturierter und evaluierter Form nicht zu geben. In dieser Hinsicht kann das in dieser Arbeit vorgestellte Konzept als ein Novum betrachtet werden. Somit können zum heutigen Zeitpunkt des Wissens auch die Grenzen nur hypothetisch und noch nicht wissenschaftlich belegt (oder widerlegt) angenommen werden. Vorstellbar sind persönlichkeits- und/oder krankheitsbedingte Einschränkungen in der Handlungsfähigkeit, zu stark divergierende interpersonelle Gruppenkonstellationen oder auch unrealistische Wünsche beziehungsweise Zielvorstellungen der Teilnehmer (vgl. auch Balck et al. 2000). Das mit dem SMTP geplante Konstrukt wird empirisch entwickelt und auf seine Anwendbarkeit (feasibility) hin untersucht.

Nachdem das folgende Kapitel 2 das Krankheitsbild und die Behandlungsmöglichkeiten der bipolaren affektiven Störung zusammenfasst, sollen im Kapitel 3 die Aspekte des Selbstmanagements und damit auch die Anforderungen an ein solches Programm nochmals vertieft aus medizinischer und pädagogischer Sicht aufgegriffen werden.

2. Bipolare affektive Störungen

2.1 Definition und Deskription

Im Jahre 1899 schuf *Emil Kraepelin* die Bezeichnung *„manisch-depressives Irresein“*. Damit benannte er eine umfassende Kategorie von affektiven Erkrankungen, die jede Form von Manie und Depression beinhaltete. Auch unipolare Erkrankungen schloss Kraepelin hier ein (Marneros 2000, Wiesbeck 2003)[14]. Die für deutsche Ärzte verbindliche „Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD 10)[15] definiert unter F31 die *bipolare affektive Störung* als eine Erkrankung,

> *„die durch wenigstens zwei Episoden charakterisiert ist, in denen Stimmung und Aktivitätsniveau des Betroffenen deutlich gestört sind. Diese Störung besteht einmal in gehobener Stimmung, vermehrtem Antrieb und Aktivität (Hypomanie oder Manie), dann wieder in einer Stimmungssenkung und vermindertem Antrieb und Aktivität (Depression). Wiederholte hypomanische oder manische Episoden sind ebenfalls als bipolar zu klassifizieren.“*

Das diagnostische und statistische Manual (DSM IV, APA 1996) der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft unterteilt das Spektrum der bipolaren affektiven Erkrankungen in vier Gruppen:

Bipolar I	*Mindestens eine manische oder gemischte Episode*
Bipolar II	*Rezidivierende Depression mit Hypomanien*
Weitere Erkrankungen im bipolaren Spektrum	*Zyklothymia: chronisch fluktuierende Phasen affektiver Herabgestimmtheit und hypomaner Symptome*
	Rapid Cycling: Sonderform, mindestens vier manische, hypomane, depressive oder gemischte Episoden innerhalb der letzten 12 Monate.

(Voll & Erfurth[16], Walden & Grunze 2000)

Die verschiedenen Klassifikationssysteme sollen dazu beitragen, Diagnosen zu operationalisieren und bessere Ausgangsbedingungen für die Forschung (und Therapie) zu schaffen. Den individuellen Symptomen und Beschwerdebildern vieler Patienten würden sie *„nur teilweise und unzureichend“* gerecht. In der klinischen Praxis gäbe es nicht wenige

[14] Die von Kraepelin beschriebenen Kriterien entsprechen weitgehend den heute beschriebenen für die sog. Bipolar-I-Störung (Wiesbeck 2003).
[15] International Classification of Diseases, Deutsche Version 2004 (URL: http://www.dimdi.de/de/klassi/ICF/-icf_dimdi_final_draft_1.pdf, 6.2.05).
[16] Mit „Voll & Erfurth“ wird ein Patientenratgeber zitiert, der keine Angaben darüber enthält, in welchem Jahr er erschienen ist – deshalb fehlt diese Angabe.

Patienten, welche sich nicht in die verschiedenen Systeme einordnen ließen[17] (Bräunig 2003[18]).

Das bio-medizinische Modell kann Auswirkungen von Gesundheitsproblemen (ICD) auf die Funktion im Alltag des Erkrankten nicht beschreiben. Eine weitere für - diesen Zweck dienlichere Klassifikation - ist die ICF: die Internationale Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Erweiternd zur ICD (und auf deren Basis) bietet die vor allem für die Rehabilitation und sozialmedizinische Begutachtung entwickelte ICF den Rahmen eines bio-psycho-sozialen Modells (vgl. auch Kap. 3.2.4, Seite 48). Erweiternd zur ICD können mit dem Modell der ICF auch *Kontextfaktoren* wie die Umwelt (materiell, sozial, verhaltensbezogen) sowie persönliche Faktoren (z.B. Ausbildungsstand, Motivation, genetische Prädisposition) beschrieben werden (Schuntermann 2004). Die ICF beschreibt das Gesundheitsproblem einer Person auf der Ebene von *Körperfunktion- und Struktur*, auf der Ebene der *Aktivität* und auf der Ebene der *Partizipation*. Somit ergibt sich auf der Basis der ICF eine umfassende Möglichkeit, die *funktionale Gesundheit* eines Menschen detailliert darzustellen[19].

Patienten mit bipolarer Störung weisen ein hohes Risiko auf, Suizid zu begehen (Simpson & Jamison 1999). Mindestens jeder vierte Patient unternimmt einen Selbsttötungsversuch, 15 % versterben an Suizid (Berghöfer 2003, Goodwin & Jamison 1990, Simpson & Jamison 1999). Gefährdet seien vor allem junge Männer zu Beginn der Erkrankung und Patienten, die kurz zuvor aus dem Krankenhaus entlassen worden sind (Simpson & Jamison 1999, Angst et al. 1999).

Ein Bericht der WHO aus dem Jahr 2002 weist darauf hin, dass es weltweit eine deutliche Zunahme dieser Erkrankung gibt und bipolare Störungen zu den zehn Krankheitsbildern gehören, die am häufigsten zu einer Behinderung führen. Anders als bei einer reinen Depression, an der mehr Frauen erkrankten, litten unter einer bipolaren Störung Frauen und Männer gleich häufig. Die in der Literatur benannten Häufigkeiten weisen eine große Spannweite auf. Eine epidemiologische Studie aus Zürich ermittelte sogar eine Lebenszeit Prävalenz bis zu 12% (Angst & Gamma 2002, Angst et al. 2002, Wagner & Bräunig 2004).

---

[17] Diese werden in den Klassifikationssystemen als „Bipolar NNB" (= nicht näher bezeichnet) kategorisiert.

[18] URL: http://dgbs.de/wissen/diagnose/index.php

[19] Eine Person ist funktional gesund, wenn

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen allgemein anerkannten Normen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und –strukturen),
2. sie nach Art und Umfang das tut oder tun kann, wie es von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Art und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Schädigungen der Körperfunktionen/-strukturen und Aktivitätseinschränkungen erwartet wird. (Konzept der Teilhabe)

Quelle: http://www.dimdi.de/de/klassi/ICF/icf_dimdi_final_draft_1.pdf (6.2.05) Hierbei handelt es sich um die vorläufige Endfassung der deutschsprachigen Übersetzung der ICF von Oktober 2004.

Patienten mit bipolaren Störungen litten zudem vermehrt unter einem erhöhten Risiko für kardiovaskuläre Krankheiten sowie unter einem erhöhten Risiko, an Krebs zu erkranken (Angst et al. 2002). Dittmann et al. (2002) ermittelten den Aspekt, dass 35% der von ihnen exemplarisch untersuchten Betroffenen zusätzlich unter weiteren schweren psychischen Erkrankungen – vor allem Sucht- und Angsterkrankungen - leiden. Die amerikanische Einteilung DSM IV bezeichnet dies näher unter der sogenannten Achse-I-Komordität (APA 1996).

Mehrere Autoren beschreiben übereinstimmend, dass es nicht selten zehn Jahre dauere, bis nach einer ersten Krankheitsepisode die Diagnose „Bipolar" gestellt würde (Ghaemi et al. 2000, Suppes et al. 2001, Harris et al. 2000, Perry et al. 1999).

2.2 Ätiologie und Pathogenese

Zusammenfassend kann beschrieben werden, dass bei den bipolaren affektiven Störungen keine einheitlichen Befunde zur biologischen Genese vorliegen. Es handele sich nicht um eine Erbkrankheit im Mendelschen Sinne, sondern die Entstehung dieser Erkrankung ließe sich wohl am ehesten multifaktoriell am Modell genetischer Vulnerabilität plus hinzukommender schwer belastender psychosozialer Ereignisse[20] erklären. Humangenetische Befunde belegen familiäre Häufungen. So haben mehr als 20 Studien übereinstimmend ein erhöhtes Erkrankungsrisiko für Angehörige ersten Grades von an einer bipolaren affektiven Störung Erkrankten gefunden. Ausgehend von einer Erkrankungsrate von 1% in der Bevölkerung seien es bei diesen Angehörigen 7%, die erkrankten. Möglicherweise hat es für das Erkrankungsrisiko einen Einfluss, ob die Mutter oder der Vater erkrankt sind. Bei genetisch identischen eineiigen Zwillingen läge die höchste gefundene Konkordanzrate bei 80% und stelle damit einen klaren Hinweis dar, dass neben einer genetischen Prädisposition auch Umweltfaktoren bei der Entstehung der Erkrankung eine Rolle spielen.

Eine bedeutende Rolle wird der gestörten Interaktion zwischen verschiedenen Neurotransmittern zugeschrieben. Im Mittelpunkt neurobiologischer Untersuchungen stehen z.B. die Neurotransmitter Noradrenalin, Serotonin, Dopamin, GABA und Acetylcholin. Mittels moderner bildgebender Verfahren konnten während Krankheitsepisoden funktionelle Veränderungen des Gehirns, z. B. der Aktivität des limbischen Systems, dargestellt werden.

Patienten mit bipolaren affektiven Störungen unterschieden sich bezüglich ihrer Persönlichkeitsmerkmale in den meisten Studien nicht von gesunden Vergleichspersonen.

(Dahmen 2000, Freyberger & Stieglitz 1996, Erfurth 2002, Voll & Erfurth)

[20] Schon Kraepelin beobachtete, dass der Erstmanifestation der Erkrankung meist ein solches Ereignis vorausgeht. Bei nachfolgenden Episoden ist das in diesem Ausmaß nicht mehr der Fall.

2.3 Therapie

2.3.1 Übersicht

Das durch akute Manien, Mischzustände und Depressionen gekennzeichnete Krankheitsbild weist eine große Variation an inter- und intrapersonellen Symptomen auf. Daraus ergibt sich auch therapeutisch der Anspruch an eine differenzierte Vorgehensweise. Neben der Pharmakotherapie in den verschiedenen Phasen sollen folgende weitere Therapieoptionen angesprochen werden:

- Elektrokrampftherapie
- Lichttherapie
- Schlafentzug

sowie die gerade auch für die Problemstellung dieser Arbeit wichtigen Aspekte der

- Psychotherapie und
- Psychoedukation.

Die Therapie bipolarer Erkrankungen lässt sich in drei eng miteinander zusammenhängende Abschnitte unterteilen:

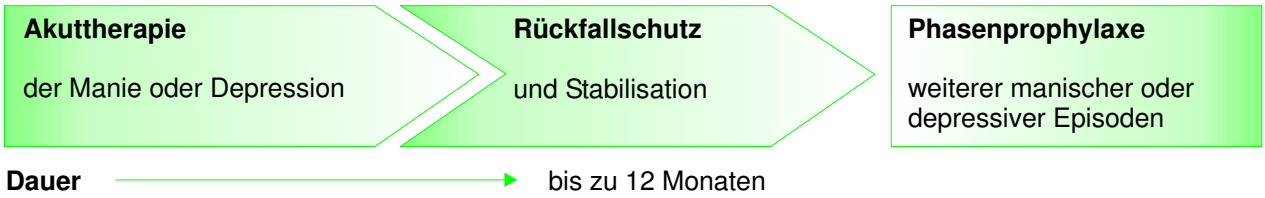


Abbildung 1: Phasen der Therapie bei bipolaren Störungen (modifiziert nach Voll & Erfurth)

Marneros (2000) benennt vier Kriterien, an denen sich die Therapie bipolarer Erkrankungen orientieren solle:

- an der Art der aktuellen Episode,
- an der Intensität der Symptomatik,
- an der Komorbidität und an
- der Anzahl der vorangegangenen Episoden.

2.3.2 Pharmakotherapie

Die medikamentöse Behandlung der bipolaren Störung wird in Expertenkreisen kontrovers diskutiert[21]. Grunze et al. (2002) stellen fest, dass noch viele Fragen offen seien und dies impliziere, dass alle Konsensrichtlinien und Empfehlungen als vorläufig betrachtet werden müssten. In der Regel erhalten bipolare Patienten heute mehrere verschiedene Medikamente, welche an die aktuelle Krankheitsphase angepasst werden[22]. Die aktuell existierende Fülle an Präparaten stellt sich als sehr komplex und schwer überschaubar dar. Zudem folgt die Art und Weise der Medikation den sich ständig ändernden wissenschaftlichen Erkenntnissen und unterliegt somit Schwankungen. Aus diesem Grund soll und kann die im Folgenden vorgeschlagene Einteilung keinen „Standard" erfüllen, sondern lediglich den Versuch darstellen, eine Übersicht zu bieten.

Akute manische Episode:

Tabelle 4: Pharmakotherapie der bipolaren affektiven Störung

Wirkstoff[23]	**Charakteristik**
Lithium[24]	zur Behandlung der akuten euphorischen Manie, belegte antisuizidale Wirkung, Goldstandard zur Phasenprophylaxe
Antiepileptika:[25] Valproat[26] Carbamazepin	bei dysphorischen Manien, Mischzuständen und Rapid Cycling gegen alle Formen der Manie, wenn Lithium und Valproat nicht ausreichend wirken oder kontraindiziert sind
Klassische Neuroleptika *Moderne Neuroleptika* Olanzapin	wenn Stimmungsstabilisierer allein nicht ausreichen und zusätzlich psychotische Symptome auftreten zur Therapie bei mäßig schwerer bis schwerer Manie, breites Wirkungsspektrum, auch gegen Mischzustände
Benzodiazepine Clonazepam Lorazepam Diazepam	kurzfristig als additive Medikamente bei akuten Manien

[21] vgl. z.B.: http://www.berger-psychische-erkrankungen-klinik-und-therapie.de/index.htm?-http://www.berger-psychische-erkrankungen-klinik-und-therapie.de/review.htm (25.12.04)
[22] Eine Stichprobe der „Arbeitsgemeinschaft Arzneimitteltherapie bei psychiatrischen Erkrankungen" (AGATE) aus dem Jahr 2002 ergab, dass beispielsweise Patienten mit Manien durchschnittlich mehr als drei Wirkstoffe erhalten.
[23] In welcher Phase das jeweilige Medikament weniger empfohlen wird, auf weiterführende Begleitumstände der Therapie sowie auf die für die Betroffenen nicht unerheblichen Nebenwirkungen und Kontraindikationen soll an dieser Stelle nicht eingegangen werden. Die Anlage 5 im „Handbuch SMTP" (S. 92) enthält eine Liste der am häufigsten genannten Arzneimittel. Hier werden der Wirkstoff, die Anwendungsgebiete sowie mögliche Nebenwirkungen aufgezählt.
[24] Mit dieser Substanz liegen seit 1949 vergleichsweise lange Erfahrungen vor.
[25] Diese Auflistung erfüllt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Marneros (2000) führt z. B. auch Gabapentin (Neurontin), Lamotrigin (Lamictal) und Topiramat (Topamax) auf.
[26] Valproat findet in Deutschland Verwendung, ist aber für die Behandlung bipolarer Erkrankungen nicht zugelassen.

Bipolare Depression: Zusätzlich zur Gabe eines *Antidepressivums* wäre wegen des Risikos einen Switch[27] hervorzurufen auch ein *Stimmungsstabilisierer* hinzuzufügen. Das Therapiemanagement unterschiede die „bisher unbehandelte" bipolare Erkrankung von der bei den Patienten, die bereits einen Rückfallschutz erhielten. Leichte depressive Episoden ließe sich bei einem Drittel der Betroffenen durch Erhöhung der Lithiumdosis abfangen.

Rückfallschutz: In dieser Phase solle die Therapie fortgeführt werden, auf die der Patient in der Akutphase gut angesprochen hat. Ob eine Phasenprophylaxe anschließt, müsse in Abhängigkeit von der Schwere des Krankheitsbildes individuell entschieden werden. In der Literatur finden sich hierfür konkrete Richtlinien.

Phasenprophylaxe: Nur wenn Arzt und Patient akzeptierten, dass die bipolare Störung (wie beispielsweise auch Diabetes oder Hypertonie) unter gewissen Umständen einer lebenslangen Behandlung bedürfe, wäre es möglich, den Betroffenen eine gesunde, erfüllte Lebenszeit zu gewähren. Gerade auch angesichts einer hohen Exzessmortalität[28] bei bipolaren Störungen wäre eine evidenz-basierte Langzeittherapie zu fordern. Die Behandlung in dieser Phase erfolge mit *Stimmungsstabilisierern* (*Lithium)*. Bei bestimmten Verläufen böten sich *Valproat*, *Carbamazepin* (vgl. Manie) und das Antiepileptikum Lamotrigin an.

Die Rückfallrate der bipolaren Erkrankung sei trotz moderner Medikamente hoch (Perry et al. 1999).

2.3.3 Weitere Therapieoptionen

Elektrokrampftherapie (EKT): Obwohl die EKT[29] nicht nur zur Akutbehandlung eine nachweislich sehr effektive Behandlungsmaßnahme[30] wäre, würde sie *„aus politisch-atmosphärischen"* Gründen (Marneros 2000) in Deutschland relativ selten eingesetzt.

Lichttherapie: Bei 60 bis 80 % der Patienten mit sogenannten saisonal abhängigen depressiven Phasen (Bipolar I) könne die Lichttherapie kurzfristig erfolgversprechend sein und adjuvant angewendet werden. [31]

Schlafentzug: Ebenso wie bei unipolarer Depression könne auch schon nach der ersten durchwachten Nacht bei bipolarer Depression die antidepressive Wirkung einsetzen. Etwa 60% der Patienten sprächen auf diese Therapie an. Wegen der Gefahr eines Switch sei die Indikation bei bipolaren Störungen begrenzt.

---

[27] (engl.) schalten, umstellen; (hier) das Umschalten von der Depression in die Manie (Hypomanie) bzw. umgekehrt

[28] Die Ursache der Exzessmortalität wird in kardiovaskulären Faktoren, Non-Compliance und mangelnder Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen vermutet.

[29] Unter Vollnarkose wird für etwa 20 bis 40 Sekunden durch einen kurzandauernden elektrischen Impuls ein epileptischer Anfall ausgelöst.

[30] Marneros (2000) beschreibt, dass die EKT nach der American Psychiatric Association sogar die effektivste Therapiemethode bei unipolaren und bipolaren affektiven Störungen sei.

[31] Die Applikation sollte mit mindestens 2.500 Lux für mindestens zwei Stunden am Tag erfolgen.

2.3.4 Psychotherapie und Psychoedukation

Die Rolle der Psychotherapie bei der Behandlung der bipolaren affektiven Störungen war lange umstritten. Nach einer euphorischen Phase in der Zeit der Psychoanalyse wurde in den 1970er und 80er Jahren der psychotherapeutische Behandlungsansatz durch die pharmakologische Therapie verdrängt. Empirische Befunde hätten allerdings gezeigt, dass es trotz Einhaltung der medikamentösen Behandlung bei fast 75% der Betroffenen innerhalb eines 5-Jahres-Intervalls zu Rückfällen gekommen war. Das rein biologisch determinierte Ätiologiekonzept wurde zunehmend revidiert. In den 90er Jahren nahm die Forschung auf dem Gebiet der Psychotherapie wieder zu. Diese Entwicklung kann als Modifikation in Richtung eines biopsychosozialen Krankheitsbegriffs verstanden werden, bei welchem auch soziale bzw. interpersonelle „Stressoren" für die Exazerbation der Symptomatik eine wichtige Rolle spielen (vgl. auch Kap. 3.2, Seite 35ff.). Dies wird vor allem damit erklärt, dass sich die pharmakologische Therapie als nicht ausreichend für die Behandlung bipolarer Störungen erwies (Dietrich et al. 2003, Freisen 2004). Verschiedene Autoren kommen zu dem Schluss, dass die Psychotherapie bipolarer affektiver Störungen viel zu lange vernachlässigt wurde (Frank et al. 2000, Colom et al. 2003a). Trotz einer problematischen Generalisierbarkeit empirischer Studien zum Erfolg psychoedukativer Ansätze (im Sinne einer sogenannten „Add-on-Strategie") gälte deren Wirksamkeit[32] heute als anerkannt (Bräunig & Wagner 2004, Colom et al. 2003b)[33]. Der Begriff „Psychoedukation" umfasst ein beträchtliches Repertoire, Informationen über die Krankheit, psychosoziale Faktoren sowie Bewältigungsstrategien zu vermitteln. Neben der Möglichkeit, verschiedenste Medien zu verwenden, bieten auch Einzel- oder Gruppenprogramme, die Arbeit mit Betroffenen, Angehörigen und dem interdisziplinären Team vielfältige Strategieoptionen (vgl. auch Bäuml & Pitschel-Walz 2003, Bräunig & Wagner 2004, Dietrich et al. 2003, Schaub et al. 2004; Schaub & Goldmann 2000).

Zurzeit werden an Psychotherapieformen die *interpersonelle Psychotherapie*, *verhaltenstherapeutische Verfahren* sowie *tiefenpsychologisch orientierte Therapien* favorisiert (ausführliche Beschreibung z.B. in Marneros 1999). Voll & Erfurth benennen als Methoden die *kognitive Therapie*, die *„Interpersonal and Social Rhythm Therapy"* (Frank et al. 1994, vgl. auch Kapitel 3.2.3) sowie das eher edukationsorientierte *„Intensive Clinical Management".* Dietrich et al. (2003) erwähnen zu den bereits genannten als eine erfolgversprechende Methode die *Familienfokussierte Therapie*[34]*.* Untersuchungen hätten ergeben, dass ein familiäres Klima, in dem stark affektbesetzte Ausdrucks- und Verhaltensweisen vorherrschen und wenig Verständnis füreinander aufgebracht würde, mit einem ungünstigen Krankheitsverlauf korrelierten.

---

[32] Als Erfolgskriterien gelten beispielsweise das Zeitintervall bis zum Auftreten einer Wiedererkrankung, die medikamentöse Compliance, der Verlauf der Symptomatik und die Hospitalisierungsrate- bzw. –dauer.

[33] Wagner & Bräunig stellen die Ergebnisse von 14 Evaluationsstudien zu psychoedukativen und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programmen vor (s.d. S. 20ff.).

[34] vgl. Miklowitz DJ, Goldstein MJ (1997) A Family-Focused Treatment Approach. New York, Guilford Press

Neben der zentralen Aufgabe, sich Kenntnisse zum Krankheitsbild anzueignen, schrittweise - und für alle Beteiligten - anzuerkennen, dass es sich um eine lebenslange Vulnerabilität mit ständigem Rückfallrisiko handelt und nicht zuletzt auch praktikable Methoden für die Bewältigung anzueignen, beschreiben Voll & Erfurth in einem Patientenratgeber folgende Ziele:

- *„Milderung des Traumas, das mit der Diagnose einer bipolaren Störung verbunden ist*
- *Verringerung der Verleugnungstendenz, Ermutigung zur Akzeptanz der Erkrankung*
- *Verbesserung der sozialen Funktion des Betroffenen und seiner Einbindung in die Umgebung*
- *Stärkung der Fähigkeit, mit Stressoren umzugehen*
- *Förderung der rückfallprotektiven Effekte in der Familie*
- *Unterstützung des Betroffenen und seiner Familie, Prodomalsymptome frühzeitig zu erkennen*
- *Sicherung der raschen Intervention beim Auftreten von Prodomie.“*

Diese für die Psychotherapie formulierten Ziele berühren mitunter auch heikle persönliche Probleme, welche Patienten gern in der Gemeinschaft von Betroffenen zu lösen versuchen. Im Konzept einer ganzheitlichen Versorgung des Patienten bietet die Selbsthilfegruppe dafür ein geeignetes Forum. Private Themen, Angelegenheiten die den Arbeitsplatz[35] betreffen oder auch die Auswirkungen von Medikamenten auf das tägliche Leben können intensiv angegangen werden. Gerade das Gefühl, mit diesen Fragen nicht allein zu sein könne sich in besonderem Maße motivierend auswirken und die Kontrolle über das eigene Leben verbessern helfen (Erfurth 2002, Marneros 2000, Voll & Erfurth, Walden & Grunze 2000, Wiesbeck 2003).

Dietrich et al. (2003) merken an, dass im Zuge empirischer Evaluation (von Psychoedukation als eigenständiger Interventionsform) auch die Wirkung der *Gruppe* in zukünftigen Forschungsdesigns zu berücksichtigen sei[36]. Die Autoren gehen davon aus, dass neben einer verstärkten Selbst- und Fremdbeobachtung bei den Betroffenen auch behandlungsförderliche Einstellungen generiert werden könnten – *„wie z.B. der Erkrankung nicht mehr hilflos ausgeliefert zu sein...“.* In diesem Zusammenhang erwähnen Dietrich et al.

[35] Nicht unproblematisch und ohne Folgen für die Betroffenen ist die beispielsweise die in unserer Gesellschaft häufig anzutreffende Stigmatisierung von Psychiatrie-Patienten.

[36] Die Autoren postulieren, dass im Rahmen der Evaluation psychoedukativer Ansätze in Bezug auf z.B. das Ausmaß an Erkrankungswissen oder den Einfluss von Gruppeneffekten derzeit noch keine Prozess-Outcome-Analysen vorlägen. Untersuchungen von Bauer et al. (1998) und Peet & Harvey (1991) lassen auf einen höheren Wissenszuwachs bei den Gruppenteilnehmern psychodukativer Programme schließen (In: Wagner & Bräunig 2004).

unter anderem auch die für das Wohlbefinden so wichtige Steigerung des *Selbstwirksamkeitserlebens* (detaillierter dazu siehe Kapitel 3).

Weiterführende empirische Befunde zu kognitiv-verhaltenstherapeutischen bzw. psychoedukativen Ansätzen bei bipolaren Störungen finden sich in einer tabellarischen Übersicht in Wagner & Bräunig (2004, S. 20ff.)[37].

2.4 Verlauf und Prognose

Der Verlauf umfasst sämtliche Phänomene und Symptome, die während der gesamten Lebenszeit des Patienten nach Ausbruch der Erkrankung auftreten. Verlaufsmerkmale affektiver bipolarer Erkrankungen lassen sich durch

- Erkrankungsalter,
- Krankheitsdauer,
- bisherige Episodenzahl,
- Dauer und Art (Manie, Hypomanie, Depression, Mischzustand) der Episoden sowie durch
- die interepisodischen Intervalle

beschreiben.

Ein Krankheitszyklus umfasst den Beginn einer Episode und den nachfolgenden Zeitraum. Das Verlaufsmuster bei dieser Erkrankung kann als interindividuell und variantenreich (mono-, oligo- oder polyzyklisch) charakterisiert werden. Typisch sei ein periodisch rezidivierender Verlauf mit episodenfreien Intervallen. Während dieser rezidivfreien Phasen würde zwar die syndromale Remission „nahezu immer" (Brieger et al. in Erfurth 2002, Goldberg & Harrow 2004) erreicht, dass alle Symptome remittierten sei aber seltener. In einer großen Anzahl der Fälle gelänge es den Betroffenen nicht, wieder voll funktionstüchtig ihre entsprechenden Rollen in Familie, Beruf etc. gerecht zu werden (*funktionale Remission*[38]*;* vgl. auch Tohen et al. 2000, Goldberg & Harrow 2004). Neben der unter Kapitel 2.2 bereits beschriebenen lebenslangen Vulnerabilität bestehe auch in den episodenfreien Phasen eine Neigung zu Stimmungsschwankungen. 85 bis 95% der Patienten erlitten im Laufe ihres Lebens nach einer ersten Krankheitsphase noch acht bis zehn wei-

[37] Wagner & Bräunig (2004) listen 14 Evaluationsstudien auf, schränken diesbezüglich jedoch ein, dass prospektive, randomisierte Studiendesigns mit Langzeitkatamnesen fehlten und dagegen überwiegend unkontrollierte Untersuchungen mit geringer Stichprobengröße zu finden seien. Zwei der 14 von Wagner & Bräunig zitierten Untersuchungen (Bauer et al. 1998 und Peet & Harvey 1991) lassen auf einen höheren Wissenszuwachs bei den Gruppenteilnehmern psychodukativer Programme schließen.

[38] vgl. „funktionale Gesundheit" S. 26; Gerade auch die „funktionellen Defizite" sind ein für das Thema dieser Arbeit bedeutsamer Aspekt.

tere Episoden. Dabei könne der Abstand zwischen zwei Episoden fünf Jahre oder länger betragen. Mit zunehmendem Alter würden die Episoden häufiger und schwerwiegender, die zeitlichen Abstände variierten von weniger als 48 Stunden bis zu mehreren Jahren. Auch wenn sich die Phasenfrequenz bei optimaler Therapie nicht zwangsläufig erhöhen müsse, erführen doch die meisten der Betroffenen über lange Strecken ihres Lebens eine erhebliche Einbuße an Lebensqualität (LQ):

Brieger et al. (2004) ermittelten in den vier Domänen *„physisch, psychisch, soziale Beziehungen, Umwelt“* mittels multivarianter Analysen, welche biografischen und Krankheitsfaktoren die LQ bestimmten. Abgesehen von der Domäne Umwelt war bei manischen oder gemischten Patienten die LQ in allen Bereichen niedriger als bei der Normpopulation. Auch Hakkaart et al. (2004) beschreiben eine deutlich niedrigere LQ bipolar Kranker in den Niederlanden. Morselli et al. (2004) untersuchten europaweit die Variablen Arbeitslosigkeit, Familiengeschichte, Behandlungszufriedenheit und die Wirkung der bipolaren Störung auf die Wahrnehmung von Lebensstil und LQ. Die Krankheit führte zu einer sehr hohen Rate an Arbeitslosigkeit (vgl. auch Hakkaart et al. 2004) und hätte eine signifikante negative Wirkung auf die Wahrnehmung der LQ sowohl innerhalb der Familie des Betroffenen als auch außerhalb des familiären Umfeldes. Die Autoren schlussfolgern, es müsse noch viel getan werden, um das *„soziale Fungieren“* und die *„soziale Integration“* von jenen zu verbessern, die an bipolarer Krankheit leiden. Eine Studie aus Brasilien (Berlim et al. 2004) kommt zu dem Ergebnis, dass Patienten mit bipolarer Depression bedeutend niedrigere LQ-Werte aufwiesen, als Patienten mit unipolarer Depression. Berlim et al. 2004 bemerken, dieser Unterschied könnte mit den in der bipolaren Bevölkerung beobachteten höheren Raten des Suizid verwandt sein (vgl. Kap. 2.1, S. 26). Goldberg & Harrow (2004) beobachteten in einer Langzeituntersuchung in den USA über zehn Jahre die Remission und die funktionale Beeinträchtigung von unipolar depressiven Patienten und Patienten mit bipolarer Störung. Sie kamen zu dem Ergebnis, konsistent *„gutes Fungieren“* würde häufiger unter Patienten mit unipolarer (nicht psychotischer) Depression beobachtet, als bei bipolarer Störung (oder unipolarer psychotischer Depression). Während des Beobachtungszeitraums von zehn Jahren erlebten 30-40 % der bipolaren Patienten funktionale Defizite. Goldberg & Harrow (2004) betonen die Bedeutung des Remissionsverlaufs für prognostische Aussagen in Bezug auf den Krankheitsverlauf.

Es sei nach heutigem Stand der Forschung kaum vorhersagbar, wer einen prognostisch günstigen oder eher ungünstigen Verlauf der Erkrankung entwickelt. Bisher konnten keine klaren soziodemografischen Variablen ermittelt werden, welche die Dynamik der Krankheit „bestimmen“. Wer zunächst einen ungünstigen Verlauf aufweist, hätte eine gewisse Wahrscheinlichkeit, dass sich der Verlauf auch weiterhin so verhält.

(Erfurth 2002, Marneros 2000, Voll & Erfurth, Wiesbeck 2003)

3. Zum Selbstmanagement bipolarer Störungen

3.1 Vorbemerkungen

Die Thematik „Selbsthilfe“ beziehungsweise „Selbstmanagement von Krankheit“ umfasst ein gesamtgesellschaftliches Phänomen und fordert – je nach Erkenntnisinteresse - zahlreiche Wissenschaftsbereiche. Ökologen, Politiker, Soziologen, Rehabilitationswissenschaftler, Psychologen, Mediziner, Therapeuten und Erziehungswissenschaftler sind nur einige, die hier (ohne Rangfolge) genannt werden sollen. Um das Thema überschaubar aber auch „machbar“ abzugrenzen, beziehe ich mich in diesem Kapitel aus der Sicht der Medizinpädagogin im Wesentlichen auf die Aspekte der Medizin und der Pädagogik. Die Beschreibung ausgewählter Konzepte muss auf Grund der Fülle von Literatur zu diesen Themenbereichen selektiv bleiben.

3.2 Medizinische Aspekte

Neben der unbestritten großen Bedeutung moderner Pharmakotherapie bieten Bestrebungen, wie das rechtzeitige Erkennen erster Krankheitsanzeichen sowie die von Patienten selbst durchgeführten langfristigen Verlaufsbeobachtungen und deren Analyse ein noch nicht vollends ausgeschöpftes Potenzial an Selbstmanagementressourcen. Die folgenden Abschnitte sollen diese für ein Selbstmanagement-Trainingsprogramm umsetzbaren Ansätze des Umgangs mit bipolaren Störungen in den Vordergrund stellen. Neben Inhalten, die direkt in das Selbstmanagement-Trainingsprogramm einfließen, widmet sich dieses Kapitel aber auch sogenannten *Meta-Theorien* (vgl. z.B. Kap. 3.2.5, Seite 51) für die Bewältigung von Problemen, Krisen und den Umgang mit Stress. Letztere finden sich mehr oder weniger offensichtlich im Selbstmanagement-Trainingsprogramm (vgl. Anlage „Handbuch SMTP“) wieder.

3.2.1 Frühwarnzeichen

In der Literatur tauchen für den Begriff „Frühwarnzeichen“ viele verschiedene Bezeichnungen auf: Prodomie, Frühsymptome, Vorbotensymptome, Rückfallanzeichen, Prodomalsymptome, Frühwarnsymptome. Im Gegensatz zu Symptomen sind Frühwarnzeichen nach den meisten Autoren jedoch nicht als spezifische Krankheitszeichen einzuordnen und werden auch in diesem Kapitel so verstanden. Nach Schärer (2004) besteht der grundsätzliche Unterschied zwischen Frühwarnzeichen und Symptomen darin, dass erstere (noch) keinen Krankheitswert besitzen.

In der aktuellen Literatur gilt es als unbestritten, dass die rechtzeitige Erkennung von ersten Anzeichen einer drohenden Krankheitsepisode dazu beitragen kann, Rückfälle zu verhindern beziehungsweise deren Häufigkeit zu reduzieren. Allgemein wird berichtet,

dass ein großer Teil von Patienten, die an bipolaren affektiven Störungen leiden, in der Lage sind, Prodomie wahrzunehmen (Lam & Wong 1997). In einer Untersuchung von Smith & Tarrier (1992) konnten 17 von 20 untersuchten Patienten Frühwarnzeichen der Depression identifizieren, 15 dieser Patienten war es möglich, Frühwarnzeichen der Manie festzustellen.

Der Übergang von Frühwarnzeichen in Krankheitssymptome kann fließend erfolgen und nur schwer abgrenzbar werden. Dabei könne es einer Detektivarbeit gleichkommen, die individuellen, persönlichen Frühwarnzeichen herauszufinden (Buhr 2004). Die Arbeitsgemeinschaft *„Selbst-CheckerInnen“* im Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener hat eine nach verschiedenen Bereichen unterteilte Frühwarnzeichenliste zusammengetragen (vgl. Anlage 9 „Handbuch SMTP“, S. 101). Unterzieht man diese - nicht speziell für bipolar Erkrankte sondern indikationsübergreifend entwickelte - Liste einer genaueren Analyse, wird ersichtlich, dass die als Frühwarnzeichen benannten Auffälligkeiten des Schlafes, der Stimmung, der Aktivität etc. eine bemerkenswerte Übereinstimmung mit den in der Tabelle 5 zur Diagnostik verwendeten klinischen Beurteilungsskalen aufweist.

Tabelle 5: Auswahl und Kurzbeschreibung klinischer Fragebögen zur Einschätzung von Depression/Manie

Name des Fragebogens	**Selbst-Rating**	**Fremd-Rating**	**Kurzbeschreibung**
Selbstbeurteilungsskala depressiver Symptome (Inventory of Depressive Symptoms, IDS-SR)	x		Der Fragebogen beinhaltet insgesamt 30 Aussagen, bei denen jeweils von 0 (keine Symptomatik) bis 3 (schwere Symptomatik) angekreuzt werden soll, welcher Zustand am besten zutrifft. Die Antworten beziehen sich auf die letzten 7 Tage.
BECK (Depressions-Inventar, BDI)	x		Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Es können - nach dem gleichen Prinzip wie bei der IDS-SR - von 0 bis 3 auch mehrere zutreffende Ziffern markiert werden. Die Antworten beziehen sich auf die letzten 7 Tage.
Manie-Selbstbeurteilungsskala (MSS)	x		48 Aussagen sind mit "ja" oder "nein" anzukreuzen. Die Antworten beziehen sich auf die letzten 2 Tage.
YOUNG MANIA RATING SCALE (YMRS-C)		x	Der Rater soll alle klinischen Informationen des Patienten (Patientengeschichte, klinische Eindrücke, Angaben von Familienangehörigen) einbeziehen, um 11 Items auf einer 5-stufigen Skala zu bewerten. Je nach Item variiert die Skala zwischen "0-1-2-3-4" oder "0-2-4-6-8". Die Bewertung bezieht sich auf die letzten 48 Stunden.

Die von den Betroffenen zusammengestellte Frühwarnzeichenliste entspricht einer Mischung von Aussagen der in der Tabelle 5 aufgelisteten klinischen Depressions- und Manie-Fragebögen[39]. Im Unterschied zu den Fragebögen gibt es auf der Frühwarnzeichenliste keine Graduierungen und es fehlen die beiden Kriterien „Gedanken an den Tod" sowie „Gewichtsveränderung"[40]. Zusätzlich (also nicht auf den Fragebögen vorkommend) enthält die Frühwarnzeichenliste die Stichworte „Medikamente..." und „Menstruation...". Im klinischen Alltag können diese Angaben z. B. durch die Life Chart Methode (Kap. 3.2.2, Seite 38ff.) erhoben werden.

Frühwarnzeichen entwickelten sich konstant in den Wochen vor einem Rückfall der Erkrankung (Altman et al. 1992, Perry et al. 1999). Perry et al. (1999) fanden in einer kontrollierten, randomisierten Studie heraus, dass Patienten, die gelernt hätten, ihre Frühwarnzeichen zu erkennen, eher medizinische Hilfe in Anspruch nähmen, weniger Probleme im zwischenmenschlichen Bereich und eine höhere Leistungsfähigkeit im Beruf hätten[41]. Die Autoren unterschieden in ihrer Analyse ebenfalls Frühwarnzeichen der Manie von Frühwarnzeichen der Depression (vgl. auch Smith & Tarrier 1992). Patienten, die gelernt hätten ihre Frühwarnzeichen der Manie zu erkennen, ließen sich signifikant früher behandeln, die Zeitspanne bis zum nächsten Rückfall sei länger und die Anzahl der Rückfälle geringer. Bezüglich depressiver Episoden sei das Ergebnis klar negativ: Trotz höheren Dosierungen von Antidepressiva waren depressive Episoden häufiger als in der Interventionsgruppe.

Lam & Wong (1997) fanden einen Zusammenhang zwischen der Fähigkeit von Patienten, Frühwarnzeichen (der Manie und der Depression) wahrzunehmen und ihrer Krankheitseinsicht, ihren Copingstrategien und der sozialen Funktion. Auf dieser Grundlage schlagen die Autoren vor, dass es wert sei, *„den Patienten beizubringen",* ihre Stimmung zu überwachen, Verständnis für die Krankheit zu erwerben und Frühwarnzeichen aufzuspüren.

Da nach dem Auftreten von Frühwarnzeichen häufig eine Krise folgt, sollten Frühwarnzeichen unbedingt ernst genommen werden und als eine wesentliche Strategie des Selbstmanagements der Krankheit Beachtung finden (vgl. Anlage, „Handbuch SMTP": Modul 3). Eine klinisch bewährte Handhabung, ein individuelles Frühwarnsystem zu schaffen, ist die mit einem Tagebuchverfahren gleichzusetzende Life Chart Methode.

---

[39] Graesslin (2003) listet 14 häufig gebraucht Beurteilungsverfahren auf und beschreibt diese hinsichtlich ihrer wissenschaftlichen und klinischen Eignung (vgl. auch Stieglitz et al. 2001).

[40] Es ist anzunehmen, dass die Verfasser diese Anzeichen nicht mehr als F r ü h warnzeichen werten.

[41] Auf Grund methodischer Mängel muss das Resultat dieser Untersuchung von Perry et al. allerdings kritisch betrachtet werden: Anstelle der berechneten Mindestzahl von 100 Personen konnten von 179 Personen, welche die Einschlusskriterien erfüllten, nur 69 randomisiert werden. Die im voraus berechnete Mindest-Studiengrösse wurde nicht erreicht, die Power der Studie zum Nachweis von Unterschieden ist sehr klein.
Weil bei der Kontrollgruppe keine „Placebo-Intervention" (z.B. allgemeine Beratung bezüglich der Krankheit) durchgeführt wurde, bleibt unklar, ob ein unspezifischer Effekt (vermehrte Zuwendung) beobachtet wurde.
Die Autoren beschreiben das Studiendesign der Endpunkt-Beurteilung ohne Wissen der Zuteilung („einfach blind"). Weil die Beurteiler regelmässig mit Patienten und Betreuern sprachen, dürfte die Beurteilung des Therapienutzens kaum wirklich blind gewesen sein (Ritzmann 2000).

3.2.2 Die Life Chart Methode

Kliniker beschäftigten sich schon früh mit der Frage, wie man psychiatrische Patienten über einen Zeitraum beobachten kann und welche Parameter dabei untersucht werden sollten (Hörn 2004). Schon 1890 legte Valentin Magnan mit seinen „Beobachtungstafeln“ den Grundstein für die grafische Repräsentation wiederkehrender Episoden (vgl. Abbildung 2). Diese „Beobachtungstafeln“ dienten der prospektiven und retrospektiven Dokumentation von Stimmungsschwankungen. Auch biologische Vorgänge (Fieber, Menstruation...), wichtige Lebensereignisse und die parallel durchgeführte Therapie wurden aufgezeichnet.

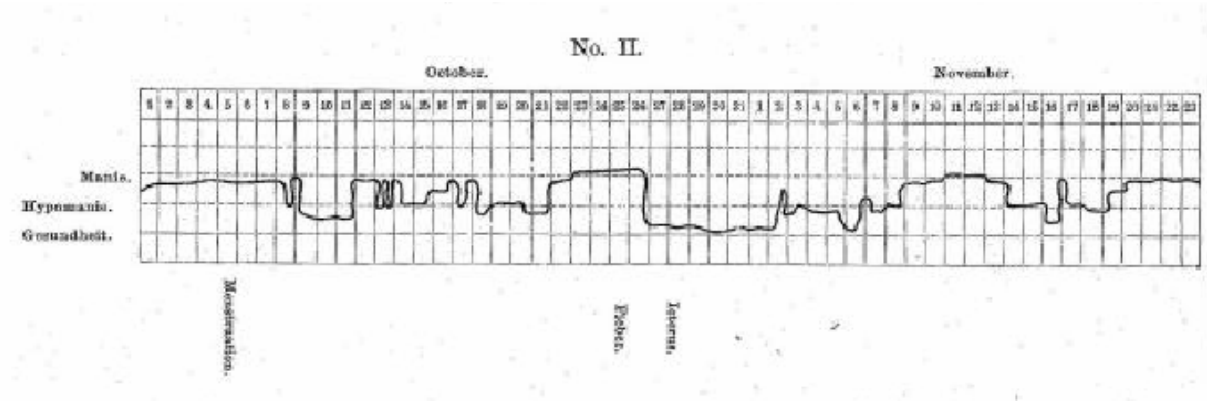


Abbildung 2: Beobachtungstafel von Magnan (Nach: Hörn 2004[42])

Mittels Farbcodes zeichnete Kraepelin in monatlichen Intervallen seine ersten grafischen Life Charts. Rot verwendete er für die Manie, hellrot für hypomane Zustände, dunkles und helles Blau standen für schwere und leichte Depression (Bipolar Network News 2002). Die Abbildung 3 zeigt eine von Kraepelins „Zählkarten“: Im 30. Lebensjahr begann die Aufzeichnung der (hypo-) manischen Zustände, intermittierend mit Zuständen dysphorischer Manie. Ab dem 53. Lebensjahr traten bei diesem Patienten zusätzlich depressive Phasen auf, Kraepelin bezeichnete sie als „circuläres Irresein“ (Hörn 2004).

[42] Quelle: Magnan V (1891-93) Psychiartische Vorlesungen. Thieme. Leipzig

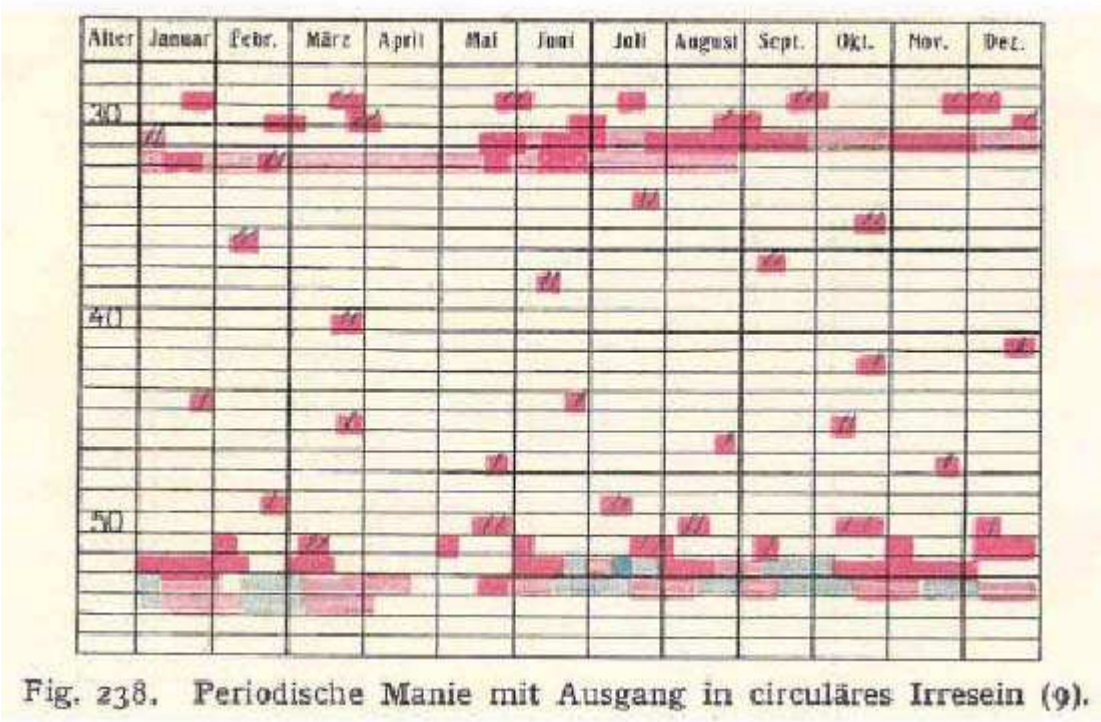


Abbildung 3: Zählkarte von Kraepelin (Nach: Hörn 2004[43])

Kraepelin kam zu dem Schluss, dass initial oft ein auslösendes Moment in Form eines auch von außen ersichtlichen Ereignisses die Krankheit auslöse, während spätere Episoden meist spontan und ohne ersichtlichen Grund entstünden.

In den achtziger Jahren entstand die „National Institut of Mental Health Life Chart Methodology“ (NIMH-LCM, vgl. Leverich & Post 2002)[44].

Eine Studie an der Universitätsklinik Freiburg konnte zeigen, dass mehr als 60 % der bipolaren Patienten die LCM als ein wirksames Instrument zum Erfassen von Frühwarnzeichen erachteten (Hörn 2004). Über das tägliche Aufzeichnen der Stimmung, der funktionalen Beeinträchtigung, einer persönlichen Symptomcheckliste u.a. krankheitsrelevanten Parametern (vgl. Leverich & Post 2002) ergäben sich für die Patienten aber auch den behandelnden Arzt viele Vorteile. Hartweg (2004) nennt als positive Faktoren für den Patienten das Auseinandersetzen mit der Erkrankung, das Kennenlernen und Akzeptieren der eigenen Person sowie die Förderung der Eigenverantwortlichkeit des Betroffenen. Die LCM helfe dem Betroffenen und Kliniker individuelle Muster der Erkrankung zu erkennen, decke psychosoziale Faktoren und deren Auswirkungen auf und diene auf diese Weise als wertvolles persönliches Frühwarnsystem. Da mit der LCM Krankheitsverläufe über einen langen Zeitraum dokumentiert werden können, entsteht eine „portable“ Krankenge-

[43] Quelle: Kraepelin E (1913, S. 1332) Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 8. Auflage. Band III. 2. Teil. Barth. Leipzig – Eine online Ausgabe von Inhalten dieses Buches wird von Lilly unter der URL: http://www.lilly-pharma.de/gesundheit/bipolare/pdf/kraepelin/Psychiatrie-Lehrbuch_1321-1333.pdf (10.2.05) zur Verfügung gestellt.

[44] Von der Deutschen Gesellschaft für bipolare Störungen (DGBS) wurde eine von L. Schärer ins Deutsche übersetzte Fassung herausgegeben.

schichte (Tagebuch). Aus klinischer Sicht ermöglicht diese Art von Selbsteinschätzung durch den Patienten die lückenlose Dokumentation und Kontrolle des Behandlungsverlaufs. Die Sicherung der Diagnose (vgl. Kap. 2.1) und die Bewertung der Medikation (auch im Zusammenhang mit Begleiterkrankungen) lassen sich besser nachvollziehen. Bei einem eventuellen Arztwechsel wird durch diese Methode die Anamnese und Therapie aufgrund der visualisierten Verlaufsbeobachtung erheblich vereinfacht.

Zwei Life Charts werden unterschieden: Zum einen das retrospektive Life Charting (rLCM), zum anderen die prospektive Life Chart Methode (pLCM). Mit Hilfe der rLCM kann der Betroffene rückblickend die letzten Monate und Jahre skizzieren, in welchen er an der bipolaren Erkrankung litt. Medikamente, drei unterschiedliche Level der durch Manie und Depression entstandenen Beeinträchtigungen, Lebensereignisse und Cyclings[45] werden monatlich grafisch erfasst. Bei der pLCM werden täglich in detaillierter Form die aktuelle Medikamenteneinnahme, die Stimmung, jeweils vier Ebenen der durch manische und depressive Zustände provozierten Beeinträchtigungen, der Schlaf, der Menstruationszyklus bei Frauen, Lebensereignisse und Begleiterkrankungen in ein vorgedrucktes Schema auf Papier eingetragen. Auch besteht die Möglichkeit, die Anzahl der aufgetretenen Stimmungsumschwünge festzuhalten (vgl. Anlage „Handbuch SMTP“: Anlage 12, Abb. 27-31).

Die Erfahrungen mit der LCM zeigen, dass der Betroffene durch die tägliche Dokumentation (und Reflexion) lernen kann, seine Krankheit zu verarbeiten und zu akzeptieren. Die LCM ermöglicht das Aufspüren vieler Muster und Eigenarten der Erkrankung. Aber auch individuelle psychosoziale Stressoren und deren Auswirkungen werden ersichtlich (Bipolar Network News 2002).

Die LCM entwickelte sich zum Standard für Langzeitverlaufsbeobachtungen im klinischen und wissenschaftlichen Setting bei bipolaren Störungen. Denicoff et al. (Denicoff 1997, 2000) prüften und bestätigten sowohl Validität wie auch Reliabilität der NIMH-LCM sowie die hohe Brauchbarkeit der Methode für die Patienten. Der große Nachteil liegt allerdings in den immensen Kosten und dem enormen Aufwand der mit der Zeit notwendigen grafischen Auswertung der Daten, ein Anspruch, der im klinischen Alltag nicht zu realisieren sei (Schärer 2002).

Eine Weiterentwicklung der Life Chart Methode ist die *Palm*- Life Chart (Methode). Hierbei werden die Daten direkt von den Patienten in ein speziell hierfür entwickeltes Programm auf einen Handcomputer übertragen. Stimmung, Funktion, Medikamente, Schlafdauer, Switchanzahl, Menstruation und optional Lebensereignisse und Begleiterkrankungen werden in regelmäßigen Abständen an einen zentralen Server übertragen.

[45] Cycling (vgl. Kap. 2.1): rapid cycling (mindestens 4 Episoden einer manischen, hypomanen, depressiven oder gemischten Episode pro Jahr), ultra rapid (Phasenwechsel innerhalb von Tagen) und ultra-ultra rapid Cycling (Phasenwechsel innerhalb eines Tages).

Erstmals wurde das Pilotprojekt *„Elektronisches Tagebuch für Patienten mit bipolarer affektiver Störung"* im Stanley Zentrum[46] für innovative Therapie bipolarer Störungen am Universitätsklinikum Freiburg durchgeführt (Hartweg 2004)[47]. In dieser Studie wurde geprüft, ob die PDAs (Personal Digital Assistent) sich für diese Art der Eintragungen eignen, ob die Geräte von den Patienten akzeptiert werden und wie sie mit der Methode an sich zurechtkommen. Des Weiteren sollten die entstandenen Vor- und Nachteile, welche im Vergleich zum Papier entstanden, herausgearbeitet werden. Die meisten (n=38) der 50 Studienteilnehmer kamen mit der Dateneingabe in den Palm sehr gut bis gut zurecht, 22 Patienten gaben wenige (vor allem technische) Schwierigkeiten an. Die Patienten zogen – wie auch schon bei der LCM (Hörn 2004) – großen subjektiven Nutzen aus dem täglichen Eingeben:

Sowohl beim PLC wie auch bei der LCM (Hörn 2004) können durch das tägliche detaillierte Selbstbeobachten der Lebensgewohnheiten an erster Stelle eine Art „Frühwarnsystem" genannt werden. Die Betroffenen begrüßen die Möglichkeit der aktiven Mitarbeit am Krankheitsverlauf. Aber auch ein gesteigertes Verständnis für die Erkrankung, eine bessere Beurteilung der Medikamentenwirksamkeit und die Erinnerung an die Einnahme der Medikamente erachteten viele der Befragten beim PLC als Vorteil. Die Benutzung des Palm bewirkte bei den Patienten eine persönliche Bestätigung, ein „gutes Gefühl", größere Motivation und Stabilität. Die Patienten benennen verschiedene Gründe, welche die elektronische Variante für sie attraktiv werden lässt. Dazu gehören zum Beispiel die Handlichkeit des Gerätes, seine Genauigkeit und Unauffälligkeit in der Öffentlichkeit. Sie sehen Vorteile in der Papiereinsparung, nutzen gern die Zusatzfunktionen[48] und schätzen die einfache Handhabung. Ein wichtiger Aspekt ist der Zeitfaktor. Mehr als die Hälfte der Patienten gaben an, mit dem Palm weniger Zeit als mit der Papierversion zu benötigen. Der größte Teil (40 der 50 Studienteilnehmer) der von Hartweg (2004) befragten Patienten favorisierten den Palm, stellte man sie vor die Möglichkeit, zwischen der elektronischen und der Papierversion zu entscheiden.

Denicoff et al. (2000) verglichen die LCM mit standardisierten Fragebögen, u. a. dem Inventory of Depressive Symptoms (IDS-C) und der Young Mania Rating Scale (YMRS). Dabei wurden hohe Korrelationswerte festgestellt. Die Autoren beschreiben LCM als eine zuverlässige Maßnahme, um die Schwere von manischen und depressiven Stimmungsschwankungen einzuschätzen. Auch der Behandlungserfolg lässt sich über die LCM kon-

---

[46] Dies ist eines von weltweit sieben Zentren des Stanley Foundation Bipolar Network (SFBN). Das gemeinsameZiel jener Zentren liegt darin, die Auslöser und Entstehung sowie die Krankheitsverläufe und möglichen Therapien bipolarer Erkrankungen zu erforschen. Den betroffenen Menschen werden hier Möglichkeiten geboten, unterschiedliche innovative Therapieoptionen in Anspruch zu nehmen und sich mit ihrer Krankheit auseinander zu setzen.

[47] Das „mobile Computing" kennt und nutzt man in der Medizin in den verschiedensten Bereichen und zu den unterschiedlichsten Zwecken (vgl. Bludau et al. 2001 und Kroll et al. 2003).

[48] Zu den Zusatzfunktionen zählen ein integriertes Adressbuch, Terminkalender, Notizbuch, oder auch ein Taschenrechner. Je nach Palm und Ausstattung sind aber auch viele andere Zusatzfunktionen (Telefon, Spiele etc.) möglich.

trollieren. Der Vorteil der LCM gegenüber den üblichen Fragebögen ist die kontinuierliche Darstellung des Krankheitsverlaufes über einen längeren Zeitraum. Mit dem IDS können nur Zeiträume über eine Woche und mit dem YMRS sogar nur zwei Tage untersucht werden (vgl. auch Tabelle 5). Aktuell liefen am Freiburger Stanley Foundation Bipolar Network (SFBN) prospektive, multizentrische Verlaufsbeobachtungen, die untersuchen sollten, ob das Palm Lifechart Programm sowohl valide als auch reliabel ist. Die Gütekriterien wurden - vergleichbar mit den Untersuchungen von Denicoff et al. (2000) – ermittelt, indem das PLC auch in Deutschland mit dem IDS-C (Fremdrating) und der YMRS verglichen wurde (Graf 2004).

Die bisherigen Ergebnisse zeigen: Das PLC Programm ist ein valides Instrument zur Einschätzung der Erkrankung von bipolaren Patienten. Der Vergleich von PLC mit dem Inventory of Depressive Symptoms (IDS-C) und der Young Mania Rating Scale (YMRS) spricht dafür, dass das PLC Programm ein zuverlässiges Messinstrument zur Einschätzung der Schwere von Krankheitsepisoden in langfristigen Verlaufsbeobachtungen ist. Die hohen Korrelationen zwischen IDS und Funktionsminimum bzw. Stimmungsminimum beweisen die Güte des Verfahrens während einer Depression. Man kann das PLC Programm sehr gut für die Einschätzung einer depressiven Episode verwenden.[49] Die Korrelation zwischen YMRS und Funktionsmaximum konnte ebenfalls nachgewiesen werden[50]. Zwischen YMRS und Stimmungsmaximum gab es kein signifikantes Ergebnis[51]. Da die Korrelation von PLC-Stimmung und YMRS nicht signifikant war, wurde eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt (vgl. Graf 2004, S. 39ff.).[52]

Die PLC Methode hat eine unbestrittene Bedeutung für das Selbstmanagement der bipolaren Krankheit. Über das Ausnutzen moderner Kommunikationstechnik in Form eines Palms erhalten die Patienten die Möglichkeit, mittels einer bewährten Methode ihre Symptome, ihre Medikamenteneinnahme und viele andere Gesichtspunkte zu dokumentieren und zu visualisieren (vgl. Anlage 9 „Handbuch SMTP“: Informationsblätter 11-13).

---

[49] Graf (2004, S. 30, 34-35): Es nahmen 44 Patienten an der Untersuchung teil, bei denen 118 gültige Ratings erhoben wurden. Die Korrelation nach Spearman betrug zwischen IDS und Funktionsminimum $r = -0{,}726$ ($p \leq 0{,}01$**s). Auch zwischen IDS und Stimmungsminimum zeigte sich ein Zusammenhang. Dieser wird durch die Korrelationswerte von $r = -0{,}616$ ($p \leq 0{,}01$**s) deutlich.

[50] (Graf 2004, S. 37): Der Vergleich von YMRS (Fremdbeurteilungsskala) und Funktionsmaximum des Life Charts ergab eine Korrelation von $r = 0{,}531$ nach Spearman ($p \leq 0{,}01$**s).

[51] Graf (2004) erklärt dieses Ergebnis damit, dass bei einer Manie auch depressive Symptome auftreten können (dysphorische Manie). Außerdem können Unterschiede zwischen Funktion und Stimmung entstehen, da Patienten in ihrer Funktion eingeschränkt sein können, die Stimmung aber möglicherweise unverändert bleibt. Ein Patient, der weiß, dass eine Episode bevorsteht und auch weiß, dass sie vorübergeht, kann mit diesem Wissen eine relativ gute Stimmung aber eine schlechte Funktion haben.

[52] Graf verglich hierfür die Life-Chart-Stufen mit den entsprechenden Stufen der YMRS und konnte nachweisen, dass sich alle Gruppen insgesamt signifikant im Stimmungsmaximum unterschieden: Chi-Quadrat $\chi 2 = 20{,}283$ ($p \leq 0{,}01$**s) Die detaillierte Beschreibung dieser statistischen Untersuchung beschreibt Graf (2004) in ihren Ergebnissen S. 39ff.

3.2.3 Stabilisation sozialer Rhythmen

Wesentliche Ausführungen des nachfolgenden Textes beruhen auf veröffentlichte und noch unveröffentlichte Manuskripte von Freisen (2004). Zeitgleich mit der hier vorliegenden Arbeit entwickelte und erprobte Freisen im Rahmen ihrer Dissertation am Stanley Zentrum des Universitätsklinikums Freiburg eine neue Therapieform: das *Soziale Rhythmus Training* (näher dazu weiter unten in diesem Kapitel). Ein großer Teil der von Freisen hierfür recherchierten und beschriebenen theoretischen Grundlagen wurden für die Erläuterungen in diesem Teil meiner Arbeit angepasst und übernommen.

Eine weitere Chance, die Krankheit selber zu managen, besteht für die Betroffenen in der Stabilisation ihrer sozialen Rhythmen (vgl. Anlage „Handbuch SMTP": Modul 5 und Anlage 13). Soziale Rhythmen werden durch bestimmte Aktivitäten während des Tages bestimmt, die gewissermaßen als „Zeitgeber" auftreten (Ehlers et al. 1988, Reid et al. 2000). Die „Soziale Zeitgebertheorie" wurde als Entstehungsmodell für Depressionen entwickelt und vereinte erstmals sowohl biologische als auch psychosoziale Ursachen in einem ätiologischen Modell, das die affektive Erkrankung als komplexe zirkadiane Regulationsstörung begreift. Das Modell beruht auf der Grundannahme, dass „soziale Zeitgeber" den täglichen Rhythmus bestimmen. Solche „Zeigeber" sind beispielsweise Aktivitäten wie das Aufstehen, die Mahlzeiten, der Kontakt mit anderen Menschen, die Arbeit oder auch Freizeitbeschäftigungen. Diese „äußeren" Tätigkeiten hätten einen nicht unbedeutenden Einfluss auf die „innere" Uhr – den Biorhythmus[53] - des Menschen. Deutlich zeige sich der Zusammenhang zwischen zirkadianem Rhythmus und affektiven Störungen (Wehr 1992) bspw. im Zusammenhang zwischen Schlafmangel bzw. Schlafentzug und der Auslösung bzw. Verstärkung manischer Episoden (Barbini et al. 1996).

Fallen nun (z.B. duch den Verlust des Arbeitsplatzes) gewohnte soziale Zeitgeber plötzlich weg oder verändern sich nachhaltig, ergäben sich im Sinne von „Zeitzerstörern" auch Veränderungen des sozialen Rhythmus (Ehlers et al. 1993). Goodwin et al. (1990) beschreiben Unregelmäßigkeiten und größere Veränderungen des sozialen Rhythmus als bedeutenden Rückfallfaktor im Verlauf der bipolaren Erkrankung (vgl. Kap. 2).

Zu den wegweisenden Erkenntnissen in der Erforschung der bipolaren Erkrankung zählt die Entdeckung, dass in akuten Krankheitsphasen zahlreiche Biorhythmen wie der Schlaf-Wach-Rhythmus oder die Ausschüttung von Hormonen gestört sind. Würden diese Störungen im biologischen Rhythmus beseitigt, führe dies oft zu einer deutlichen und anhaltenden Stimmungs- und damit auch Leistungsverbesserung.

Mit der Entwicklung der *Sozialen Rhythmus Metrik* (SRM; Monk et al. 1990) wurde es möglich, die Zeitgeber-Theorie von Ehlers et al. zu überprüfen. Da die Synchronisation des zirkadianen Systems über biologische und soziale Zeitgeber erfolgen soll, enthält die

[53] syn.: zirkadianer Rhythmus

Methode SRM 17 verschiedene Items – Aktivitäten - die Einfluss auf den täglichen sozialen und auch biologischen Rhythmus haben. Dazu zählen z.B. die Schlafdauer, die Mahlzeiten, Sport und ähnliches. 15 dieser Aktivitäten sind vorgegeben, zwei weitere sind frei wählbar. Diese 17 Items sind auf einer Liste aufgeführt, die vom Betroffenen jeden Abend vor dem Schlafengehen ausgefüllt wird. Es kann erfasst werden, zu welcher Uhrzeit jedes Item durchgeführt wurde, und wie viele andere Personen an der jeweiligen Aktivität beteiligt waren. In einer neueren SRM-Version, die auch als Vorlage für die deutsche Übersetzung diente, wird zusätzlich dokumentiert, zu welchem Grad andere Personen an der Aktivität beteiligt waren (Frank et al. 1997). Dies erscheine sinnvoll, da eine interpersonelle Über- bzw. Unterstimulation ebenfalls zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer akuten affektiven Episode beitragen könne. Aus den angegebenen Daten wird dann der (nicht unumstrittene, vgl. Freisen 2004[54]) SRM-Score errechnet. Dieser widerspiegelt, mit welcher Regelmäßigkeit die Aktivitäten innerhalb einer Woche ausgeführt wurden. Dazu wird zunächst der Rhythmus über die Dauer einer Woche beobachtet, um mithilfe eines Rechenverfahrens „Gewohnheitszeiten" festzulegen. Der Score errechnet sich aus den Aktivitäten, die mehr als dreimal pro Woche durchgeführt wurden und in einem Zeitfenster von eineinhalb Stunden um die Gewohnheitszeit stattfanden. Er liegt zwischen 0 = „total unregelmäßig" und 7 = „total regelmäßig". Neben dem SRM-Score wird auch der „Activity Level Index" (ALI) berechnet. Er repräsentiert die absolute Anzahl an ausgeführten Aktivitäten (Monk et al. 1991).

Mitte der 1990er Jahre wurde von Frank eine neue Form der Psychotherapie für bipolare Erkrankungen entwickelt, die *Interpersonelle und Soziale Rhythmus Therapie* (IPSRT, vgl. auch Kap. 2.3.4, S. 31ff.). Zusätzlich zur Stabilisation sozialer Rhythmen soll der Patient zwischenmenschliche Konflikte besser verarbeiten und sich in seiner durch die Krankheit veränderten Rolle zurechtfinden. Das Ziel der Verknüpfung von sozialer und interpersoneller Therapie liegt in einer Erhaltung der gewonnenen Regelmäßigkeit des Tagesablaufs auch in Gegenwart von zwischenmenschlichen Konflikten und sozialem Stress (vgl. auch Anlage „Handbuch SMTP": Modul 6).

Auch die *„Integrated Family and Individual Therapy"* (IFIT), eine Kombination aus IPSRT und Familientherapie, nutzt die Soziale Rhythmus Metrik zur Stabilisierung des täglichen Rhythmus. In einer Pilotstudie konnte gezeigt werden, dass mit IFIT behandelte Probanden gegenüber der Kontrollgruppe (Clinical Management) länger rückfallfrei waren und ihre depressive Symptomatik deutlich verbessert wurde (Miklowitz et al. 2003)[55].

Die SRM fand bisher schon in einigen Studien Anwendung. Szuba et al. (1992) konnten zeigen, dass der SRM – Score depressiver Patienten gegenüber einer Kontrollgruppe sig-

[54] Freisen (2004) merkt beispielsweise an, dass der „Bezugszeitraum" von einer Woche zu kurz sein könnte.

[55] Es muss angemerkt werden, dass diese Studie methodische Schwächen aufweist: so nahmen die IFIT – Probanden im Schnitt an 29 therapeutischen Sitzungen teil, die CM –Probanden hingegen nur an zwei. Auch unterschieden sich die beiden Gruppen deutlich in der Indexepisode: 37% der IFIT – Gruppe litten an einer depressiven Episode gegenüber nur 13 % der Kontrollgruppe.

nifikant niedriger war[56]. Monk et al. untersuchten 1991 eine Gruppe remittierter depressiver Patienten: diese unterschieden sich im absoluten SRM-Score nicht von der Kontrollgruppe, allerdings lag die intrasubjektive Variabilität innerhalb der Patientengruppe deutlich höher und die Patienten benötigten einen längeren Zeitraum, um dieselbe Stabilität des SRM -Scores wie die Kontrollgruppe zu erreichen. Prigerson et al. (1994) und Brown et al. (1996) kamen an Studien mit kürzlich verwitweten Probanden zu dem Ergebnis, dass der Zeitzerstörer (also der Tod des Ehepartners) nicht zu einer Veränderung des sozialen Rhythmus führte. Allerdings fanden beide eine Korrelation zwischen depressiver Symptomatik und SRM –Score. Die kürzlich verwitweten Studienteilnehmer, die an einer Major Depression litten, hatten gegenüber der Kontrollgruppe erniedrigte Scores. Beide fanden zusätzlich eine negative Korrelation zwischen Höhe des SRM – Scores und der Schwere der depressiven Symptomatik. Allerdings ließ sich in einem follow-up diese Beobachtung nicht bestätigen (Prigerson et al. 1994).

Die Beziehung zwischen Störung des sozialen Rhythmus und Affektivität bleibe also weiterhin unklar. Die Studien gäben lediglich Hinweise darauf, dass eine depressive Stimmung mit niedrigen SRM-Scores korreliert, könnten aber nicht zeigen, dass eine Störung des Rhythmus zur Entwicklung einer affektiven Episode führe. Zudem müsse kritisch beachtet werden, wie zuverlässig die Ergebnisse des Messinstrumentes „SRM-Score“ seien (Freisen 2004).

Im Unterschied zur Therapie einer akuten Episode zielt das *Soziale Rhythmus Training* (SRT, Freisen 2004) auf einen langfristigen Ausgleich von Biorhythmen und Stimmung. Hintergrund ist die Vermutung, dass bei Menschen mit bipolarer Störung eine Verletzlichkeit für Unstimmigkeiten des Biorhythmus bestehen. Fänden „Soziale Zeitgeber“ immer ungefähr zur selben Zeit statt, trüge dies zur Stabilisierung des Biorhythmus und damit auch der Stimmung bei. Das Soziale Rhythmus Training soll helfen, eine erhöhte Aufmerksamkeit für die sozialen Zeitgeber zu entwickeln und dadurch - bewusst und selbstgesteuert - einen ganz wesentlichen Beitrag zur Stabilisierung von Biorhythmen und Stimmung zu leisten. In der Papierversion steht den Betroffenen zur Dokumentation ihres Tagesablaufes das Formular „Soziale Rhythmus Metrik“ (vgl. Anlage „Handbuch SMTP“: Anlage 13) zur Verfügung. Die Aufzeichnungen auf diesem Blatt bieten die Möglichkeit, „soziale Zeitgeber“, also täglich die Uhrzeit, zu der bestimmte Aktivitäten ausgeführt werden, zu dokumentieren. So erkennen die Patienten, wie regelmäßig ihr Tagesablauf ist und wodurch er möglicherweise gestört wird. Zusätzlich wird auch ersichtlich, wie aktiv sie sind und inwieweit andere Menschen an den Aktivitäten beteiligt sind. Das Erkennen und Vermeiden von interpersoneller Über- und Unterstimulierung trägt so ebenfalls zur Stabilisierung von Biorhythmen und Stimmung bei. Obwohl die Papierversion einfach und unkompliziert zu handhaben ist, hat sie für den klinischen Alltag doch den entschei-

[56] Auch hier besteht wieder die Einschränkung, dass die Studie methodische Mängel aufweist: Szuba untersuchte stationäre Patienten, die einem strikten Tagesplan unterlagen.

denden Nachteil, dass die Auswertung längerer Zeitspannen, also die Datenbearbeitung und grafische Darstellung recht zeit- und kostenintensiv sind.

Das Stanley-Zentrum für innovative Therapie bipolarer Störungen am Universitätsklinikum Freiburg entwickelt und erprobt derzeit ein Programm für Taschencomputer (computerisierte Form SRM = cSRM), das der Stabilisierung des täglichen Lebensrhythmus dienen soll (vgl. Abbildung 4). Wie auch schon bei der PLC-Methode wird es auf der Basis der elektronischen Datenerfassung möglich, die täglichen Eintragungen effizient und automatisiert zu bearbeiten. Die Beobachtung über einen längeren Zeitraum wird ausführbar und der Betroffene bzw. der Arzt/Therapeut erhalten Zugang zu einer anschaulichen grafischen Darstellung, die die Veränderungen im sozialen Rhythmus zeigt. Durch Kombination mit dem Life Chart wird für Betroffene erkennbar, wie Stimmung, Schlafdauer, Lebensereignisse und Regelmäßigkeit des Tagesablaufs miteinander zusammenhängen. Eventuell lässt sich aus dieser genauen Beobachtung ein für das Selbstmanagement der Krankheit wichtiges Krankheitsfrühwarnsystem für den Einzelnen entwickeln.

Die Abbildung zeigt einen Taschencomputer (Treo™) mit der SRM-Aktivitätenliste. Wenn die Aktivität zur vereinbarten Zielzeit ausgeführt wurde, erscheint in der ersten Spalte (HI) ein Herz.

Die zweite Spalte (SRMITEM) beinhaltet die Aktivitäten.

In der dritten Spalte werden die Zeiten aufgeführt, zu der die Aktivitäten ausgeführt wurden.

In der mit * markierten Spalte wird die Beteiligung anderer Personen dokumentiert (Freisen 2004)[57].

Abbildung 4: cSRM - Programm für Taschencomputer

[57] Die Beteiligung anderer Personen wird auf einer Skala von 1 -4 angegeben. Dabei bedeutet:
1 = alleine, d.h. die Aktivität wurde ohne Anwesenheit oder Beteiligung einer anderen Person durchgeführt
2 = andere nur anwesend; d.h. andere waren beim Ausführen der Aktivität zwar gegenwärtig, jedoch nicht aktiv involviert
3 = andere aktiv beteiligt; d.h. es kam zu einer aktiven Interaktion mit anderen Personen
4 = andere sehr stimulierend; d.h. die Interaktion mit einer anderen Person löste beim Patienten starke Gefühlsregungen aus; dabei ist es unerheblich, ob diese positiv oder negativ sind (Freisen 2004).

Entscheidend beim Sozialen Rhythmus Training ist, dass der Patient selbst festlegt, wie er seinen Tag gestaltet. In einer zweiwöchigen Anfangsphase, in der er lebt wie bisher, wird zunächst der persönliche soziale Rhythmus ermittelt. Dann entscheidet der Betroffene, an welchen Punkten er diesen optimieren will, indem er für einzelne Aktivitäten einen Zeitrahmen festlegt. Das kann zum Beispiel so aussehen, dass eine bisher eher unregelmäßige Kaffeepause jetzt immer zwischen 15.00 und 16.30 Uhr eingeplant wird. Ist dieses Ziel erreicht, kann mit anderen Aktivitäten weiter trainiert werden.

Auch wenn durch SRM Erfolge nachgewiesen werden konnten, wird das Verfahren bisher wegen der aufwändigen Datenverarbeitung kaum im klinischen Alltag eingesetzt. Deshalb wird zurzeit am Universitätsklinikum Freiburg in enger Zusammenarbeit mit Patienten ein solches Zusatzmodul für Palms erprobt. Auch eine Internet-Version soll zukünftig zur Verfügung stehen. Die Anwendung im Internet bietet den großen Vorteil, dass die Anwender beide Programme (PLC und SRM) flexibel nach ihren eigenen Bedürfnissen gestalten können. Sie können zum Beispiel eigene Bezeichnungen für die Zeitgeber wählen, neue Trainingsziele festlegen oder für sie nicht relevante Tätigkeiten streichen. Die Auswertung der Daten ist den Betroffenen ebenfalls online zugänglich.

Erste Ergebnisse der Pilotstudie zur Einführung der computerisierten Form der SRM und ihrer Anwendung im Sozialen Rhythmus Training seien als positiv zu bewerten (Freisen 2004). Fünf der sechs Patienten zogen die computerisierte Version der Papierversion der SRM vor – ein Patient empfand beide Versionen als gleich gut. Die Patienten gaben an, von der Durchführung des SRT profitiert zu haben: Alle sechs hätten eine größere Aufmerksamkeit für den eigenen Rhythmus entwickelt und die Stabilität ihres Rhythmus verbessert. Die Hälfte der Betroffenen gab an, dass sich auch nach der relativ kurzen Anwendungszeit (in Mittel 5,3 Wochen) ihre Stimmung verbessert habe. Die meisten Befragten schätzten ein, dass ihnen Veränderungen im sozialen Rhythmus als Frühwarnsystem bezüglich neuer Episoden dienen könnte. Alle sechs Patienten würdigten die Möglichkeit der täglichen Selbstreflexion (Freisen 2004).

Die Ergebnisse der Pilotstudie hätten gezeigt, dass das Soziale Rhythmus Training als Einzelmodul mit Hilfe einer computerisierten Version der SRM durchführbar sei. Die Entwicklung einer computerisierten Version mit automatisierter Datenauswertung war erforderlich, um die Anwendung des SRT praxis- und alltagstauglich zu gestalten. Auch wenn das Soziale Rhythmus Training nicht als alleinige Therapie dienen könne, läge ein großer Vorteil in der Kombinationsmöglichkeit mit diversen anderen Therapien, zum Beispiel mit kognitiver Verhaltenstherapie, Interpersoneller Psychotherapie, aber auch mit Familien- oder Paartherapie[58].

[58] Es scheine sogar sinnvoll, enge Bezugspersonen über die Soziale Rhythmus Therapie Hypothese und das SRT zu informieren, um hier notwendige Unterstützung zu erfahren (Freisen 2004).

3.2.4 Salutogenese

Im Kapitel 2 sowie in den vorangegangenen Abschnitten dieses Kapitels wurde auf die Entstehung und Behandlung der bipolaren Störungen aus vor allem „pathogenetischer" biomedizinischer bzw. der - in den 70er Jahren von Engel[59] weiterentwickelten - biopsychosozialen Sicht eingegangen (Engel 1979).

Wie aber schaffen es Menschen, sich trotz bestehender Krankheit wieder zu erholen und trotz bestehender Einschränkungen im Alltag zu funktionieren?

Der amerikanisch-israelische Medizinsoziologe *Aaron Antonovsky* (1923-1994) kritisierte eine rein pathogenetisch kurative Sichtweise und stellte dieser ein Konzept gegenüber, das nicht die Frage nach den Ursachen von Krankheiten in den Vordergrund rückt. Für Antonovsky steht die Frage nach den Wirkfaktoren für die Erhaltung von Gesundheit im Mittelpunkt[60] (Antonovsky 1993, 1997).

Die WHO definiert „Gesundheit" als eine Idealnorm in Bezug auf das vollkommene körperliche und psychische Wohlbefinden. Als funktionale Norm orientiert sich Gesundheit daran, ob eine Person in der Lage ist, die durch ihre sozialen Rollen gegebenen Aufgaben zu erfüllen. Wichtige Dimensionen des Befindens, wie z.B. die Lebenszufriedenheit (vgl. auch „Lebensqualität", S. 34), werden durch eine rein biomedizinische Betrachtungsweise vernachlässigt. Die Auffassung von den Konstrukten „Gesundheit" und „Krankheit" wird von Antonovsky eher als ein Kontinuum zwischen zwei Polen betrachtet (Antonovsky 1997, S. 21ff.). Der Mensch ist danach also gleichzeitig als mehr oder weniger gesund oder mehr oder weniger krank zu betrachten. Gesundheit ist kein stabiler Gleichgewichtszustand sondern muss in der Auseinandersetzung mit krankmachenden Einflüssen immer wieder neu aufgebaut werden.

Unser Gesundheitssystem sei geprägt durch eine Sichtweise, die die Symptome der jeweiligen Krankheit in den Mittelpunkt stelle (Bengel et al. 2001). Gefordert wird eine Medizin, die die gesunden Anteile des Patienten wahrnehmen und zu fördern vermag. In der Bundesrepublik Deutschland ständen Kuration und Prävention nicht im richtigen Verhältnis zueinander. Die Dominanz liege eindeutig im kurativen Bereich. Somit bestimmt die Kuration auch die Lehrinhalte, das Profil und die Struktur von Institutionen im Gesundheitswesen (Neuhaus 2004, vgl. auch Kap. 5). Nach Bengel et al. (2001) ist das Konzept der Salutogenese eine Kritik an der einseitigen Orientierung der Forschung an schädigenden Lebensbedingungen und krankmachenden Faktoren.

Antonovskys salutogenetischer Ansatz setzt

[59] Georg L. Engel, Prof. of Medicine and Psychiatrie, University of Rochester School of Medicine (1946-1979); 1913-1998

[60] Antonovsky formulierte sein Konzept der Salutogenese in seinen beiden Hauptwerken „Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being" (1979) und „Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well" (1987).

„auf die Stärkung von Ressourcen, um den Organismus gegen schwächende Einflüsse widerstandsfähiger zu machen. Das ressourcenorientierte Denken veranlasst zur Berücksichtigung der ganzen Person mit ihrer Lebensgeschichte sowie zur Beachtung des ganzen Systems, in dem die Person lebt" (Bengel et al. 2001, S. 29).

Die Wahrnehmung von persönlichen und sozialen Ressourcen hat einen entscheidenden Einfluss auf die subjektive Befindlichkeit und auf das gesundheitsbezogene Verhalten des Einzelnen. Heute besteht in der Rehabilitationswissenschaft, in den Sozialwissenschaften und in der Medizin Einigkeit darüber, dass Gesundheit mehrdimensional betrachtet werden muss und nicht unerheblich davon abhängt, inwieweit eine Person Belastungen und Risiken wahrnehmen und damit umgehen kann. Auch die psychobiologische Bewältigungs- und Stressforschung folgt nicht mehr ausschließlich einem Vulnerabilitätskonzept sondern beginnt zu fragen, welche protektiven Ressourcen der Organismus beispielsweise über das Immunsystem aktivieren kann (Bengel et al. 2001, S. 17).

Nach Antonovsky wird der Gesundheits- bzw. Krankheitszustand eines Menschen wesentlich durch eine individuelle, psychologische Einflussgröße bestimmt. Antonovsky bezeichnet diese durch kognitive aber auch affektiv-motivationale Grundeinstellungen geprägte „Weltanschauung" als *Kohärenzgefühl* (sense of coherence, SOC)[61]. Er unterscheidet drei Komponenten (Antonovsky 1997, S. 34ff.):

1. das Gefühl von Verstehbarkeit (kognitives Verarbeitungsmuster),
2. das Gefühl von Handhabbarkeit[62] bzw. Bewältigbarkeit (kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster) und
3. das Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit.

Mit dem Gefühl von Verstehbarkeit meint Antonovsky, die Welt als geordnet und strukturiert wahrzunehmen und nicht als chaotisch, willkürlich, zufällig oder unerklärlich. Handhabbarkeit meint die Überzeugung, dass Schwierigkeiten lösbar sind und dass man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um Anforderungen zu begegnen. Das Gefühl der Sinnhaftigkeit beschreibt das Ausmaß, indem man das Leben als emotional sinnvoll empfindet und Probleme und Anforderungen für wert befunden werden, dass man Energie in sie investiert. Je stärker das Koheränzgefühl ausgeprägt ist, desto stärker ist ein Mensch in der Lage, flexibel auf Anforderungen zu reagieren und je nach Situation spezifische Ressourcen zu aktivieren. Antonovskys Hauptthese sieht ein stark ausgeprägtes Kohä-

[61] Der von Antonovsky entwickelte Fragebogen „Orientation to Life Questionaire" (bzw. die SOC-Skala) vermag sowohl reliabel als auch valide die Ausprägung des Kohärenzgefühls zu messen. Er liegt in einer Lang- und in einer Kurzform vor.

[62] Sieht man sich einzelne Fragen in der SOC-Skala näher an, wird deutlich, wie ähnlich die Komponente „Handhabbarkeit" dem Konstrukt von Banduras Selbstwirksamkeitserwartung (Kapitel 3.3.) ist. So lautet beispielsweise ein Item in der SOC-Skala: „Haben Sie das Gefühl, in einer ungewohnten Situation zu sein und nicht zu wissen, was sie tun sollen?" (Bengel et al. 2001)

renzgefühl als ausschlaggebenden Faktor für eine erfolgreiche Bewältigung allgegenwärtiger Anforderungen und Stressoren – und damit für den Erhalt der Gesundheit. Das Kohärenzgefühl gilt als eine stabile Eigenschaft, die nicht nur durch individuelle, sondern auch durch historische, soziale und kulturelle Bedingungen geprägt ist. Gesellschaftliche und strukturelle Maßnahmen, die dem Einzelnen Einflussnahme und Teilhabe (Partizipation, vgl. Kap. 3.2.5, Seite 54) an sozial anerkannten Entscheidungsprozessen ermöglichen, sieht Antonovsky als vielversprechende Möglichkeit, das Kohärenzgefühl positiv zu beeinflussen. Die salutogenetische Perspektive dient als *Meta-Theorie* für die Anwendungsfelder Prävention und Rehabilitation. Für viele Autoren ist die Umsetzung des Salutogenesemodells in der Prävention gleichbedeutend mit dem WHO-Konzept der Gesundheitsförderung[63].

Zahlreiche Studien untersuchten den Zusammenhang von SOC, Gesundheit allgemein und spezifischeren Variablen (vgl. Bengel et al. 2001, S. 115ff.[64]). Auffallend seien z.B. hohe Korrelationen zwischen SOC und Ängstlichkeit sowie SOC und Depressivität. Antonovsky betont, dass Menschen mit hohem SOC-Wert in Stresssituationen weniger auf unangemessene Copingstrategien wie Suchtmittelkonsum oder Non-Compliance zurückgreifen müssen als Menschen mit niedrigen SOC-Werten. Ihnen stehen verschiedene Alternativen offen und sie können Probleme mit angemessenem Bewältigungsverhalten lösen.

Auch wenn mitunter gefordert (Braun 2002, Neuhaus 2004), könne die Salutogenese nach aktuellem Stand der Forschung zwar einen notwendigen Perspektivenwechsel, nicht aber einen Paradigmenwechsel auslösen. Sie könne Diskussionen in Gang setzen, bestehende Modelle und Konzepte ergänzen und diese als „Rahmenmodell“ unterstützen. In diesem Punkt sei es als vorteilhaft zu erachten, dass Antonovskys Modell der Salutogenese grundlegende Ähnlichkeiten mit bestehenden Konzepten – z.B. dem des Empowerment oder auch dem der der Gesundheitsförderung – hat (Bengel et al. 2001, S. 44). Das Modell ist im Kontext der Stressforschung entwickelt worden. Grundlegende theoretische Überlegungen neuerer Ansätze der Stressforschung weisen ebenfalls große Ähnlichkeiten mit Antonovskys Modell auf.

Die Analyse der Anwendungsfelder habe gezeigt, dass das Konzept bisher in drei Bereichen eine gewisse Bedeutung erlangt hat:

[63] vgl. Ottawa-Charta der WHO von 1986: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2 (12.09.04)
[64] Die Autoren listen hier eine umfangreiche Übersicht nach Autor/Jahr, Land, Stichprobe, untersuchten Variablen, Instrumenten und Ergebnissen auf. (vgl. auch www.bzga.de, 2.2.04)

- in der Gesundheitsförderung[65] und Prävention,
- in der Psychosomatik und Psychotherapie sowie
- in der Rehabilitation (Bengel et al. 2001, Jork & Peseschkian 2002).

Das Modell der Salutogenese könne als die erste und am weitesten entwickelte Theorie zur Erklärung von Gesundheit bezeichnet werden (Dlugosch 1994, Faltermeier 1994). Es berücksichtigt Einflussgrößen auf sozialer, physiologischer, biochemischer, emotionaler und kognitiver Ebene. Durch das Einbeziehen vieler Variablen und Ebenen habe es einen hohen Integrationswert (Becker 1992). Bengel et al. (2001) merken an, dass es aber auch gerade wegen der vielen Annahmen, die das Modell der Salutogenese mache - wegen seiner Komplexität – einer empirische Prüfung schwer zugänglich sei. Das Modell geht von einem Informationstransfer zwischen den beteiligten Ebenen aus. Nach Noack (1997) fehlten jedoch Erklärungsmöglichkeiten dafür, wie dieser Transfer vonstatten geht. Antonovsky betont den soziologischen Charakter seines Modells, die Theorie gäbe aber keine Erklärung dafür, wie soziostrukturelle Faktoren die Ausprägung des Koheränzgefühls beeinflussen (Siegrist 1993). Ebenso würden z.B. genetische Faktoren nicht einbezogen (Bengel et al. 2001, S. 92).

3.2.5 Stressbewältigung, Coping, Empowerment

Der Begriff „Stress“ wurde bereits zu Beginn des vorigen Jahrhunderts durch *Cannon*[66] in die humanwissenschaftliche Diskussion eingebracht und durch den Stressforscher *Hans Selye*[67] populär gemacht (Semmer 1994). In der Literatur lassen sich viele verschiedene Stresskonzepte eruieren. Allen gemeinsam ist die Annahme eines Ungleichgewichts: Anforderungen aus der Umgebung (bzw. der Person selbst) gehen über ein „Normalmaß“ hinaus und erfordern eine besondere Bewältigungsreaktion (Coping).

Konkret meinen Lazarus & Folkmann (1984) mit „Bewältigung“

> *„das sich stetig wandelnde Bemühen im Denken und Handeln, den spezifischen externen und/oder internen Anforderungen gerecht zu werden, die der Betreffende als Beanspruchung bzw. Überbeanspruchung seiner Ressourcen empfindet“* (Übersetzung Semmer 1994).

Die Stress auslösenden Bedingungen können sehr vielfältig sein. Neben der *Life-Event-Forschung* (Kritische Lebensereignisse: wie der Tod des Partners, Hochzeit, Scheidung, Berufswechsel...) gewinnt nach Semmer (1994) zunehmend die Auffassung an Bedeu-

[65] vgl. http://www.who-tag.de/2001/Themen/salu.html (2.1.05)
[66] Cannon W B (1914) The interrelations of emotions as suggested by recent physiological resarches. American Journal of psychology, 25, 1914, 256-282.
[67] z.B.: Selye H (1981) Geschichte und Grundzüge des Streßkonzepts. In: Nitsch J (Hrsg.) Stress. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. Huber Verlag. Bern.

tung, dass die *„alltäglichen kleinen Ärgernisse“* („daily hassles“; *Kanner et al. 1981*[68]) ebenso von großem Gewicht sind. Die wohl einflussreichste Stressbewältigungstheorie ist nach Bengel et al. (2001) das *transaktionale Stressmodell* von Lazarus & Folkmann (1984, 1987). Dieses Stressmodell ermöglicht einen Perspektivenwechsel von der (objektiven) Belastungsseite zu (subjektiven) Bewältigungsprozessen (Copingstrategien).

Zwei Bewertungsprozesse werden unterschieden: Zum einen können Ereignisse als Bedrohung bzw. Herausforderung oder als irrelevant für das eigene Wohlbefinden eingeschätzt werden; zum anderen werden die eigenen Ressourcen bewertet, die zur Bewältigung des Stressors eingesetzt oder nicht eingesetzt werden können. Stress ist demnach keine unveränderliche Einflussgröße sondern verändert sich durch die Informationsverarbeitung des Individuums sowie situationsbezogene Variablen (vgl. Anlage 10 „Handbuch SMTP“: Modul 6 und Anlage 14). Lazarus (1984) definiert Stress als

> *„ein spezifisches Verhältnis zwischen Person und Umgebung, das in der Wahrnehmung der Person ihre Ressourcen bis zu deren Grenze oder darüber hinaus fordert und ihr Wohlbefinden bedroht“* (Übersetzung Semmer 1994)[69].

Copingstrategien sind von den jeweiligen Situationen abhängig, von den Möglichkeiten der Person und von individuellen Persönlichkeitsmerkmalen (z.B. subjektive Kontrollüberzeugungen). Die Frage, inwieweit bestimmte Personen zu bestimmten Copingstrategien tendieren, wird in der Literatur kontrovers diskutiert. Semmer (1994) legt nahe, dass bei aller Situationsspezifität die Disposition zu gewissen Coping-Arten nicht vernachlässigt werden sollte. Als herausragende Bedingungen, die den Stressprozess beeinflussen, nennt er vor allem die *Kontrollierbarkeit* sowie die *soziale Unterstützung*, die der „gestressten“ Person zuteil wird.

Nach Bengel et al. (2001) finden sich in der Literatur diverse Einteilungsversuche von Bewältigungsverhalten. So beispielsweise aktiv-kognitives, aktiv-handelndes oder aber auch vermeidendes Verhalten. Copingstrategien können in personenbezogenes Coping (z.B. Informationssuche und –vermeidung, Selbst- und Fremdvorwürfe) und umweltbezogenes Coping (z.B. Rückzug, Abwarten, Resignieren) unterteilt werden (vgl. Anlage 9 „Handbuch SMTP“: Lernimpuls 9.3).

Werden Copingstrategien danach betrachtet, zu welchem Zeitpunkt sie wirksam werden, setzen Bewältigungsmechanismen bereits ein, indem potenzielle Stressoren beeinflusst werden, bevor sie sich zu einer Bedrohung entwickeln. Somit wird stressauslösenden Situationen oder Ereignissen vorgebeut (Lazarus & Folkmann 1984, Peralin & Schooler 1978).

---

[68] Kanner A D, Coyne J C, Schaefer C, Lazarus R S (1981) Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. Journal of Behavioral Medicine, 4, 1981, 1-39.

[69] Obwohl diese Definition auf den ersten Blick klar erscheint, besteht in der Kontroverse um „Stress als Reiz“ oder „Stress als Reaktion“ keine einheitliche Meinung.

Die Stress- und Bewältigungsforschung betrachtet erfolgreiche und geeignete Bewältigungsstrategien als gesundheitliche Ressourcen. Nach Lazarus können sie schädigende situationale Bedingungen reduzieren, ein positives Selbstbild aufrechterhalten, das emotionale Gleichgewicht sichern und befriedigende Beziehungen aufbauen helfen. Darüber hinaus beeinflussen adäquate Bewältigungsstrategien Wohlbefinden und Gesundheitszustand. Neben der pragmatischen Frage, wie Stress reduziert werden kann, scheint nach Lazarus & Folkmann (1987) die wichtigste Voraussetzung effektiver Stressbewältigung der flexible Einsatz verschiedener Verhaltensmuster zu sein. Stress ist nicht grundsätzlich als schädlich anzusehen. Ohne Erfahrungen mit Stress (und einem erfolgreichen oder eher erfolglosen Umgang mit belastenden Situationen) besteht die Gefahr, dass selbst minimale Belastungen nicht mehr ausgehalten werden können und die Frustrationstoleranz sehr gering entwickelt ist.

Wenn die Begriffe Coping und Partizipation des Patienten im Kontext von Informationsbeschaffung und medizinischen Entscheidungsprozessen näher betrachtet werden, liegt es nahe, auch zu betrachten, welche Teilhabe-Möglichkeiten Patienten tatsächlich haben und wünschen. Wie auch schon im Kapitel 1 erwähnt, zielen präventive Maßnahmen auf aktive und selbstverantwortliche Beteiligung der „Laien“, auf den Dialog zwischen Betroffenen und Professionellen. Die heutige Praxis im Gesundheitswesen bietet verschiedene Entscheidungsmodelle zwischen Arzt und Patient. Damit zeigt Gesundheitsförderung große Nähe zu *Empowerment*-Ansätzen:

Der Begriff Empowerment entstammt historisch der amerikanischen Emanzipationsbewegung der Frauen und der Befreiungsbewegung der Schwarzamerikaner. In beiden Fällen war Stärke und Kraft erforderlich, um sich gegen Unterdrückung und Machtlosigkeit aufzulehnen, eigene Rechte durchzusetzen und sich nicht länger unterlegen zu fühlen. Der Begriff Empowerment bedeutet Selbstbefähigung und Selbstermächtigung, er setzt auf individuelle und kollektive Ressourcen, selbstbestimmt das eigene Leben zu gestalten (Knuf & Seibert 2000).

Nach Fitzgerald Miller (2000, S. 209) könnten folgende Empowerment-Strategien helfen, chronische Krankheiten zu bewältigen (leicht gekürzt und modifiziert):

- Klienten-/Patientenedukation
- individualisiertes Vorgehen bei Betreuung und Edukation
- Berücksichtigung und Betonung der Individualität des Klienten
- Betonung der Selbstkompetenzen und persönlichen Stärken
- realistische Zielsetzung
- Verhaltensmodifikation
- Beeinflussung des Umfelds

- Beseitigung von Kontrollhemmnissen[70]
- Einbeziehung der Bezugspersonen
- Sensibilisierung für die Bedeutung der Reaktionen des Klienten
- Entwicklung von Maßnahmen zur Erleichterung der Ausübung der Kontrolle
- Erleichterung von Artikulation von Gefühlen
- Beseitigung von Missverständnissen und Fehleinschätzungen
- Weiterentwicklung des Bewältigungsvermögens

Die Psychiatrie versteht unter Empowerment, dass Betroffene Möglichkeiten der Einflussnahme auf ihr eigenes Leben zurückgewinnen. Diese Einflussnahme auf das eigene Leben ist zwingend mit der Bewältigung der psychischen Krankheit sowie der Mitbestimmung an Behandlungsstrukturen verbunden. Empowerment meint aber beispielsweise auch Einflussnahme auf gesundheitspolitischer Ebene, Partizipation in Bereichen wie Forschung und Öffentlichkeitsarbeit.

> *„Empowerment heißt Selbstbefähigung und ist damit zunächst Sache des Betroffenen“* (Knuf 2003, S. 17).

Das schließt selbstverständlich nicht aus, dass Betroffene, Angehörige und Professionelle diesen Weg miteinander beschreiten (Trialog). Wichtig ist hierbei, dass ein solcher Trialog nicht von Fachleuten „verordnet“ werden kann, sondern über Engagement von allen Beteiligten eine *„Empowerment-unterstützende Atmosphäre“* gelingt (Knuf 2003, S. 18). In den letzten Jahren mehren sich Veröffentlichungen, das Empowerment-Konzept umzusetzen und Arbeitsanleitungen zu geben, *„die psychosoziale Praxis in ausgewählten Handlungsfeldern entlang von Empowerment-Leitlinien zu renovieren“* (Herriger 2004)[71].

Büchi et al. (2000) untersuchen in ihrem Aufsatz *„Alle Macht den Patienten?“* das Für und Wider unterschiedlicher Möglichkeiten, wie Arzt und Patient zu einer Entscheidung finden können. In diesem Zusammenhang merken die Autoren an, dass *„patient empowerment“* voraussetzt, dass der Patient Bescheid weiß und dieses Wissen Konsequenzen für seine Entscheidung (z.B. für oder gegen eine Behandlungsoption) hat. Einen nicht unbedeuten-

[70] Die Autoren meinen mit „Kontrolle“ die, über die eigene Gesundheit und sonstige Aspekte des Lebens. In der Sozialpsychologie werden verschiedene Ansätze beschrieben, die Kontrolle als einen zentralen Aspekt der Verhaltenserklärung zu betrachten. Gemeinsam ist diesen Ansätzen die Annahme, dass Menschen bestrebt sind, die Kontrolle über Ereignisse in ihrer Umwelt zu erlangen. Für den Bereich der Gesundheit sind dies die so genannten gesundheitlichen Kontrollüberzeugungen (Health Locus of Control).

[71] Weiterführende Literatur: Herriger N (1997) Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Stuttgart
Miller T, Pankofer S (2000) Empowerment konkret. Handlungsentwürfe und Reflexionen aus der psychosozialen Praxis. Stuttgart
Stark W (1996) Empowerment – Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis. Lambertus. Freiburg im Breisgau

den Aspekt für die Entscheidung (von Arzt und Patient) sehen Büchi et al. dabei in der Art und Weise der Informationsvermittlung, der „Verpackung“[72].

Folgende Entscheidungsmodelle zwischen Arzt und Patient werden beschrieben:

> *Paternalistic decision making* – Der Patient kooperiert und befolgt, was ihm der Arzt empfiehlt oder verordnet.
>
> *Informed decision making* – Der Arzt „liefert“ die Information, die Entscheidungsverantwortung liegt beim (kompetenten, rational abwägenden) Patienten.
>
> *Shared decision making* – Dieses Modell liegt zwischen den beiden zuvor aufgezählten. Der Arzt hilft dem Patienten, seine Wertvorstellungen und Präferenzen zu konkretisieren, indem er informiert, aber auch die Bedenken, Gefühle und Ängste des Patienten nicht außer acht lässt.
> *„Der Arzt bleibt Experte für das Wissen, der Patient wird als Experte für seine Präferenzen anerkannt“* Büchi et al. (2000).

Büchi et al. fassen – unter Berücksichtigung aktuell vorliegender Forschungsergebnisse und –fragen – zusammen, dass es realitätsfremd ist, einem der oben genannten Modelle allgemeine Richtigkeit oder Gültigkeit zuzuschreiben. Bei Entscheidungen aktiv beteiligt zu sein, kann auch Angst machen und den Patienten möglicherweise überfordern. So wie die Wahl der Entscheidungsfindung von Person zu Person differiert, kann sie beim gleichen Patienten je nach Krankheit und Verfassung verschieden sein.

Die deutsche Bezeichnung für Shared decision making (SDM) lautet *Partizipative Entscheidungsfindung* (PEF) - ein Interaktionsprozess mit dem Ziel, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung von Patient und Arzt auf Basis geteilter Information zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft zu kommen. Im Jahr 2001 wurde vom Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung der Förderschwerpunkt *„Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess*“[73] gegründet, der das Ziel hat, anwendungsorientierte Forschungsprojekte zu unterstützen, die sich in unterschiedlichen Krankheitsbereichen auf die verstärkte Einbeziehung von Patienten in den medizinischen Entscheidungsprozess konzentrieren.

---

[72] „Ist eine Behandlung besser, welche die Fünf-Jahres-Aussicht, keinen Herzinfarkt zu erleiden, von 95% auf 96,4% erhöht, oder eine, die das Risiko für einen Herzinfarkt um 28% senkt? Die Antwort ist: beide sind gleich – es handelt sich nur um zwei korrekte Möglichkeiten, genau das gleiche Ergebnis unterschiedlich darzustellen.“ Büchi et al. (2000)

[73] vgl. Poster in der Anlage 7 (Scheidhauer et al. 2004)

Auf der Homepage[74] dieses Projektes werden folgende Kernelemente von partizipativer Entscheidungsfindung definiert:

> *„Mindestens 2 Teilnehmer (Patient und i.d.R. Arzt) sind beteiligt.*
> *Informationsaustausch findet in beide Richtungen statt.*
> *Beide sind sich bewusst, dass und welche Wahlmöglichkeiten bezüglich der medizinischen Entscheidung bestehen.*
> *Beide Partner bringen ihre Entscheidungskriterien aktiv und gleichberechtigt in den Abwägungs- und Entscheidungsprozess ein.*
> *Beide Partner übernehmen für die Entscheidung Verantwortung."*

Scheibler et al. (2001) verdeutlichen in ihrer Untersuchung *„Der Patient als Kotherapeut?",* wie verschiedenartig die Partizipationspräferenzen von Patienten ausgeprägt sind und wie unterschiedlich die Einbeziehung in Behandlungsentscheidungen durch die Patienten individuell wahrgenommen werden. Auch sie gehen davon aus, dass nicht eine einzige optimale Form der Arzt-Patienten-Interaktion das Ziel sein kann. *„Vielmehr sollte die Interaktion auf je individuelle Voraussetzungen, Präferenzen und Werthaltungen der Patienten angepasst werden."*

Das Ergebnis dieser Studie sind vier unterschiedliche Grundtypen der Interaktion, wie sie in der Abbildung 5 dargestellt sind. Danach unterscheidet Scheibler (2004) zum einen in *aktives* versus *passives* Interaktionsverhalten, zum anderen die Tendenz, eher mit dem Arzt *übereinzustimmen* versus *nicht übereinzustimmen*. Der Interaktionstyp, der mit dem Arzt übereinstimmt, wird Verordnungen (z.B. die Einnahme von Medikamenten) mehr befolgen (compliance), derjenige, der keinen Konsens mit seinem Arzt findet, wird diese nicht einhalten (noncompliance). Dieses noncompliance-Verhalten schließt allerdings nicht aus, dass der Patient gut informiert ist und versteht, welche Vorschläge ihm sein Arzt unterbreitet. (Dierks et al. 2001) merken in diesem Zusammenhang an, dass das Nichtbefolgen ärztlicher Anweisungen statt als Fehlverhalten des Patienten auch als Indikator dafür betrachtet werden könnte, dass es dem Arzt oder Therapeuten nicht gelungen sei, den Patienten aktiv in den Behandlungsprozess einzubeziehen. Vielmehr müsse ein Konzept erstellt werden, das auf die individuellen Bedürfnisse und Möglichkeiten des Patienten zugeschnitten ist. Der Patient (Interaktionstyp), den Scheibler als Kotherapeut bezeichnet, stimmt mit der Ansicht des Arztes überein und beteiligt sich aktiv an der Entscheidungsfindung.

[74] http://www.patient-als-partner.de/ (12.09.04).

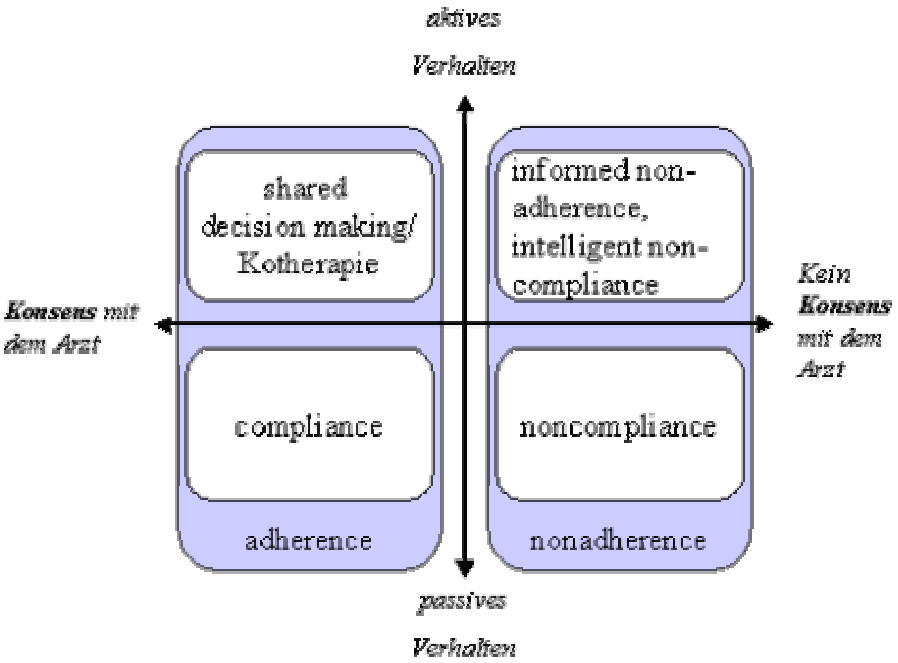


Abbildung 5: Interaktionstypen im Rahmen von SDM (Scheibler 2004)
Quelle: http://www.patient-als-partner.de/ (12.09.04)

„Selbstmanagement“ beinhaltet viele Facetten: äußerst heterogene und individuelle Bewältigungsstrategien von Seiten des Betroffenen, aber auch Geduld, Empathie und die Bereitschaft zur partnerschaftlichen und gleichberechtigten Kooperation zwischen Arzt und Patient (Bengel et al. 2001, Büchi et al. 2000).

Die Besonderheit des Vorbildes der MDF aus Großbritannien sowie des in dieser Studie adaptierten Selbstmanagement-Trainingsprogramms besteht darin, dass sich das Konzept – auch wenn es durchaus Gemeinsamkeiten gibt - von „Beratung“ und „Therapie“ (Schmelzer 1999) abgrenzt. In folgenden Kapitel 3.3 werden wichtige didaktisch-methodische Gesichtspunkte für die Konzeption eines Lehr- Lernarrangements im Rahmen der Selbsthilfe in den Vordergrund gerückt.

3.3 Pädagogische Aspekte

Mit dem SMTP handelt es sich in erster Linie um ein pädagogisches Konzept. Der Schlüsselbegriff ist das *Lernen*. Die dem Programm zu Grunde liegende „Unterrichtsform" kommt dem *Selbstgesteuerten Lernen,* dem *Problemorientierten Lernen* oder der *Projektarbeit* recht nahe. Kontextrelevante Aspekte wie der *Kompetenz*-Begriff, Fragen wie die der *Selbstwirksamkeitserwartung und Lernmotivation* oder auch Besonderheiten des *Lernens in Gruppen* schließen sich an.

Querverweise zu dem in der Anlage enthaltenen Handbuch für die Patienten (vgl. „Handbuch SMTP" ...) sollen bereits an dieser Stelle exemplarisch demonstrieren, in welcher Art und Weise die hier aufgeführten theoretischen Gesichtspunkte für die Konzeption des Selbstmanagement-Trainingsprogramms verwirklicht wurden. Im Kapitel 4.3 (Seite 91ff.) wird detailliert auf die konkrete äußere und innere Gestaltung des Programms eingegangen.

3.3.1 Selbstgesteuertes Lernen

Selbstgesteuertes Lernen entspricht konstruktivistischen Theorien, wonach Lernen in konkreten Situationen und auf der Grundlage eigener Erfahrungen besonders nachhaltig ist. Es bewegt sich zwischen den Polen „autodidaktisches Lernen" und „fremdgesteuertes Lernen".

Bei oberflächlichem Hinsehen scheint der Begriff „Selbstlernen" ein tautologischer Terminus zu sein (Kaiser 2003, S. 17ff.). Schließlich kann das Individuum nur in Eigenaktivität lernen, eine Lernleistung nur von ihm selbst erbracht werden. Betrachtet man aber *Lernprodukt* (Was habe ich gelernt?) und *Lernprozess* (Wie ist es dazu gekommen?) getrennt voneinander, können andere Personen sehr wichtige – wenn nicht sogar entscheidende – Teilfunktionen übernehmen. So ist es möglich, von der Gruppe diskutierte Lernziele abzustecken und die Art des Vorgehens miteinander zu beraten. Auch die Einteilung des Lernpensums sowie die Planung der hierfür zu verwendenden Materialien muss nicht zwingend jeder Einzelne selbst vornehmen. Dennoch obliegt es dem Teilnehmer einer wie auch immer organisierten „Schulung", für sich abzustecken, ob persönliche Ziele realisiert werden konnten und an welcher Stelle möglicherweise eigene Absichten auf der Strecke geblieben sind . *„Selbstreguliertes Lernen benötigt somit eigenständige Kontrolle der Durchführung von Lernprozessen"* (Kaiser 2003, S. 21).

> *„Auch wenn Menschen oft das tun, was von ihnen verlangt wird, haben sie immerhin die Möglichkeit, zur Reflexion über die ihnen vorgegebenen Aufgaben und Regeln oder insgesamt über die eigene Situation. Sie können für sich allein Ansatzpunkte zur Änderung herausfinden oder gemeinsam mit vertrauenswürdigen Gesprächspartnern nach Lösungen suchen. Reflexion und Selbstreflexion von Beobachtungen können deshalb als Chancen zum Erkennen von Problemen und Ansatzpunkte für Veränderungen angesehen werden."* (Greif 1998, S. 73)

Greif (1998, S. 75) empfiehlt in diesem Zusammenhang, beim selbstorganisierten Lernen in Arbeitsgruppen, die Selbstbeobachtung und Selbstreflexion systematisch zu fördern.

In der Literatur werden für das selbstgesteuerte Lernen verschiedene Bezeichnungen verwendet, u.a. selbstorganisiertes Lernen, selbstbestimmtes Lernen und autodidaktisches Lernen - die Übergänge sind fließend zu sehen. Die vorzufindenden Definitionen weisen ebenso Überschneidungen wie Differenzen auf. Einige Autoren legen Wert auf eine unterschiedliche Gewichtung von *Selbststeuerung* und *Selbstorganisation* des Lernens. Während Selbstorganisation eher den Blickpunkt auf die Institutionalisierung des Lernens legt, d.h. die Frage stellt:

- Wo wird gelernt?
- In welchem Rahmen wird gelernt
- und unter welchen Verantwortlichkeiten findet Lernen statt?

steht beim selbstgesteuerten Lernen eher die didaktische Frage:

- Wer gestaltet wie die Vermittlung bzw. Erschließung von Lerninhalten?

im Mittelpunkt[75].

Selbstgesteuertes Lernen ist nach Dietrich (2001) und Fuchs-Brüninghoff & Pfirrmann (1992) als zielgerichteter Vorgang bezogen auf bewusste individuelle Lernprozesse zu sehen. Zu steuern sind in diesem Prozess:

- das Ziel (woraufhin),
- die Inhalte (was),
- die Lernregulierung (wann, wo, wie lange),
- und der Weg (auf welche Weise, mit welchen Hilfsmitteln, ob allein oder mit anderen)

gelernt wird.

In seinem Abschnitt „Arbeitsdefinition des Selbstgesteuerten Lernens“ greift Deitering (1998) auf, dass es für *„das pädagogisch–psychologische Lehr-Lern-Konzept des Selbst-*

[75] Klein & Reuter (2002) betrachten das „Organisieren“ in einem umfassenderen Sinne, „selbstgesteuert“ eher als einen Methodenbegriff.

gesteuerten Lernens (...) keine einheitliche, allgemein akzeptierte Definition" gäbe. Deitering (1998, S. 155) zitiert die Definition von Neber[76] wonach das selbstgesteuerte Lernen eine „Idealvorstellung" sei, die beinhaltet, dass der Lernende „verstärkt" seine Lernziele, die Lerninhalte, die Zeit und den Ort selbst bestimmt. Auch die Selbstbestimmung der Lernmethoden und Lernpartner sowie die Selbstbewertung der Lernerfolges sind hier eingeschlossen (Deitering 1998, S. 155). Vergleicht man diese von Deitering zu Grunde gelegte Arbeitsdefinition mit den zuvor beschriebenen von Dietrich (2001) und Fuchs-Brüninghoff & Pfirrmann (1992), wird ersichtlich, dass diese Begriffsbestimmungen recht ähnlich sind. Nach Konrad (2003) kann die folgende Definition von Zimmermann als allgemein akzeptiert gelten:

> *„Lernende können als selbstgesteuert bezeichnet werden, wenn sie in Abhängigkeit von der Art ihrer Lernmotivation selbstbestimmt eine oder mehrere Steuerungsmaßnahmen (kognitiver, willentlicher oder verhaltensmäßiger Art) ergreifen und den Fortgang des Lernprozesses selbst überwachen, regulieren und bewerten."* (Zimmermann[77], In: Konrad 2003, S. 14)

Um erfolgreich selbstgesteuert lernen zu können, muss die Person ihr eigenes Vorwissen einschätzen beziehungsweise analysieren und den eigenen Lernbedarf selbst erfassen. Als zentrale Merkmale und Vorraussetzungen für das selbstgesteuerte Lernen benennen sowohl Konrad (2003) als auch Deitering (1998) die Komponenten Motivation und Willen, Fähigkeiten, Kompetenzen und Wissen, Freiräume in der Lernumwelt sowie die Reflexion des eigenen Lernverhaltens und selbstregulatorische Prozesse (vgl. Abbildung 6, S. 61). Um schlussfolgernd Lernziele zu entwickeln, braucht es die Fähigkeit, über geeignete *Lernstrategien*[78] zu verfügen und die Voraussetzung, den eigenen *Lernstil*[79] zu kennen. Experimentelle Untersuchungen konnten belegen, dass als Druck empfundene kontrollierende Maßnahmen oder von außen gesetzte und kaum verinnerlichte Ziele eine intrinsische Motivation schwächen. Positiv wirken sich dagegen Angebote von Wahlmöglichkeiten im Aufgabenbereich (vgl. Anlage „Handbuch SMTP": S. 9[80] oder S. 71[81]) aber auch die (als angenehm erlebten) sozialen Beziehungen im interaktiven Feld aus (Kaiser 2003). Die Lernumgebung muss von ihrer Anlage her den Teilnehmern eine Chance zum Erwerb von Selbstlernkompetenzen bieten. Besonders geeignet für die Alltagstauglichkeit ist das Lernen im situativen Kontext (Prinzip der situierten Kognition). Die Lerninhalte

---

[76] Neber (1978, S. 22)
[77] Zimmermann BJ (1989) A sozial cognitive view of sel-regulated academic learning. Journal of Educational Psychology. 81: 329-39
[78] Der Begriff Lernstrategie umfasst eine Kombination von Techniken, die zusammen einen Plan zur Bewältigung eines bestimmten Problems ergeben.
[79] In der Literatur lassen sich verschiedenste Klassifikationen zu diesem Begriff eruieren. An dieser Stelle soll auf weiterführende Erklärungen hierzu verzichtet werden.
[80] Den Programmteilnehmern werden verschiedene Stundenvarianten für die Gestaltung ihrer Gruppentreffen vorgeschlagen.
[81] Das Trainingsprogramm beinhaltet Hausaufgabenblätter mit verschiedenen Optionen, die gewählt werden können.

stehen in einem für die Lernenden bedeutsamen Kontext, Fragen und Probleme aus dem Alltag rücken in den Vordergrund (vgl. Anlage „Handbuch SMTP“ S. 64[82]). Auch Gudjons (2003, S. 8) hebt die Bedeutung realistischer Aufgaben und die Betrachtung von Problemen aus möglichst unterschiedlichen Perspektiven hervor. Dazu bedarf es kooperativer Arbeitsformen (z.B. Gruppenarbeit) und die eher *offene* Lernumgebung. Gudjons konkretisiert „offen“ als

- offen für die Mitplanung durch die Lernenden, aushandelbare Lernziele,
- wählbare Inhalte (in Abhängigkeit von Wünschen und Interessen),
- variable Lernverfahren,
- Selbstverantwortung und Metakognition werden betont,
- unterschiedliche Sozialformen ergänzen sich funktional,
- eher beratende und helfende Rolle der Lehrkraft,
- offen gegenüber unterschiedlichen Lernzeiten.

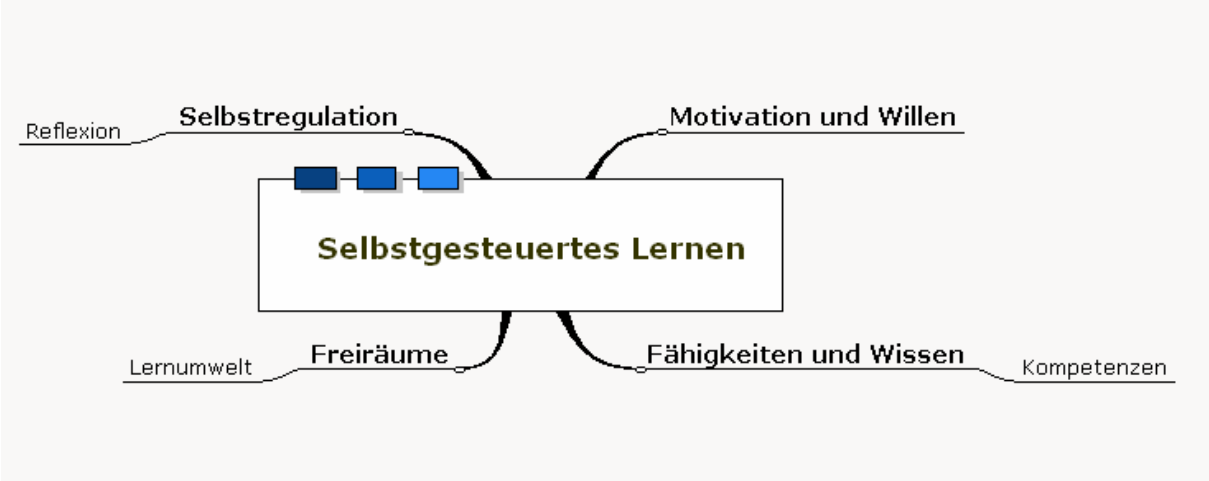


Abbildung **6**: Merkmale und Voraussetzungen selbstgesteuerten Lernens
(modifiziert nach Konrad 2003, S. 15)

Selbstgesteuertes Lernen benötigt mediale Unterstützung. Dabei ist schriftliches Material in der Regel das dominierende Hilfsmittel. Verwendung finden z.B. Bücher sowie Skripte mit Informations- oder Leittexten. Als Präsentationsmedien kommen häufig die Tafel, das Flipchart, Pinnwände und Tageslichtprojektoren zur Anwendung.[83]

[82] Lernimpulse widmen sich dem Umgang mit Frühwarnzeichen der Krankheit.
[83] Auch die räumliche Ausstattung spielt eine nicht unbedeutende Rolle, soll aber im Wissen um die doch eher bescheidenen Möglichkeiten von Selbsthilfegruppen an dieser Stelle nicht weiter beschrieben werden.

3.3.2 Projektarbeit und Problemorientiertes Lernen

Eine wichtige Methode selbstgesteuerten Lernens ist die Projektarbeit bzw. der Projektunterricht. Projektunterricht soll nach Traub (2003, S. 21) ganzheitliches Lernen an einem Thema ermöglichen und den Lernenden die Chance geben, sich einer Sache selbsttätig anzunähern und diese eigenständig und kooperativ zu bearbeiten. Bei der Durchführung lassen sich verschiedene Phasen unterscheiden (Gudjons 2001, In: Traub 2003, S. 22). In einer halboffenen bzw. offenen[84] Ausgangssituation wird als erstes das *Thema* abgesteckt. In einem zweiten Schritt sammelt die Gruppe *Informationen* zu ihrem Thema. (Voraussetzung hierfür ist das Vorhandensein von Methodenkompetenz.) Während der *Planungsphase* berät die Gruppe den weiteren inhaltlichen und formalen Verlauf (vgl. Anlage „Handbuch SMTP" S.14[85]). Am Ende schließen sich die *Produktions-* und die *Abschlussphase* an. Der Abschluss eines Projektes sollte bewusst erfolgen, Möglichkeit zur Reflexion geben und zum Beispiel in eine gemeinsame Aktivität münden (vgl. „Handbuch SMTP" S.117[86]). Des Weiteren können in der Abschlussphase Konsequenzen für die zukünftige Durchführung von Projekten gezogen werden.

> *"Entscheidend ist, dass ein Projekt als Ergebnis auch das Scheitern der Projektidee, der Projektumsetzung haben kann. Die Reflexion muss dann jedoch dieses Scheitern, die Hintergründe und entsprechende Bedingungen betrachten und entsprechend würdigen. Denn wer insgesamt beim Lernen in offenen Lernformen nur Ergebnisse betrachtet und würdigt, vernachlässigt oder übergeht die Prozessbeobachtung und –begleitung, die in offenen Lernformen einen hohen Stellenwert einnimmt"* (Bauer 2004, S. 20).

Im Gegensatz zur Projektarbeit wird - bei der 1969 an der medizinischen Fakultät der McMaster University in Hamilton eingeführten - Methode des *problemorientierten Lernens* nicht die Erstellung eines Produktes in den Vordergrund gestellt sondern die Lösung von (theoretischen oder praktischen) Problemen (vgl. Anlage „Handbuch SMTP" S.64[87]). Howard Barrows, einer der Begründer dieser Methode nennt drei wichtige Ziele, die mit der Methode des problemorientierten Unterrichts erreicht werden sollen:

1. Der Lernende erwirbt brauchbares Wissen und macht sich dieses zu Eigen.
2. Der Lernende lernt, wie man selbst lernt.
3. Der Lernende lernt, Probleme zu analysieren und zu lösen.

---

[84] Halboffen bedeutet, dass zwar Rahmenthemen vorgegeben sind, innerhalb derer die Lerngruppe sich selbst auf ein Thema einigen kann. Offen hingegen heißt, dass die Lerngruppe das Thema selbst definiert.

[85] Am Ende der ersten Gruppenstunde beraten die Teilnehmer des SMTP, welche Themen sie beim nächsten Mal besprechen wollen, wer welche Materialien mitbringen kann und wer was vorbereitet (Modul 1, Baustein 5: Themenwahl).

[86] Die Teilnehmer des SMTP planen zum Abschluss des Programms eine gemeinsame Gruppenaktivität.

[87] Ein in der medizinischen Literatur immer wieder diskutiertes Problem ist beispielsweise der „noncompliance"-Umgang bipolar Betroffener mit der vom Arzt empfohlenen Medikation. Mit dem Lernimpuls 4.1 erhalten die Teilnehmer den Vorschlag, sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen.

Diese Methode geht davon aus, dass ein Mensch auch selbstständig lernen kann, ohne dass ein Dozent ständig beteiligt ist. Sie setzt Eigenverantwortung und interaktive Problemlösungsprozesse in der Gruppe voraus (Moust et al. 1999).

Welches methodische Vorgehen ist nun das „Richtige"?

Das „Kleine" (!) Methodenlexikon von Peterßen (2001) listet eine kaum noch zu systematisierende Fülle von über 100 sehr heterogenen Methoden für das Vorgehen beim Unterrichten auf. Die Tendenz der Entwicklung der Methodenkultur in den letzten Jahren zeigt immer mehr die sich aus den gesellschaftlichen und den Bildungserfordernissen entwickelnde „Methodik zum Anfassen". Die kognitive Lernpsychologie hat ebenso wie die neuere Hirnforschung das Bild des reizkontrollierten Menschen (Gudjons 2004, S. 8) längst verlassen und ein Konzept favorisiert, nachdem das Handeln von Menschen zielgerichtet und von Denkprozessen organisiert erfolgt. „Lernen" ist Prozess und Ergebnis des erkennenden und handelnden Subjektes mit seiner äußeren Welt und geschieht lebenslang (Gudjons, Bauer, Meyer 2004).

3.3.2 Lernen und Metakognition

Kaiser (2003) bezeichnet die Anforderungen an das Individuum, *selbstreguliert* lernen zu können (Selbstlernkompetenz) zusammengefasst als einen gezielten Einsatz von Metakognition - also das Nachdenken über das eigene Denken. Selbstreguliertes Lernen bedeutet

> *„interessierende Fragestellungen oder (...) zu lösende Probleme selbstständig zu konturieren, den zu ihrer Bearbeitung erforderlichen Informationsraum zu definieren und aus der Fülle von Informationen diejenigen auszuwählen, die zur Beantwortung der Frage beziehungsweise Lösung des Problems beitragen könnten"* (Kaiser 2003, S. 13).

Im Idealfall eignen sich die Teilnehmenden des SMTP metakognitiv ausgerichtete Techniken selbstregulierenden Lernens an und können diese auch nach Beendigung der Maßnahme in ihren Alltag integrieren. Neben vielen Einzelfähigkeiten bedarf es hierfür Voraussetzungen wie

- komplexe Lern- und Arbeitsziele setzen können,
- diese in Teilziele aufgliedern,
- Verfahren zur Überprüfung des Lernfortschritts oder der Problemlösung einsetzen,
- mit Zeitressourcen umgehen und
- momentan stimmungsmäßige Befindlichkeiten regeln können.

Nicht zuletzt ist es notwendig, entscheiden zu können, in welchen Problemfällen des Lernens Fremdunterstützung angefordert werden sollte.

Es ist nicht a priori davon auszugehen, dass Patienten unterschiedlichster Bildungsniveaus, unterschiedlichster Biographien und natürlich auch mit krankheitsbedingten Handicaps (Stimmungsschwankungen, Schwankungen des Aktivitätsniveaus, der Motivation und des Durchhaltevermögens) über all diese genannten Fähigkeiten verfügen. Deshalb liegt es nahe, beim selbstgesteuerten Lernen (auch) in dieser Zielgruppe Anleitung, Förderung und Unterstützung von außen anzubieten.

Welche metakognitiven Trainingsverfahren kommen für Patienten dieser Zielgruppe in Frage?

Kaiser (2003) beschreibt für die Erwachsenenbildung sechs wichtige Trainingstechniken, welche in entsprechend modifizierter Form auch für ein Selbstmanagementtraining anwendbar sein könnten. Dazu zählen das *Partnertraining, Kooperatives Problemlösen, Variation der Lösungsqualität, Stimulierte Kommentierung, Selbstbefragungstechnik sowie das Führen eines Lerntagebuchs*. Allen genannten Techniken liegt zu Grunde, dass die Lernenden ihre Problemlösungsprozesse in Form von *lautem Denken* den anderen mitteilen. Einige der Trainingstechniken sind so angelegt, dass sie andere Personen aktiv in den Problemlösungsprozess einbeziehen und damit den Vorteil bieten, dass ein unmittelbarer Erfahrungsaustausch stattfindet und die Lernenden ihr Potenzial an Strategiewissen reflektieren. Der Betroffene arbeitet also am Problem und berichtet, was er tut. Durch die Beschreibung individueller Lern- und Problemlösungsprozesse wird die Art und der Umfang des deklarativen[88] Wissens erweitert. Als ein für die Anwender „*sozialpsychologisch sehr entspanntes Vorgehen*" und eine für die Arbeit in Gruppen gut geeignete Methode bezeichnet Kaiser die *Stimulierte Kommentierung* – z.B. anhand einer Video-Aufnahme. Im Sinne des Modelllernens[89] erfolgt während der Beobachtung ein permanenter Ver-

[88] Kaiser (2003) bezeichnet das deklarative Wissen als das Wissen über Metakognition. Vor allem drei Bereiche sind entscheidend: das personenbezogene deklarative Wissen (Kenntnisse über eigene Lern- und Denkgewohnheiten sowie Vorgehensweisen anderer), das Aufgabenwissen (Wissen über den Aufgabentyp und den Schwierigkeitsgrad) sowie das Strategiewissen (die dem einzelnen bekannten Verfahren).

[89] Die Bezeichnung „Lernen am Modell" oder „Modelllernen" geht auf Bandura zurück. Der Lernende wird dabei Beobachter (observer) genannt, der Beobachtete Modell (model) oder Leitbild.

gleich des eigenen Strategierepertoires mit dem anderer. Den Teilnehmern eröffnet sich auf diese Weise die Chance, entsprechende Strategien (zum Beispiel im Umgang mit der Krankheit) zu erfahren und selbst zu erproben.

In der Tabelle 6 werden die von Kaiser (2003) definierten metakognitiven Trainingstechniken kurz beschrieben und aus medizinpädagogischer Sicht auf ihre Eignung beziehungsweise nötige Anpassungen für Patienten ergänzt.

Tabelle 6: Metakognitive Trainingstechniken

Metakognitive Trainingstechnik	**Beschreibung der Technik**	**Mögliche Adaptation/ Eignung für Patienten (in der Selbsthilfegruppe)**
Partnertraining	Modelllernen: Zusammenarbeit von Tutor und Tutee Tutor ist Experte und demonstriert die Art seiner Bearbeitung von Aufgaben mittels lautem Denken...	Die Rolle vom Tutor übernimmt der Partner, der bei der Bewältigung bestimmter Problemsituationen bereits über Erfahrungen verfügt. Für beide Beteiligten eröffnen sich Vorteile: Der "Tutor" reflektiert bewusst seine eigenen metakognitiven Aktivitäten (Bewältigungsstrategien), für den "Tutee" besteht die Chance, diese Zugriffsweisen in sein Repertoire zu übernehmen.
Kooperatives Problemlösen	Zusammenarbeit zweier Problemlöser mit vergleichbar ausgelegter Expertise = symmetrische Beziehung Wechsel der metakognitiv orientierten Führungsrolle zwischen den Partnern Exteriorisierung des Denkprozesses beider Partner durch lautes Denken Anreicherung und Differenzierung des Wissens für beide	Es herrscht (im Gegensatz zum Partnertraining) keine hierarchische, sondern eine symmetrische Beziehung zwischen den Personen. Diese Methode eignet sich wegen der von vornherein gleichberechtigten Kommunikationssituation ohne Anpassung für Menschen in Selbsthilfegruppen. Die Situation des paarweisen Lernens ermöglicht beiden Teilnehmen die Übernahme von erfolgreich erlebten Verhaltensstrategien.
Variation der Lösungsqualität	Der Lernende soll eine problemhaltige Aufgabe einmal gut, das andere mal bewusst schlecht lösen. Jede Lösung ist in ihren Zustandekommen zu begründen und zwingt damit zur Reflexion auf das eigene Tun. Das eher spielerisch angelegte Verfahren rückt die Bearbeitung von Aufgaben nach Eignung oder Nichteignung in den Vordergrund.	Als "rein kognitiver Prozess" und eventuell rückblickend auf bisherige Verhaltensstrategien ist diese Methode durchaus vorstellbar. Um keine Gefahrensituationen im Zusammenhang mit der ja schließlich nicht "harmlosen" psychiatrischen Krankheit zu provozieren, würde ich den Patienten das "schlechte" Bewältigen einer Lebenssituation nicht explizit empfehlen.
Stimulierte Kommentierung	Der Lernende beobachtet andere (direkt oder indirekt - z.B. mittels eines Protokolls oder einer Video-Aufnahme) bei deren Problemlösungsprozess. Er kommentiert das Vorgehen, schlägt Alternativen vor, vergleicht es mit eigenen Zugriffen. Es erfolgt eine permanente Abgleichung eigenen Denkens mit dem anderer. Für (psychisch gesunde Lernende) ein sozialpsychologisch sehr entspanntes Vorgehen.	Durch die Beobachtung erfolgreicher Zugriffe bei anderen entsteht (möglicherweise) die Bereitschaft, entsprechende Strategien zu übernehmen und selbst zu erproben (Anreicherung des metakognitiven Strategierepertoires). Diese Trainingstechnik wird als gut geeignet für die Gruppenarbeit beschrieben.
Selbstbefragungs-technik	Übersetzung der zentralen metakognitiven Schritte - Planung, Regulierung, Kontrolle der Denkprozesse - in Leitfragen. Diese sind explizit nacheinander abzufragen.	Da die Selbstbefragungstechnik ein variables Instrument darstellt, kann sie dem jeweiligen Aufgabentyp angepasst und entsprechend differenziert werden.
Lerntagebuch	Beschreibung und Kommentierung der eigenen Lernprozesse und Problemlösungszugriffe über einen längeren Zeitraum hinweg. Deskription und Analyse erfolgen auf zwei Ebenen: Was wurde gelernt? Wie wurde gelernt?	Viele Patienten dieser Zielgruppe haben bereits Erfahrungen mt Tagebuchverfahren (Life Chart) gemacht und anhand dieser schädigende oder günstige Einflussfaktoren für ihre Krankheit "entdeckt". Problem: Die Methode verlangt ein hohes Maß an Durchhaltevermögen und Selbstdisziplin.

3.3.3 Lernen und Verhalten

> *„Information improves knowledge and satisfaction (and possibly confidence) but does not by itself lead to behaviour change and reduction in morbidity"* (NHBI/NIH 1992, S. 608[90], In: Wilkening 2003, S. 15).

In der Hauptsache geht es in Bezug auf das Selbstmanagement einer Krankheit um das Erlernen neuer Verhaltensmuster. Reine Wissensvermittlung im Sinne eines „Frontalunterrichtes" stelle eine Methode dar, die die Identifikation des Betroffenen mit den Lerninhalten nur in einem sehr begrenzten Maße erwarten ließe (Wilkening 2003)[91].

Hof (2001, S. 234) differenziert Lernen auf der Basis subjektiver Lerntheorien in

- Lernen als Kenntnisgewinn,
- Lernen als Aneignung praktischer Handlungsformen,
- Lernen als Erfahrungsaustausch und
- Lernen als selbstständiges Arbeiten.

Kaiser (2003) unterscheidet zwischen *Fachschulung* (Vermittlung von Kenntnissen) und *Persönlichkeitsbildung* (Veränderung persönlicher Einstellungs- und Verhaltensweisen). Vor dem Hintergrund dieser Unterteilung kommt er in einer Untersuchung bei Teilnehmern an Erwachsenenbildungsseminaren zu der Erkenntnis, dass die Variable Schulabschluss einen Einfluss auf die subjektiven Lernvorstellungen von Personen hat. Hierbei zeigte sich, dass Personen ohne Abitur sowie solche, die über keinen Hochschulabschluss verfügen, das Lernen als Erfahrungsaustausch favorisieren. Zugleich sind Personen ohne Abitur in stärkerem Maße am Kenntniserwerb interessiert als Personen mit Abitur. Kaiser schlussfolgert vor dem Hintergrund dieser Unterscheidung, dass Personen ohne höheren Bildungsabschluss eher an Fachschulung interessiert sind, als an Persönlichkeitsbildung.

In modernen Schulungsprogrammen tauchen heute immer mehr Formulierungen wie „Selbstmanagement", „Patiententraining" oder auch „Patientenverhaltenstraining" auf (vgl. z.B. Bäuml & Pitschel-Walz 2003, Fitzgerald Miller 2000, Jelley & Elmer 2004, Schaub et al. 2004, Wagner & Bräunig, Wilkening 2003).

Ein Patient, der seine Krankheit „selbst managen" kann, ist ein Patient, welcher über Handlungskompetenzen und grundlegende (Notfall-) Pläne verfügt, die tägliche Routine trotz Beeinträchtigung zu meistern. Er soll zum Beispiel in der Lage sein, Frühwarnzei-

---

[90] NHLBI/NHI (1992) International consensus report on diagnosis ans treatment of asthma. European Resperatory Journal. 5. 601-641

[91] Da die Methode „Frontalunterricht" für die Konzeption eines Lehr- Lernarrangements im Rahmen der Selbsthilfe nicht im Vordergrund steht, gehe ich nicht näher auf die Aussage Wilkenings ein.

chen seiner Krankheit (vgl. Kap. 3.2.1, Seite 35) rechtzeitig zu erkennen, adäquat zu reagieren und gegebenenfalls Unterstützung anzufordern. Gerade bei psychiatrischen Erkrankungen ist es wichtig, ein solides und zuverlässiges soziales Netzwerk aufzubauen beziehungsweise zu erhalten. Diesem Anspruch kommt entgegen, dass in Selbsthilfegruppen die Begegnung auf der „Beziehungsebene" (vgl. Kap. 3.3.6, Seite 73ff.) im Mittelpunkt steht. Diesem grundlegenden Selbsthilfegedanken muss auch in der Planung sowie in der didaktischen Gestaltung des SMTP Rechnung getragen werden.

3.3.4 Kompetenz

Im Gegensatz zu früher üblichen Formulierungen formaler Bildungsziele sind Zielstellungen, von denen hier die Rede ist, sehr stark *„funktional"*[92] ausgerichtet. Im Vordergrund stehen keine verallgemeinerten Fähigkeitsdimensionen, sondern der unmittelbare Bezug zur Lebens- und Arbeitswelt des Betroffenen. Klieme (2004, S. 11) beschreibt genau diese Kombination von *„inhaltsübergreifend"* und zugleich *„anforderungs- und situationsbezogen"* als die Verbindung mit dem Kompetenzbegriff[93]. Genauso wie sich auch heute angesichts des rasanten technischen Fortschritts zum Beispiel berufliche Anforderungen nicht mehr rein inhaltlich spezifizieren lassen, würde der rein kognitiv ausgelegte Kompetenzbegriff den Bedürfnissen von psychisch Kranken nur ausgesprochen unzureichend genügen. Weinert (2001, S. 27ff.) definiert Kompetenzen als

> *„die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können."*

Selbstverständlich ist das ein sehr anspruchsvoller Rahmen für die Probanden in einer Selbsthilfegruppe, die wegen eben dieser (unbewältigten und krankheitsbedingten) Probleme Hilfe suchen.

Die folgenden Zeilen eines Patienten[94] im Zusammenhang mit seiner Berufstätigkeit sollen exemplarisch die persönliche Lebenssituation, mögliche Einstellungen und Zielvorstellungen unserer Zielgruppe verdeutlichen:

---

[92] vgl. „funktionale Remission", Kapitel 2.4.

[93] Üblicherweise wird in der deutschen Literatur zu diesem Thema von Sach-, Methoden-, Sozial- und Personalkompetenzen gesprochen. Vor allem in der Berufsausbildung werden diese Aspekte als berufliche Handlungskompetenzen (Schlüsselqualifikationen) verstanden.

[94] Ich danke „herztilly" für die Bereitstellung dieser Zeilen. Quelle: www.herztilly.de (13.01.04)

„Durch die Therapien und Aufenthalten in der Psychiatrie, in den letzten drei Jahren, hat sich in mir langsam eine neue Einstellung zur Arbeit ergeben. Ich betrachte nun die Arbeit als Mittel zum Zweck. Ich gehe nun bewusster mit der Leistung um.

Ich habe erfahren müssen, dass meine Leistung an Grenzen stößt. Dass ich nicht unendliche Ressourcen zur Verfügung habe. Es gibt einen klaren Zusammenhang zwischen dem Erschöpfungsgrad und meiner Befindlichkeitskurve.

(...) immer nur für andere da zu sein und seine eigenen Interessen zu vernachlässigen, ist nicht mehr geboten.

Ich habe mir einen Kriterienkatalog erstellt, die vermeiden sollen, dass ich wieder in alte Verhaltens- muster abrutsche und erkranke.

ich benötige ausreichend Schlaf

ich benötige meine Medikation

ich brauche einen geregelten Tagesablauf

ich benötige Grenzen

ich brauche klare Aufgabengebiete

ich benötige ein geregeltes Einkommen, nicht auf Provisionsbasis

ich brauche eine Reflektion dritter Personen, um meine Gefühle einzuordnen

ich will über meine aktuelle Befindlichkeit offen reden

ich benötige weiterhin Gruppengespräche (Selbsthilfegruppe / Therapeutin)

ich will mich unabhängig machen von Lob und Anerkennung

ich lerne mir selber Zuspruch zu erteilen (selber loben)

ich halte mir vor, was ich bisher geleistet habe

ich gehe inne und lasse den Tag passieren und suche mir die positiven Dinge raus

ich versuche mich nicht mehr selber so zu martern

ich versuche mich nicht mehr selber zu zerfleischen

ich lerne mit meinen Fehlern umzugehen

ich möchte weniger Perfekt sein

ich erkenne an, dass ich durch meine Krankheit in meiner Leistung eingeschränkt bin

ich möchte Kritik nicht mehr so persönlich nehmen

ich arbeite an meinem Selbstbewusstsein

ich versuche etwas defensiver an die an mir gestellten Aufgaben heranzutreten

ich gebe auf mich acht

Ich arbeite ständig an meinem Selbstbewusstsein (...)

Ich werde es behutsam angehen lassen, nicht schon von Anfang an mein Schrot verschießen. Weniger ist oftmals mehr. Ich konzentriere mich auf ein bestimmtes Aufgabengebiet. Schritt für Schritt werde ich meine Belastbarkeit steigern. Ich nehme mir nur noch wenige Ziele vor, gehe diese aber konsequent an.

Ich sorge in meiner Freizeit für den notwendigen Ausgleich. Kreativität und Ideenreichtum werde ich im privaten Sektor pflegen, es wird nicht mehr entscheidend für die Existenzsicherung sein. “

Die Tragfähigkeit eigener Handlungskompetenzen sollte möglichst bereits am Anfang eines Lernprozesses deutlich sein (vgl. „Handbuch SMTP“ S.67[95]). Der Transfer in den Alltag erfolgt allerdings nicht von selbst, sondern muss bewusst eingeübt werden (vgl. „Handbuch SMTP“ S.69[96]). Es kann davon ausgegangen werden, dass das Vertrauen in die eigene Handlungskompetenz einen wesentlichen Einfluss auf die Selbstwirksamkeit hat (Bandura 1977; Mielke 1984, S. 73 und S. 89).

3.3.5 Selbstwirksamkeitserwartung und Lernmotivation

Nach Bandura wird die Überzeugung von der eigenen Handlungskompetenz auch als Selbstwirksamkeitserwartung bezeichnet (Mielke 1984). Selbstwirksamkeitserwartungen wurden von ihm ursprünglich als situationsabhängige Überzeugungen und nicht als stabile Persönlichkeitseigenschaften erklärt. Hier unterscheidet sich Banduras Theorie von der in Kapitel 3.2.4 (vgl. Seite 48) erläuterten Theorie von Antonovskys salutogenetischem Ansatz (Bengel et al. 2001).

Schwarzer (1996, 1999)[97] betont die Selbstwirksamkeit als bedeutend für alle Phasen des Handlungsregulationsprozesses:

- für das Setzen von Zielen,
- die Investition von Anstrengung,
- das Ausdauervermögen und
- das Verhindern von Rückfällen (In: Wilkening 2003, S. 8).

In ihrem Aufsatz „Selbstwirksamkeit und Lernmotivation“ prüfen Krapp & Ryan (2002) die Theorie Banduras jedoch auch kritisch. Sie betrachten das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung vor allem aus der Sicht der *Selbstbestimmungstheorie* und der *pädagogisch-psychologischen Interessentheorie*. Der folgende Abschnitt soll die kontextrelevanten Aussagen von Krapp & Ryan zusammenfassen:

Im Bereich der pädagogisch-psychologischen Motivationsforschung wird dem von Bandura auf seiner sozial-kognitiven Theorie basierenden Konzept eine hohe praktische Bedeutung zugesprochen. Eine große Zahl empirischer Belege untermauert die hohe prognostische Valenz von Selbstwirksamkeitserwartungen in ganz unterschiedlichen Umgebungen.

---

[95] Die erste Hausaufgabe des SMTP ermuntert die Teilnehmer, darüber nachzudenken, was sie erreichen möchten und was sie dafür tun können.

[96] Ein Instrument, die Krankheit selbst zu managen, ist beispielsweise der mit dem Hausaufgabenblatt 3 angeregte persönliche Vorsorgebogen.

[97] Schwarzer R (1996) Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Hogrefe. Göttingen
Schwarzer R (1999) Self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviors. The rolr of optimism, goals and threats. Journal of Health Psychology. 4: 115-27

Für viele pädagogisch bedeutsame Fragestellungen liefert das Konzept Banduras wertvolle Hinweise. Nicht ganz übereinstimmend mit Banduras Theorieansätzen gehen sowohl die Selbstbestimmungstheorie als auch die Interessentheorie davon aus, dass für die Lernmotivation die Befriedigung grundlegender psychologischer Bedürfnisse (basic human needs) eine Rolle spielen.

Bandura stellte das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung erstmals 1977 einem klinisch-psychologischen Publikum vor. Er interpretiert das menschliche Verhalten vergleichbar dem Denkmodell des Behaviorismus: Auf eine Reaktion des Organismus folgen Konsequenzen (outcomes), die darüber entscheiden, ob das Verhalten aufrechterhalten oder verändert wird. Bandura integriert in sein Konzept zusätzlich kognitive Faktoren. Wie auch andere psychologische Theorien effektiven Handelns beschreibt die Selbstwirksamkeitserwartung das psychische Phänomen, auf Grund subjektiver Überzeugung schwierige Aufgaben oder Lebensprobleme mittels eigener Kompetenz bewältigen zu können. Krapp & Ryan postulieren, dass neben der kognitiven Einschätzung der Handlungsmöglichkeiten und der voraussichtlichen Konsequenzen auch weitere Faktoren - wie z.B. die Qualität sozialer Beziehungen oder das emotionale Erleben während des Handlungsablaufs eine wichtige motivationspsychologische Rolle spielen.

Die Selbstbestimmungstheorie unterscheidet fünf typische Varianten der Motivation:

1. Intrinsische Motivation

Eine „intrinsisch“ motivierte Person handelt aus Freude über die Tätigkeit oder einem inneren Interesse an der Sache. Stark kontrollierende oder „amotivierende“ Bedingungen beeinträchtigen die intrinsische Motivation. Damit sind Lernumgebungen gemeint, die dem Lernenden das Gefühl von Inkompetenz und Mangel an Wirksamkeit suggerieren.

2. Externale Regulation

Die externale Regulation stellt eine der vier Formen der extrinsischen Motivation dar. Auf dieser Stufe sieht eine Person ihr Verhalten als ausschließlich durch externe „Kontingenzen“ wie Belohnung oder Strafe „verursacht“.

3. Introjektion

Introjektion bezeichnet die unterste Stufe selbstbestimmten Handelns. Auf dieser Ebene der Handlungsregulation strengt sich eine Person an, um vor sich selbst gut „dazustehen“. Misserfolge erzeugen ein „schlechtes Gewissen“ und führen zu Scham, Schuldgefühlen oder Angst. Das zentrale Motiv ist der Wunsch, sozial eingebunden, anerkannt und akzeptiert zu werden.

4. Identifikation

Die Person befasst sich mit der Sache deshalb, weil sie sie für persönlich bedeutsam erachtet.

5. Integration

Integration bezeichnet die höchste Stufe extrinsischer Motivation. Diese Person handelt völlig „authentisch". Sie ist mit ihrer Aufgabe nicht nur persönlich identifiziert sondern hat die damit verbundenen Ziele in das Gesamtsystem ihrer Wertbezüge eingeordnet.

Empirische Befunde konnten zeigen, dass die Art der Motivation und insbesondere auch der Grad der dabei erlebten Autonomie[98] erhebliche Auswirkungen auf die Ergebnisse und das Wohlbefinden haben. Krapp & Ryan (2002, S. 64) nennen einige exemplarische Befunde, die aufzeigen, dass autonomere Formen der Motivation (intrinsische Motivation, Identifikation und Integration) zu günstigeren Lernergebnissen führen als die heteronomen Formen (externale Regulation, Introjektion):

Schüler erzielen bessere Lernergebnisse (Black & Deci 2000, Miserandio 1996, Grolnik & Ryan 1987), streben höherwertigere Schulabschlüsse an (Vallerand et al. 1997) und verwenden günstigere Copingstrategien nach Misserfolg (Ryan & Connell 1989). Sportler sind durchhaltefähiger und fühlen sich wohler (Pelletier et al. 2001), Patienten halten sich strikter an medizinische Anweisungen und verändern schneller ihr Gesundheitsverhalten (Williams et al. 1998).[99]

Die pädagogisch-psychologische Interessentheorie

Doch auch die Aufschlüsselung der Selbstbestimmungstheorie in die oben erwähnten Motivationstypen lässt einen wesentlichen Aspekt der Lernmotivation außer Acht. Banduras Konzept trägt nur relativ wenig dazu bei, welche Rolle die *Ziele und Inhalte* innerhalb des Motivationsgeschehens haben.

Insbesondere im Bereich der Forschung zu selbstreguliertem bzw. zu selbstgesteuertem Lernen wird immer wieder auf die zentrale Rolle der Ziele für die Eigensteuerung des Lernverhaltens verwiesen. So hängt beispielsweise von subjektiv für wertvoll erachteten

[98] Nach Auffassung der Selbstbestimmungstheorie ist Autonomie aber nicht gleichzusetzen mit Unabhängigkeit von der (sozialen) Umgebung, sondern meint, dass eine Person mit den Normen der Umwelt übereinstimmt und deshalb freiwillig bereit ist, ihr Verhalten daran zu orientieren.

[99] Quellen nach Krapp & Ryan (2002):
Black AE, Deci EL (2000) The effects of instructors' autonomy support and students' autonomous motivation learning organic chemostry: A self-determination theory perspective. In: Science Edukation 84: 740-56
Miserandio M (1996) Children who do well in school: Individual differences in perceived competence and autonomy in above-average children. In: Journal of Edukational Psychology 88: 203-14
Grolnick WS, Ryan RM (1987) Autonomy in children's learning: an experimental and individual difference investignation. In: Journal of Personality and Social Psychology 52: 890-98
Vallerand et al. (1997) Self-determination and persistence in a real-life setting: Toward a motivational model of high school dropout. In: Journal of Personality and Social Psychology 72:1161-76
Ryan RM, Connell JP (1989) Perceived locus of causality an internalization: Examining reasons for acting in two domains . In: Journal of Personality and Social Psychology 57: 749-61
Pelletier et al. (2001) Associations between perceived autonomy support, forms of self-regulation and persistence: a prospective study. Unpublished manuscript. Ottawa: University of ottawa
Williams et al. (1998) Building healtcare partnerships by supporting autonomy: promoting maintained behavior change and positive health outcomes. In: Suchman et al. (Eds.) Partnerships in healtare: Transforming relational process. Rochester University of Rochester Press: 67-87

Zielzuständen ab, welches Ergebnis ein Lernender als Erfolg oder Misserfolg erachtet. Im Gegensatz zu den inhaltsneutralen Konzepten bezeichnet der Begriff „Interesse“ eine auf bestimmte Inhalte oder Lerngegenstände gerichtete Motivation. Die auf einem Interesse beruhende Lernmotivation ist somit gegenstandsbezogen. Der emotionale Aspekt dieser Lernmotivation geht mit überwiegend positiven Gefühlen, optimaler Spannung und Freude an der Auseinandersetzung mit dem Interessensgebiet einher. Unabhängig von der tatsächlichen („objektiven“) Bedeutung misst die Person diesem Thema oder Sachverhalt eine herausgehobene subjektive Bedeutung bei. Die meisten Vertreter einer pädagogisch-psychologischen Konzeption des Interesses stimmen darin überein, dass bei der Auseinandersetzung mit Themen und Problembereichen, die in das persönliche Interessengebiet fallen, auch eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung zu erwarten ist.

Banduras Selbstwirksamkeitstheorie geht davon aus, dass das Erleben von Kompetenz (Wirksamkeit) eine zentrale Bedeutung innerhalb des Motivationsgeschehens besitzt. Darüber hinaus nehmen viele Theorien an, dass das emotionale Erleben von Kompetenz einem grundlegenden menschlichen Bedürfnis entspricht, dessen Befriedigung sehr eng mit Zufriedenheit und Wohlbefinden verknüpft ist. In diesem Zusammenhang werden außerdem die grundlegenden menschlichen Bedürfnisse nach sozialer Eingebundenheit und der Wunsch nach autonomer Handlungsregulation (basic human needs) erklärt. Soziale Eingebundenheit (relatedness) steht für das Bedürfnis, mit anderen Personen verbunden zu sein bzw. einer Gruppe von Personen anzugehören, die einem persönlich wichtig sind. Das Bedürfnis nach Autonomie entspricht dem Wunsch, sich selbst als die primäre Ursache des Handelns zu erleben, selbst zu entscheiden, was zu tun ist und sich nicht kontrolliert zu fühlen.

Krapp & Ryan postulieren, dass hohe Selbstwirksamkeitserwartungen nicht in jedem Fall von Vorteil und generell positiv zu bewerten sind.[100]

3.3.6 Besonderheiten des (selbstgesteuerten) Lernens in Gruppen

Das Lernen in einer Gruppe ist oft anregender und motivierender, als das Lernen alleine. Da jedes Gruppenmitglied andere Vorkenntnisse, Ideen oder Ansichten hat, entsteht im Idealfall ein Gruppenvorteil hinsichtlich Qualität und Kreativität von Problemlösungen.

Wenn in Gruppen gelernt wird, geht es nicht einfach darum, mit anderen zusammen ein "Produkt" zu erstellen (und diese Sache möglichst schnell hinter sich zu bringen), sondern das Lernen an sich sollte im Vordergrund des Interesses stehen. Die Gruppensituation bietet die Möglichkeit, neue Sichtweisen und Perspektiven kennenzulernen (vgl. auch

[100] Die Autoren gehen dieser Aussage nicht weiter nach. Eigene Erfahrungen mit erwachsenen Lernenden zeigen, dass zu hoch angesetzte Selbstwirksamkeitserwartungen nicht selten Unverständnis und Frust in Bezug auf misslungene Tests oder Prüfungen zur Folge haben. Stellt man sich beispielsweise „Omnipotenzgefühle“ manischer Patienten vor und betrachtet die Folgen von Handlungen innerhalb ausgesprochen großer (pathologischer) Selbstwirksamkeitserwartung, liegt der negative Aspekt auf der Hand.

Siebert 2001) und vom Wissen anderer zu profitieren. Wichtig ist zunächst, dass die Gruppenmitglieder *gemeinsame Ziele* haben, die sie zusammen erreichen wollen. Die Bereitschaft zur Kooperation ist die Grundvoraussetzung, damit Gruppenarbeit überhaupt stattfinden kann.

Die Gruppenmitglieder müssen sich über ihre Ziele verständigen, also Informationen austauschen und aufnehmen. Dazu ist ein Klima notwendig, in dem Akzeptanz und Vertrauen vorherrschen. Gruppenarbeit muss geplant und organisiert werden (vgl. „Handbuch SMTP" S.14[101].) Das Arbeitsprogramm der Gruppe sollte hinsichtlich der Ziele, des Umfangs und des Anspruchsniveaus möglichst klar und konkret festgelegt werden. Auch die Aufgaben in der Gruppe müssen von Sitzung zu Sitzung klar verteilt werden, die Gruppe muss dafür sorgen, dass eine Informationsverarbeitung stattfindet. Je größer eine Gruppe ist und je mehr Fluktuation stattfindet, desto schwieriger wird die Koordination des Gruppengeschehens untereinander. Ist die Gruppe nicht fähig, Störungen frühzeitig zu erkennen und zu beheben, besteht die Gefahr, dass die Gruppe auseinander bricht.

Gruppen bieten auch die Möglichkeit zum sozialen Lernen: In Gruppendiskussionen kann der Einzelne lernen zu erkennen, dass es nicht nur eine "richtige", sondern mehrere mögliche Wahrheiten gibt. Dies führt zu einer toleranteren Haltung gegenüber den Standpunkten anderer und zur Klärung von Missverständnissen und Konflikten.

Gruppen sind soziale Systeme, die sowohl Aufgaben bewältigen, wie auch ihre inneren Beziehungen strukturieren müssen. Wird eines dieser Ziele vernachlässigt, so leidet auch das andere darunter. Cohn[102] (2000) plädiert deshalb dafür, die drei Faktoren Person (Ich), die Gruppe (Wir) und das Thema bzw. die Aufgabe (Es) gleichwertig zu behandeln (vgl. Abbildung 7). Solange ein dynamisches Gleichgewicht dieser drei Faktoren immer wieder erarbeitet wird, existieren optimale Bedingungen für die TeilnehmerInnen als Personen, für die Interaktion der Gruppe und für die Erfüllung der gestellten Aufgabe. Besonderes Augenmerk gebührt auch dem Umfeld. Umfeld und Gruppe stehen in Verbindung, denn es wird auf beiden Seiten auf Verhaltensänderungen reagiert. Hilfreich sind die von Ruth Cohn aufgestellten Spielregeln der *Themenzentrierten Interaktion (TZI)*. Sie erleichtern die Interaktion und sollen - auch wenn sie zunächst eingeübt werden müssen - als Hilfe, nicht als zusätzlicher Stress, missverstanden werden:

- *Sei Dein eigener Chairman.*
- *Störungen angemessen Raum geben.*
- *Vertritt Dich selbst in Deinen Aussagen: Sprich per "ich" und nicht per "man" oder per "wir".*
- *Stelle möglichst nur Informationsfragen.*

[101] Der „Methodikteil" des Handbuches zum SMTP schlägt den Teilnehmern vor, in welcher Art und Weise sie das nächste Treffen planen und vorbereiten können.
[102] Ruth Cohns TZI zählt als die in Europa bekannteste Richtung der „Humanistischen Pädagogik". Die Ansätze dieser Strömung wurden bereits Ende der sechziger Jahre des vorigen Jahrhunderts entwickelt (Fatzer 1993).

- *Seitengespräche haben Vorrang.*
- *Nur einer zur gleichen Zeit.*
- *Sei authentisch und selektiv in Deiner Kommunikation. Mache Dir bewusst, was Du denkst und fühlst, und wähle aus, was Du sagst und tust.*
- *Beachte die Signale Deines Körpers und achte auf solche Signale auch bei den anderen.*
- *Sprich Deine persönlichen Reaktionen aus und stelle Interpretationen so lange wie möglich zurück* (Stangl 2004).

Das Bewusstsein der Allgegenwärtigkeit von Konflikten in Gruppen hat in der Methode der Themenzentrierten Interaktion der Psychoanalytikerin Cohn eine empfehlenswerte Form der Aufarbeitung gefunden.

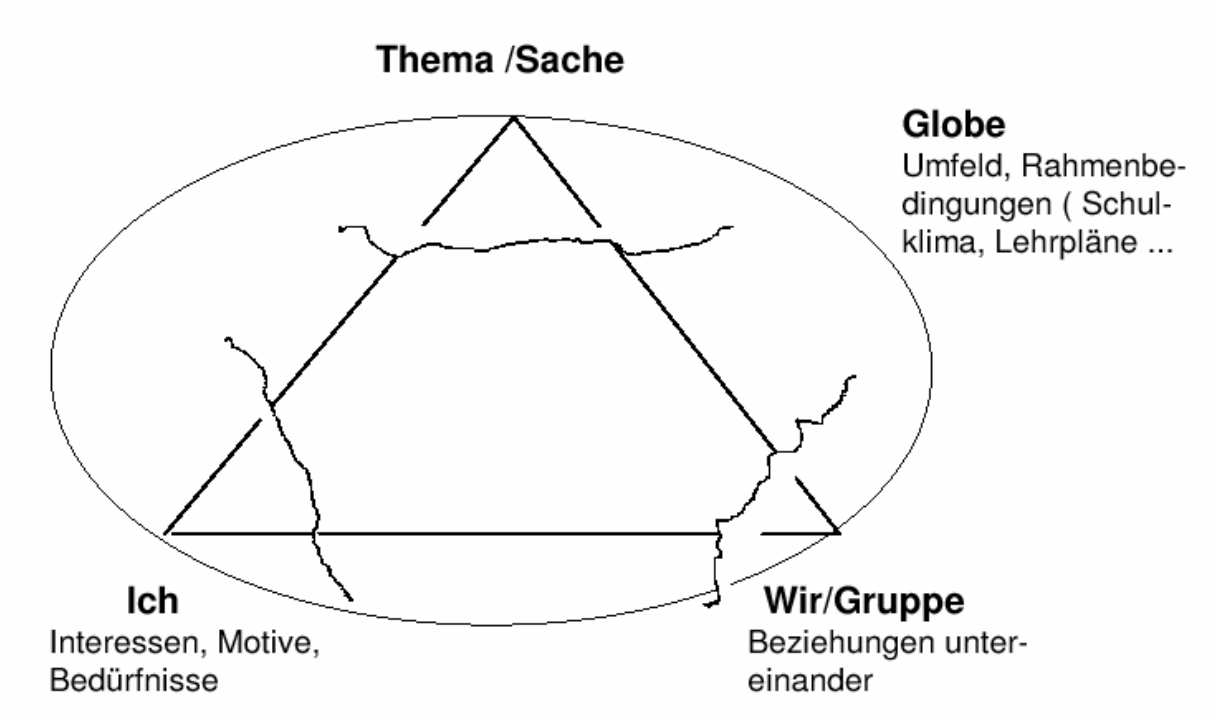


Abbildung 7: Modell der TZI nach Cohn (Quelle: Straub 2004)

Das Wir-Gefühl in einer Gruppe trägt zu dem Bewusstsein bei, durch gemeinsame Anstrengung auch schwierige Probleme meistern zu können. Gruppenzusammenhalt und gegenseitiges Vertrauen begünstigen den Austausch von Informationen, man hilft sich untereinander und gibt emotionale Unterstützung bei persönlichen Schwierigkeiten (Straub 2004).

Ziel des Gruppenprozesses ist es, ein dynamisches Gleichgewicht zwischen den drei Bereichen zu erreichen und aufrechtzuhalten. Kein Bereich sollte ein „ Übergewicht“ bekommen. Zum Beispiel hat ein Übergewicht des „Wir“ zur Folge, dass Gruppenmitglieder Erfahrungen austauschen, die mit der Sache nichts zu tun haben oder ein Übergewicht

des „Themas“ kann zur Folge haben, dass eine Sache diskutiert wird, ohne auf die Befindlichkeit und Bedürfnisse der Gruppenmitglieder zu achten. Daraus ergeben sich für die Gruppenarbeit gewisse Regeln des Zusammenarbeitens. Für eine Gruppenarbeit kann niemals nur die „Sache“ wichtig sein, sondern es muss ebenso die Befindlichkeit des einzelnen und seine Beziehung zu den anderen Gruppenmitgliedern berücksichtigt werden. Das Ignorieren der Gefühls- und Beziehungsdimension innerhalb einer Gruppenarbeit mag kurzfristig eine schnelle Erledigung der Arbeitsaufträge zur Folge haben, kann aber langfristig die konstruktive Zusammenarbeit innerhalb einer Gruppe lähmen (vgl. „Handbuch SMTP“ S.42[103]).

Langmaack & Braune-Krikau (1995) beschreiben die Dimension der Sachebene und die der Beziehungsebene am so genannten *Eisbergmodell* (vgl. Abbildung 8). Der größte Teil des Eisberges hält sich unter der Wasseroberfläche verborgen, was ihn relativ harmlos erscheinen lässt. Wie weit sich der untere Teil des Eisberges ausdehnt, ist nur mit einem guten Echolot - d.h. Gespür für (aber auch Kenntnis über) psychische und soziale Prozesse - auszumachen. Wenn Teile des Eisberges unter Wasser abbrechen, z.B. als Folge des Aussteigens von Gruppenmitgliedern, dann kommt auch der obere Teil ins Schwanken und geht eventuell unter. Je stabiler die psychosoziale Ebene einer Gruppe ist, je mehr auch der einzelne auf seine Kosten kommt, desto mehr wird die Gruppe auch auf der Sachebene leisten können.

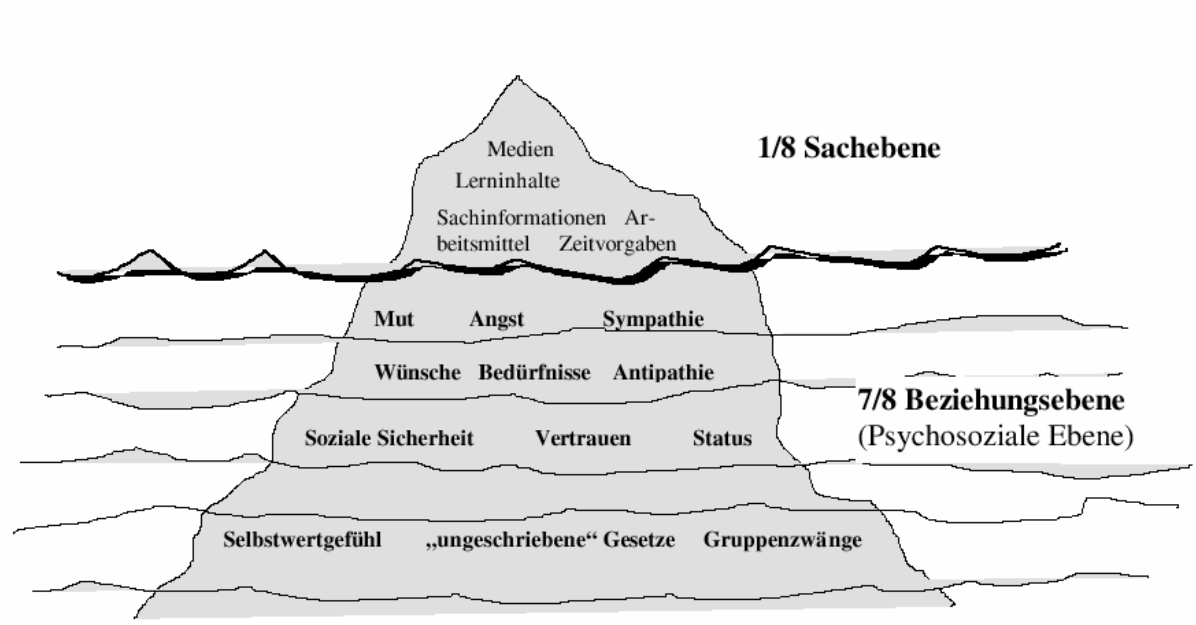


Abbildung 8: Sach- und Beziehungsebene anhand des „Eisbergmodells“ (Quelle: Straub 2004)

[103] Die Teilnehmer des SMTP einigen sich auf Gruppenregeln, um Schwierigkeiten in der Gruppenarbeit vorzubeugen.

Sowohl die TZI als auch die Vorstellung vom Eisbergmodell können wertvolle Impulse für die Gestaltung von Gruppenprozessen liefern (vgl. auch Kapitel 4.3.3, Seite 99ff.).

Bovet & Huwendiek (1994) stellen als einen weiteren wichtigen Aspekt die verschiedenartigen Phasen eines Gruppenprozesses auf der Sach- und Beziehungsebene dar (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7: Sach- und Beziehungsebene in der Gruppe

Phasen	**Sachebene**	**Beziehungsebene**
1. Forming	Kennenlernen der Aufgabe	Einschätzen der Situation und Abhängigkeiten; Kennenlernen und Abtasten; Suche nach Anhaltspunkten und Hilfen
2. Storming	Schwierigkeiten mit der Aufgabe; Widerstand gegen die Aufgabe	Es können Konflikte und Spannungen innerhalb der Gruppe entstehen; Positionskämpfe brechen möglicherweise auf; ggf. bilden sich Untergruppen
3. Norming	Austausch von Informationen und Interpretationen zur Aufgabenstellung	Normen kristallisieren sich heraus; eine Rollendifferenzierung setzt ein; mögliche Harmonisierung der Gruppenbeziehungen
4. Performing	Arbeiten an der Aufgabe; Auftauchen von Lösungen	Gruppe hat sich strukturiert und gefestigt; Konflikte werden bearbeitet; Kooperation wird möglich; informelle Kontaktaufnahme zwischen den Gruppenmitgliedern
5. Informing	Das Produkt (die Aufgabe) der Gruppe wird nach außen getragen; ein Austausch mit anderen Gruppen setzt ein	Die Gruppe ist stabil; sie nimmt Kontakt nach außen auf; Festigung der Gruppenidentität

Lipnack & Stamps (1998) bezeichnen die fünfte Phase als Phase der Auflösung (adjourning). Die Aufgaben sind abgeschlossen und die sozialen Gruppenbeziehungen werden wieder gelockert. Bei erfolgreichen Gruppen stellt sich unter Umständen Trauer über die Beendigung ein. Bei Nichtbewältigung fällt die Gruppe rasch auseinander - das kann aber schon in früheren Phasen erfolgen.

Gesprächsdimensionen und Wirkmechanismen in Selbsthilfegruppen

Der Arbeitsbereich Selbsthilfeforschung der Abteilung für Medizinische Soziologie an der Albert-Ludwigs Universität Freiburg hat sich zum Ziel gesetzt, Wirkung und Qualität gesundheitsbezogener Selbsthilfe näher zu erforschen. Borgetto & Klein (2004) ermittelten im Rahmen ihrer Untersuchungen unter anderem sowohl die Gesprächsdimensionen als auch den Wirkmechanismus von Kommunikation zwischen den Betroffenen in Selbsthilfegruppen. Als Gesprächsdimensionen benennen sie

- Erfahrungsaustausch,
- Informationsaustausch,
- Zweckfreie Gespräche und die
- Äußerung von Gefühlen.

Als die Hauptwirkmechanismen deklarieren sie

- Modell-Lernen,
- Selbstexploration,
- Emotionale Unterstützung,
- Wissen und die
- Aufarbeitung der Vergangenheit.

Borgetto und Klein führen aus, dass oben genannte Faktoren der Selbsthilfe zu einer besseren Verhaltenskontrolle und einem besseren Gesundheitsverhalten führen, dass die Betroffenen Versorgungsleistungen rationeller in Anspruch nehmen, dass eine psychische Entwicklung stattfindet, soziale Netzwerke entlastet aber auch gestärkt werden und die Teilnahme an Selbsthilfegruppentreffen zum Reha-Erfolg beitragen kann. In diesem Zusammenhang nennen sie beispielsweise auch die Auslösung immunologischer Prozesse[104] (wie die Stressforschung gezeigt hat).

[104] Weiterführende Literatur: Sanzero Eller L (2003) Stress und Stressbewältigung: Psychoneuroimmunologie. In: Fitzgerald Miller (2003)

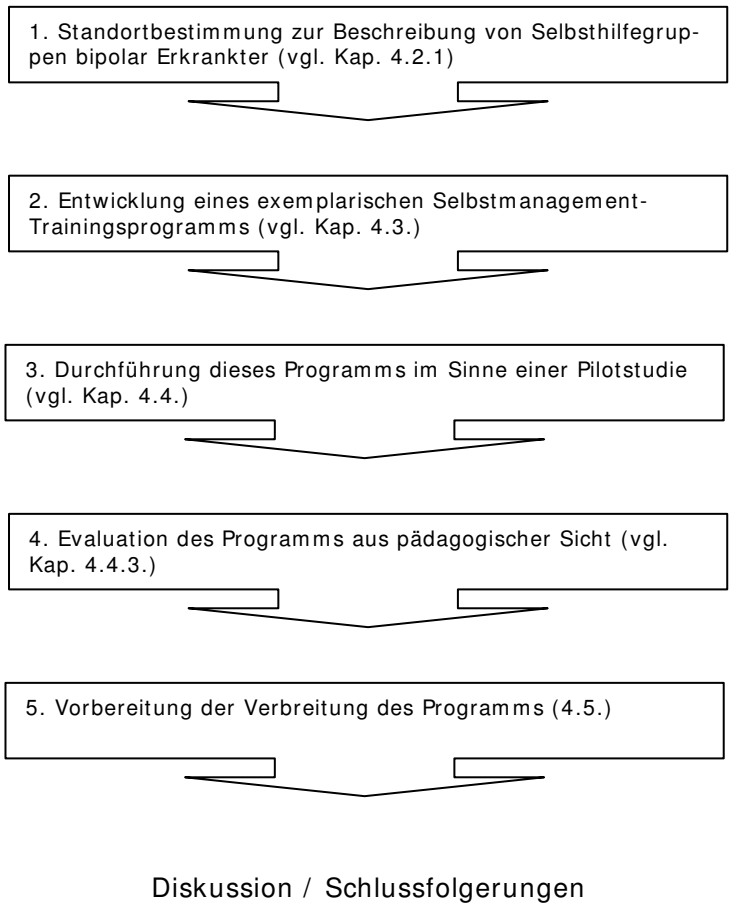
4. Methode und Ergebnis

4.1 Vorbemerkungen

In diesem Kapitel werden das methodische Vorgehen sowie die Ergebnisse dieser Untersuchung zusammengefasst. Eine strikte Trennung in „Methode“ und „Ergebnis“ entspricht nicht der chronologischen Vorgehensweise und ließe sich gedanklich schwer nachvollziehen und auseinanderhalten. So ist mit dem exemplarisch erstellten Selbstmanagement-Trainingsprogramm faktisch ein Ergebnis vorweggenommen, das dann aber wiederum auf seinen Wert untersucht wird.

In Zusammenarbeit mit Patienten in Selbsthilfegruppen, medizinischen Experten, auf der Basis einer umfangreichen Literaturrecherche und durch (halb)strukturierte telefonische Interviews in Selbsthilfegruppen sollte ein an die Bedürfnisse der Patienten in Deutschland angepasstes Selbstmanagement-Trainingsprogramm für bipolar Erkrankte entwickelt und evaluiert werden.

Abgeleitet aus dieser Zielstellung untergliederte sich das Forschungsvorhaben in folgende wesentliche Teilschritte:



4.2 Die Entwicklung des SMTP

> *„Das Verhältnis zwischen Bildungsforschung und Bildungspraxis verlässt zunehmend die institutionalisierten Bahnen und findet mehr und mehr in selbstorganisierenden, disziplinübergreifenden und hierarchiefreien Netzen statt, wo Wissenschaftler und Lehrkräfte verschiedenster Institutionen die Weiterentwicklung von Didaktik und Methodik auf allen Ebenen vorantreiben."* (Geleitwort von Goorhuis in: Muijsers 1999)

Das in dieser Arbeit zu realisierende Forschungsvorhaben verlangt die enge Verknüpfung und Verschmelzung von Forschungsmethoden und -ergebnissen der Erziehungswissenschaften mit denen der Medizin - oder umgekehrt. So lässt sich (wie in anderen Wissenschaftsdisziplinen auch) weder die Entwicklung des Selbstmanagement-Trainingsprogramms noch die Evaluation in Bezug auf dessen Machbarkeit beziehungsweise Durchführbarkeit „rein" pädagogisch beziehungsweise „rein" medizinisch lösen.

Die Internetseite der Deutschen Gesellschaft für bipolare Störungen (DGBS) listete zum Zeitpunkt der Befragung 20 im gesamten Bundesgebiet verteilte Selbsthilfegruppen für Betroffene auf. Diese hier veröffentlichten Selbsthilfegruppen bieten über jeweilige Ansprechpartner, Telefonnummern und E-Mail-Adressen Kontaktmöglichkeiten für Außenstehende. Um eine Standortbestimmung zum IST - Zustand in dieser oben definierten Auswahl vorzunehmen und daraus eine Bedarfsanalyse abzuleiten, wurden die Ansprechpersonen dieser Gruppen in telefonischen Interviews beziehungsweise anhand von Fragebögen befragt. Interviewstil und Fragenkonstruktion wurden in Anlehnung an Mc Cracken und Stake gestaltet: Neben geschlossenen Fragen wird dem Gesprächspartner anhand offener Fragen „grundsätzlich die Möglichkeit gegeben, seine Meinung und seine Assoziationen zu den Fragen ungestört vorzutragen" (Treumann et al. 1996, S. 44).

Das zu entwickelnde Selbstmanagement-Trainingsprogramm soll nicht nur für eine, ausgewählte Gruppe konzipiert sein, sondern – mit jeweiligen Anpassungen – allgemein für Selbsthilfegruppen bipolar Erkrankter anwendbar werden (Praktikabilität). Dafür ist es notwendig, ein möglichst realistisches Bild von der Ausgangslage, den Wünschen und Bedenken der zukünftigen potenziellen Nutzer zu erfahren. Das Interview beinhaltete Items zur Organisation in der Gruppe, offene Fragen, die der Kategorie Vorkenntnisse/Wünsche/Bedenken zugeordnet werden können, sowie Fragen zu den materiell-technischen Voraussetzungen, die der Gruppe zur Verfügung stehen (vgl. Anlage 1 „Interviewleitfaden" und Kap. 4.2.1). Die Telefonate wurden mit Einverständnis der Interviewten auf einem Diktiergerät aufgenommen und die Antworten jeweils im Anschluss an das Gespräch in eine Datentabelle übertragen. Die Daten wurden dann anhand dieser Datentabelle für die Entwicklung des Selbstmanagement-Trainingsprogramms ausgewertet.

Die Interviews hatten auch das Ziel, anhand zuvor definierter Ein- und Ausschlusskriterien die für diese Studie in Frage kommenden Selbsthilfegruppen zu eruieren.

Einschlusskriterien:

- Selbsthilfegruppen, die auf der Internetseite der DGBS veröffentlicht sind
- Selbsthilfegruppen, die sich ausschließlich aus Betroffenen mit einer affektiven bipolaren Störung zusammensetzen
- Bereitschaft, am Projekt mitzuwirken

Ausschlusskriterien

- Selbsthilfegruppen die sich auch aus Patienten mit anderen psychiatrischen Diagnosen zusammensetzen („gemischte“ Gruppen)
- Angehörigengruppen
- Gruppen, die sich aus Patienten und Angehörigen zusammensetzen

Neben Expertenmeinungen und den Erkenntnissen aus dem aktuellen Forschungsstand zu bipolaren Störungen wurden die Ergebnisse der Auswertung dieser Interviews für die inhaltliche und methodisch-didaktische Gestaltung des Selbstmanagement-Trainingsprogramms zu Grunde gelegt. Die im nachfolgenden Kapitel 4.2.1 beschriebenen Ergebnisse repräsentieren die Beantwortung der ersten beiden Schlüsselfragen (vgl. S. 23) dieser Untersuchung:

1. Wie lässt sich der IST-Zustand zum Selbstmanagement in bipolaren Selbsthilfegruppen in Deutschland beschreiben?

2. Welche Anforderungen muss ein Selbstmanagement-Trainingsprogramm für Patienten in Selbsthilfegruppen mit bipolaren Störungen erfüllen?

Speziell auf o.g. Frage 2 wird aber auch anhand der Evaluation des SMTP in der Untersuchungsgruppe (vgl. Kap. 4.4.3, S. 114) noch ausführlicher eingegangen.

4.2.1 Die Auswertung der Interviews

Die Internetseite der DGBS beinhaltete zum Zeitpunkt der Untersuchung die Adressen von 20 Selbsthilfegruppen. 15 Ansprechpersonen dieser Selbsthilfegruppen erklärten sich spontan zum Telefoninterview bereit, fünf der hier veröffentlichten Selbsthilfegruppen konnten nur indirekt über Telefonate mit dem jeweils zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienst kontaktiert werden. Diese fünf Gruppen baten um Zusendung der Fragen und wollten keinen direkten persönlichen Telefonkontakt. Die per Brief verschickten Fragebögen (vgl. Anlage 2 „Interview Briefversion“) enthielten die identischen Fragen und die gleiche Reihenfolge wie die der telefonischen Befragung und unterschieden sich auch in der Auswertung nicht von der mündlichen Erhebung. Alle fünf Fragebögen wurden zurückgesandt, so dass von 20 Gruppen auch 20 befragt werden konnten.

Entsprechend der Ausschlusskriterien durfte es sich ausschließlich um Selbsthilfegruppen von Betroffenen affektiv bipolarer Störungen handeln. Sobald sich zu Beginn des Interviews ergab, dass auch Betroffene mit anderen psychiatrischen Erkrankungen („gemischte“ Gruppen) oder Angehörige die Gruppe besuchen, wurde das Interview beendet. Letztendlich wurden mit diesem Filter 15 Selbsthilfegruppen vollständig interviewt.

<u>Fragen zur Organisation in der Gruppe</u>

Der erste Fragenkomplex widmete sich Fragen zur Organisation in der Gruppe. Konkret wurde ermittelt, in welchen Zeitabständen sich die Gruppe trifft, wie lange die Gruppentreffen dauern und wie viele Personen im Schnitt an den Gruppentreffen teilnehmen. Von den 15 befragten Selbsthilfegruppen gaben fünf an, sich einmal pro Woche zu treffen, vier alle zwei Wochen und sechs einmal im Monat (vgl. Abbildung 9).

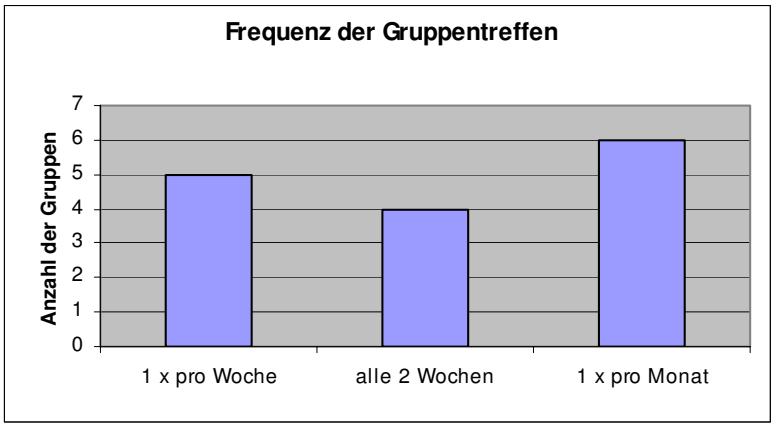


Abbildung 9: Frequenz der Gruppentreffen in 15 befragten Selbsthilfegruppen

Alle 15 interviewten Gruppen treffen sich länger als eine Stunde: bei sechs Gruppen dauert die Sitzung jeweils 90 Minuten, bei neun Gruppen 120 Minuten (vgl. Abbildung 10).

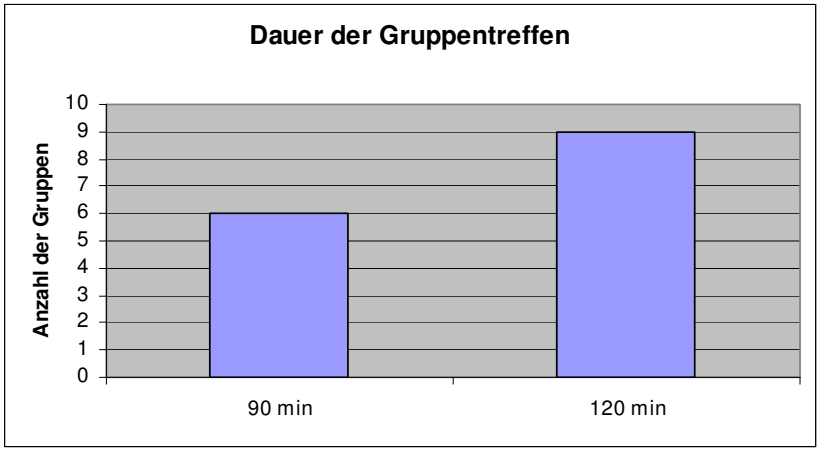


Abbildung 10: Dauer der Gruppentreffen in 15 befragten Selbsthilfegruppen

Die Frage, wie viele Teilnehmer mindestens zu den Treffen kommen und wie viele es sind, wenn sehr viele kommen, ließ große Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen erkennen. Die Tabelle 8 zeigt, wie verschieden die Angaben der einzelnen Gruppen waren. Eine Gruppe sagte, dass mitunter nur ein Teilnehmer erscheint, eine andere, dass bis zu 20 Personen anwesend sind. Am häufigsten (n=6) wurde für die Mindestteilnehmerzahl der Wert 5 genannt, für die Höchstteilnehmerzahl war die häufigste Nennung die Zahl von 12 Personen (n=4).

Tabelle 8: Teilnahme an den Gruppentreffen in 15 befragten Selbsthilfegruppen

	Wie viele Teilnehmer kommen mindestens zu den Treffen?	Wie viele sind es, wenn sehr viele kommen?
min	**1**	**5**
max	**12**	**20**
Modalwert	**5 (n=6)**	**12 (n=4)**

Fragen zu Vorkenntnissen, Wünschen und Bedenken

Die Frage: „Haben Sie persönlich oder andere Gruppenmitglieder schon Schulungserfahrungen irgendeiner Art?“ offenbarte, dass jede einzelne der 15 Gruppen Schulungserfahrungen aufweist. 11 der 15 befragten Selbsthilfegruppen berichteten von Vorkenntnissen aus psychoedukativen Seminaren. 10 Gruppen gaben Erfahrungen in der Gruppenleitung an. Detailliert aufgeschlüsselt antworteten vier Gruppen mit Erfahrungen im Sinne der Psychoedukation, vier Gruppen hatten neben psychoedukativen Vorkenntnissen auch Erfahrungen in der Gruppenleitung. Drei Gruppen hatten sich zum Zeitpunkt der Befragung ausschließlich mit Aspekten der Gruppenleitung beschäftigt, zwei Gruppen mit Psychoedukation, Gruppenleitung und Öffentlichkeitsarbeit. In einer Selbsthilfegruppe berichteten die Teilnehmer zu ihren Erfahrungen mit Psychoedukation und Gruppenleitung auch über Fertigkeiten in Präsentations- und Moderationstechniken. Eine weitere Gruppe hatte sich mit Fragen der Gesprächsführung auseinandergesetzt (vgl. Abbildung 11).

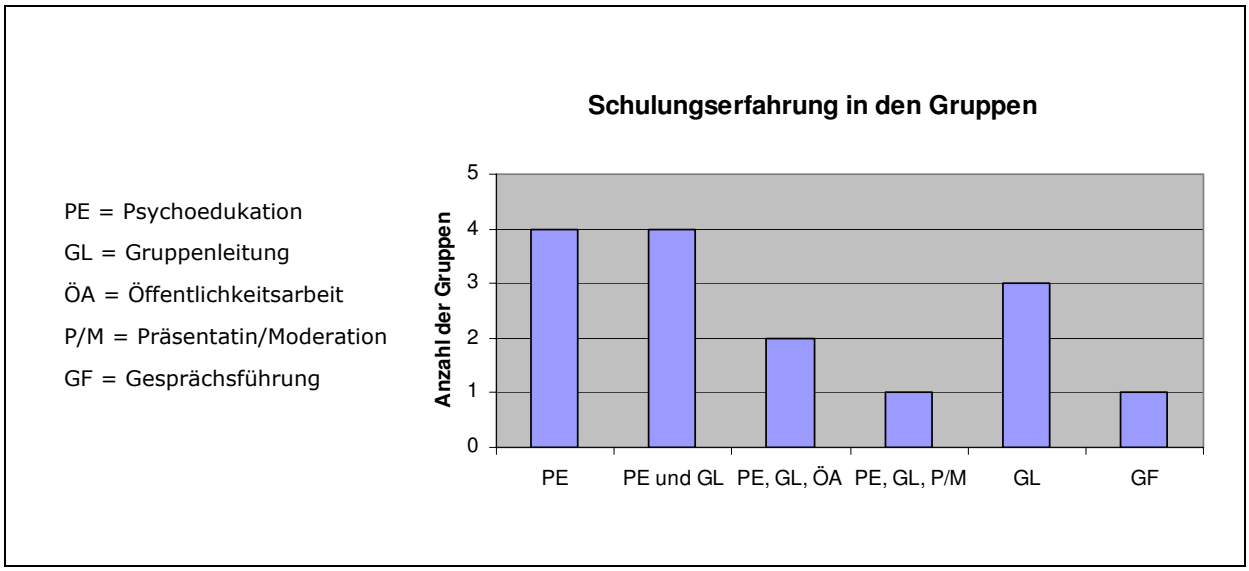


Abbildung 11: Schulungserfahrungen in 15 befragten Selbsthilfegruppen

Obwohl zwar sämtliche befragte Selbsthilfegruppen Schulungserfahrungen irgendwelcher Art aufweisen, wenden längst nicht alle Gruppen (bewusst[105]) Konzepte oder Strategien zum besseren Umgang mit ihrer Erkrankung an. Sechs der Interviewten beantworten diese Frage mit nein, die Mehrzahl – neun Gruppen – bejaht derartige Vorgehensweisen. Die Aussagen dieser neun Selbsthilfegruppen lassen sich in zwei Untergruppen kategorisieren (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9: Strategien zum Umgang mit der Erkrankung

Strategien/ Konzepte, die eher auf der *Sachebene* basieren:	**Strategien/ Konzepte die eher der sozio-emotionalen (*Beziehungsebene*) von Gruppenprozessen zugeordnet werden können:**
Aneignung von Wissen über das Krankheitsbild (Krankheitsentstehung, Verlauf, Frühwarnzeichen, Symptome, Krisenintervention und Behandlung)	Erfahrungsaustausch, Reflexion des eigenen Verhaltens und Erlebens, private Kontakte und gemeinsame Freizeitaktivitäten

Die Interviews zeigten, dass die Gruppen über eine breite Palette an Möglichkeiten, die Krankheit zu bewältigen, verfügen. Die folgende Auswahl an Zitaten vermittelt ein Bild von konkreten Maßnahmen in den einzelnen Gruppen:

„Wir sammeln Fachartikel und tauschen neue Erkenntnisse untereinander aus."

„... durchstöbern das Internet"

„Ja, wir bereiten zu jeder Stunde ein Thema vor und besprechen das dann."

„Wir erstellen eine eigene Materialsammlung ... eine CD-ROM."

"... aufschreiben, was man an schönen Dingen den Tag über erlebt hat...

[105] In dem Moment, indem die Betroffenen die Selbsthilfegruppe aufsuchen, verfügen sie ja eigentlich schon über Bewältigungsstrategien...

Auch die Wünsche, welche die Patienten in Bezug auf das zu entwickelnde Selbstmanagement-Trainingsprogramm äußerten, können in Kategorien zusammengefasst werden. Die Tabelle 10 stellt dar, was die Betroffenen von einem solchen Programm erwarten.

Tabelle 10: Patientenwünsche an das SMTP

In Bezug auf die Inhalte:	**In Bezug auf die Gestaltung sollte das Programm:**
Informationen zum Krankheitsbild und zur Behandlung (vor allem die Auseinandersetzung mit Frühwarnzeichen und Maßnahmen zur Krisenintervention wurden mehrfach genannt). Auseinandersetzung mit rechtlichen Fragen Beschäftigung mit der Gestaltung des Tagesablaufes (Struktur, Freizeitaktivitäten)	„praktikabel“, „machbar“, „nicht zu leicht, nicht zu schwer“ sein. Das Programm muss "von Grund auf strukturiert sein". Es soll eine „Ergänzung zu den klinikinternen stationären Angeboten“ darstellen und „soll auf bisherige Kenntnisse aufbauen“. „Absprachen müssen möglich sein“. Die „Gestaltung der Treffen“, Zeitvorgaben und die „Moderation“ soll beachtet werden. Es soll „strukturiertes, gebündeltes Informationsmaterial für (den) Umlauf“ bieten.

"Wir wünschen uns Hilfe, damit die Gruppe auch ohne professionelle Hilfe weiterläuft."

Wir wollen uns „unabhängig von Experten mit der Krankheit auseinandersetzen, aber trotzdem bei Bedarf Hilfe in Anspruch nehmen können“.

Drei der 15 Interviewten hatten Mühe, Wünsche zu äußern *("keine Ahnung"; "schwierig, hier spontan zu antworten"*).

Neben den Wünschen und Erwartungen lassen sich bei zwei Drittel der Befragten (10 von 15 Gruppen) aber auch Bedenken erkennen. Dazu gehören:

- Inhalte, mit denen sich die Teilnehmer nicht identifizieren können
- Das Programm setzt das Einverständnis aller Gruppenteilnehmer voraus.
- zusätzlicher organisatorischer und finanzieller Aufwand
- große Fluktuation in der Gruppe
- Verantwortung lastet auf einer "kranken" Person
- Aufnahmevermögen sehr unterschiedlich, Konzentrationsprobleme
- zu wenig Eigeninitiative
- *„dass das Programm für das Niveau in unserer Gruppe zu einfach aufgebaut ist"*
- *„dass krankheitsbedingt Maniker nicht gruppenfähig sind und schwer Depressive es nicht schaffen, teilzunehmen“*
- *„Hauptangst ist und bleibt die Angst vor Selbstüberforderung und Missachten der eigenen Grenzen“*
- dass es eine professionelle Leitung braucht

Materiell-technische Voraussetzungen

Der letzte Fragenkomplex der Interviews widmete sich den materiell-technischen Voraussetzungen, welche den Gruppen zur Verfügung stehen. Da eine Gruppe, die sich bereits mehr oder weniger lange zusammengeschlossen hat und sich regelmäßig trifft über entsprechende Räumlichleiten, Stühle etc. verfügen müsste, wurde in der Fragestellung Hauptaugenmerk auf Geräte zur Visualisierung gelegt. Die Teilnehmer wurden gebeten, Auskunft zu geben, ob z.B. eine Tafel oder ein Flipchart für die Gruppensitzungen vorhanden sind, nicht vorhanden sind beziehungsweise ob diese eventuell besorgt werden könnten. Die Mehrzahl der Gruppen verfügt über eine Tafel und ein Flipchart (8 von 15). Ein Tageslichtprojektor ist bei vier Gruppen vorhanden, kann aber von den meisten (9 von 15) organisiert werden. Ähnlich verhält es sich mit der Ausstattung an Fernsehern und Videorecordern. Jeweils sechs Gruppen gaben an, dass sie diese Geräte nutzen können, acht können sie eventuell besorgen. Nur zwei aller Befragten besitzen einen Laptop, keine Gruppe verfügt über einen Beamer. Die Abbildung 12 veranschaulicht die Ergebnisse dieses Fragenkomplexes.

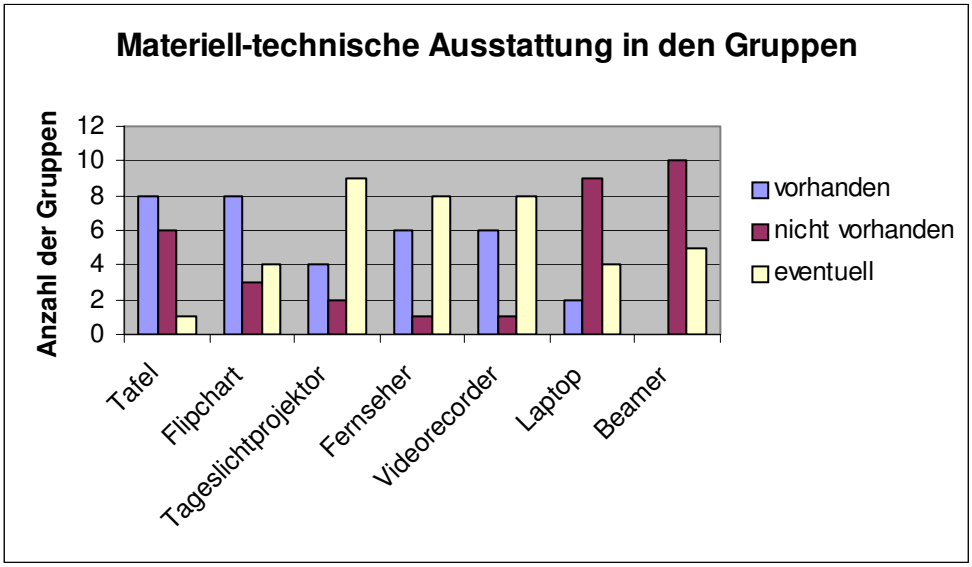


Abbildung 12: Materiell-technische Ausstattung in 15 befragten Selbsthilfegruppen

4.3 Das Selbstmanagement-Trainingsprogramm

4.3.1 Vorbemerkungen

Dierks et al. (2001, S. 12) fordern als Voraussetzung für die *„Erhöhung der Einflussmöglichkeiten von Nutzern auf die Gestaltung des Gesundheitswesens ... ein qualitativ hochwertiges Informationsangebot".* Der partnerschaftliche Umgang zwischen Betroffenen und Professionellen erfordere nicht nur die Bereitschaft sondern auch entsprechende Rahmenbedingungen, autonom[106], also selbstbestimmt und selbstreflektierend zu handeln.

Mit dem Selbstmanagement-Trainingsprogramm entstand für die Gruppenteilnehmer so etwas wie ein offener Pool, aus dem sie nach eigenen Zielvorstellungen die Themen und das methodische Vorgehen auswählen können. Insofern geht das SMTP in seinem Anspruch über ein „Informationsangebot" hinaus und setzt auf die Interaktion, die Erfahrungen und die Kompetenzen der Nutzer. Vor allem zusätzliche Lernimpulse bieten auch für spätere Gruppentreffen die Möglichkeit, bestimmte Fragen wiederholt aufzugreifen und intensiver zu bearbeiten.

Ausgehend vom selbstgesteuerten Lernen wird der Selbstmanagementansatz in der Selbsthilfegruppe konsequent auch in der praktischen Gestaltung ohne direkte Beteiligung von Experten bewerkstelligt. Nach einem mehr oder weniger offen gestalteten modulären Konzept (Muijsers 1999) agieren die Patienten im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Selbsthilfegruppentreffen allein.

Die Module bauen zielgerichtet aufeinander auf und erlauben Verknüpfungen einzelner Einheiten. Die transparente und klar strukturierte Gestaltung des Konzepts gewährleistet den Anwendern ein „Experten" -unabhängiges Vorgehen und lässt gruppenspezifische Variationen und Niveaustufen in der Themenbearbeitung zu.

Ausschlaggebend für den Programmaufbau war die im Kapitel zuvor beschriebene Analyse des „IST-Zustandes" in Selbsthilfegruppen dieser Zielgruppe in Deutschland. Neben den Interviews führten aber auch zahlreiche persönliche Kontakte mit einzelnen Patienten und Selbsthilfegruppen zu immer wieder neuen Ideen und Verbesserungsvorschlägen für die Gestaltung. Das Handbuch zum SMTP entstand auf der Grundlage aktueller Literatur zur Thematik (vgl. Kap. 1-3) sowie durch Beratung von Experten, die sich wissenschaftlich mit der Therapie bipolar Erkrankter befassen.

Diesem Programm liegt die grundsätzliche Annahme zu Grunde, dass Erwachsene daran interessiert sind, selbstbestimmt und nach eigenem Ermessen zu handeln. Das Programm orientiert sich an Antonovskys salutogenetischem Ansatz (vgl. Kap. 3.2.4, S. 48).

---

[106] Autonomie: (griech.: autos, selbst); Die Autoren (Dierks et al. 2001) beziehen sich diesbezüglich auf das Autonomieverständnis von Kant. Kant verwendet den Begriff *Autonomie* mit aufklärerischem Anspruch: Der Mensch solle sich seiner eigenen Vernunft bedienen, statt sich von fremden Autoritäten und der Tradition bestimmen zu lassen ...
„Menschen sind in einer elementaren Weise schon insofern autonom, als sie zu Selbstreflexion, Selbstbewertung und Selbstkontrolle in der Lage sind" (Baumann 2000).

Es stellt somit vor allem jene Strategien in den Vordergrund, die unterstützend wirken, die Gesundheit zu erhalten. Gesundheitsschädigende Einflussfaktoren (auch Denkmuster und Verhaltensweisen) sollen zunehmend kognitiv erfasst, wahrgenommen und vermieden werden[107]. Die Selbsthilfegruppe bietet das geeignete Forum, sich auszutauschen und von den Erfahrungen anderer zu profitieren – zusammengefasst: adäquate Bewältigungsstrategien zu entwickeln und auszubauen.

[107] vgl. z.B. „Handbuch SMTP", Anlage 14: Arbeitsblatt zum Thema „Stress und Stressbewältigung"

4.3.2 Die methodische Konzeption

Der hier vorliegende Prototyp eines SMTP für Selbsthilfegruppen bipolar Erkrankter setzt sich aus sechs Modulen à 90 Minuten zusammen. Im Idealfall absolvieren 6-8 Teilnehmer „geschlossen“ in einem wöchentlichen Intervall oder in Form von Blockseminaren – z.B. an Wochenenden - diese jeweils 90 Minuten Programminhalt. Die Module bauen logisch strukturiert aufeinander auf, bilden aber dennoch in sich geschlossene Einheiten. Jedes Modul besteht wiederum aus bis zu sechs Bausteinen (vgl. Abbildung 13).

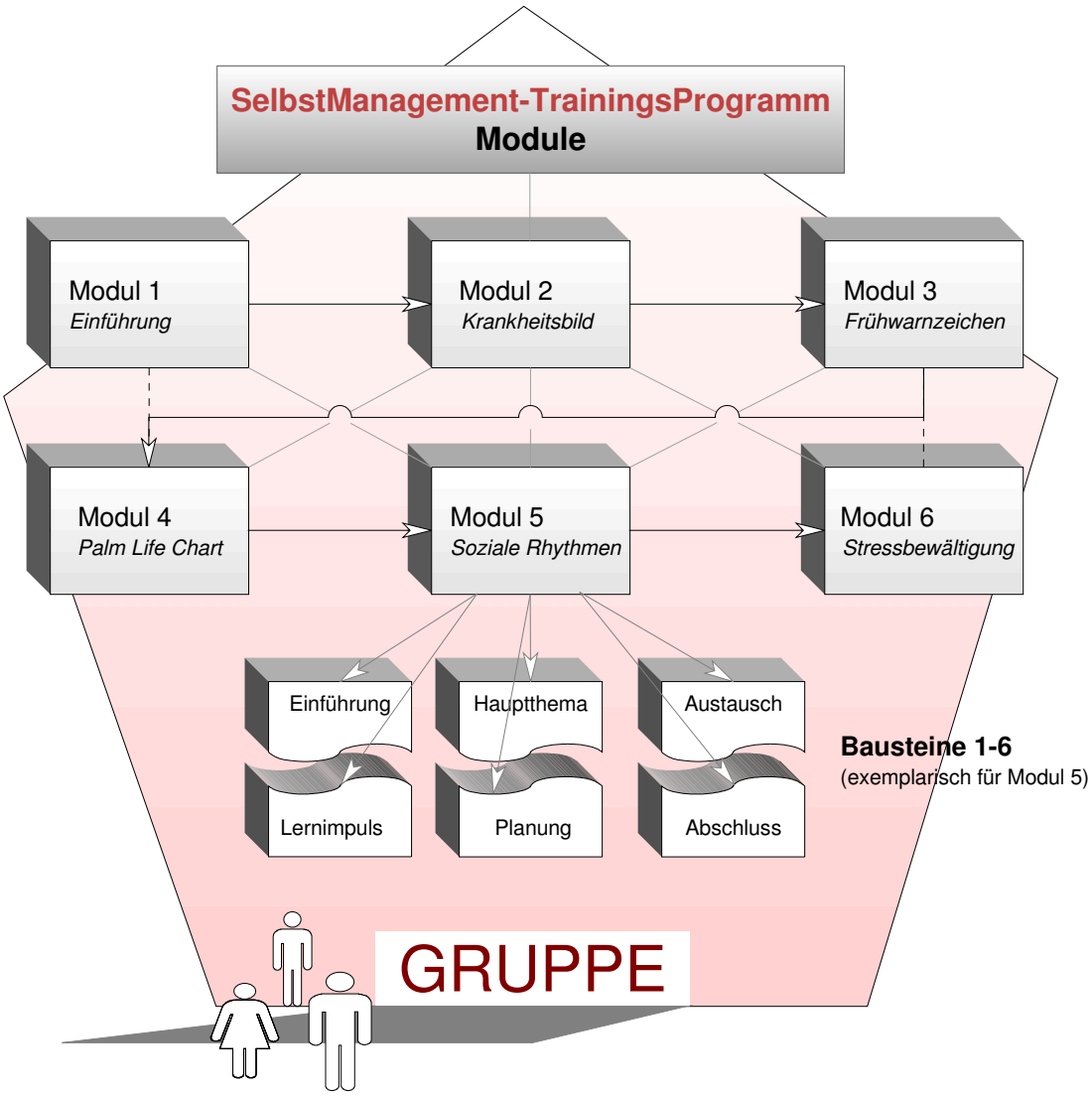


Abbildung 13: Module und Bausteine des SMTP

Je nach Gruppenkonstellation, Erfahrungen, Wissen und Bedürfnissen entscheidet die Gruppe selbst, ob sie alle sechs Bausteine (höchstes Level) oder eine einfachere Variante mit entsprechend weniger Inhalten – und auch Bausteinen - wählen möchte. Zur Auswahl werden hierzu die Module des SMTP in bis zu drei Niveaustufen vorgeschlagen (vgl. Anlage „Handbuch SMTP“: Stundenvarianten 1-3). Die Tabelle 11 zeigt, welche Schwierigkeitsgrade gewählt werden können.

Tabelle 11: Stundenvarianten SMTP

Variante 1	**Variante 2**	**Variante 3**
Diese Version eignet sich gut, wenn die Gruppe noch nicht sehr lange besteht und die Teilnehmer eine unkomplizierte, klar überschaubare Struktur bevorzugen. Die einzelnen Arbeitsschritte sind klar strukturiert und auf Wesentliches konzentriert. Gruppendynamischen Aktivitäten wird ausreichend Zeit eingeräumt (vgl. z.B. Modul 2, Baustein 3, S. 17 des Handbuchs).	Diese entspricht der Standardversion dieses Programms und verlangt von den Gruppenteilnehmern ein gewisses Maß an Gruppen- und Schulungserfahrung. Im Gegensatz zur Variante 1 werden die Gruppenteilnehmer zu mehr Eigeninitiative (vor allem in Bezug auf die Vorbereitung des jeweils nächsten Moduls) veranlasst.	Diese Version baut auf die Standardversion auf. Die Gruppe muss ein hohes Maß an Vorkenntnissen, Stabilität und Methodenkompetenz mitbringen. Die Teilnehmer planen und gestalten nach so genannten Lernimpulsen (vgl. Anlage „Handbuch SMTP“; Teil 3: Lernimpulse) weitgehend selbst, welche Inhalte in den Gruppensitzungen in den Vordergrund rücken sollen und wer diese Inhalte wie vorbereitet. Diese Variante ermöglicht das inhaltliche Auseinandersetzen mit krankheitsspezifischen Detailfragen.

Das Kapitel 4.3.3 (Seite 99) beschreibt am Beispiel der Variante 2, wie das SMTP inhaltlich und organisatorisch ablaufen könnte.

Um den Anwendern des SMTP komfortabel einen Überblick über das gesamte Programm sowie die einzelnen Module mit den jeweiligen Stundenvarianten und Bausteinen zu gewährleisten, wurden diese Details zunächst zusammen mit Zeitvorgaben tabellarisch in einer Kurzübersicht (vgl. Anlage 9 „Handbuch SMTP“: Kurzübersicht zu den Modulen, S. 10-11) dargestellt. Es wurde Wert darauf gelegt, dass der Leser jedes Modul direkt mit dem nächst Folgenden aber auch im Vergleich mit dem Zurückliegenden im Zusammenhang sehen kann.

Die äußere Form und Gestaltung

Leider waren in der Gestaltung des Layouts mit der Anwendung von MS Word schnell Grenzen erkennbar (vgl. auch Kap. 5.)[108].

Das Handbuch als Ganzes besteht aus insgesamt neun Teilen. Die „blauen" Bestandteile mit der Einleitung zu Beginn und dem Index und Glossar am Schluss „umrahmen" gewissermaßen die sechs Hauptteile (vgl. Abbildung 14).

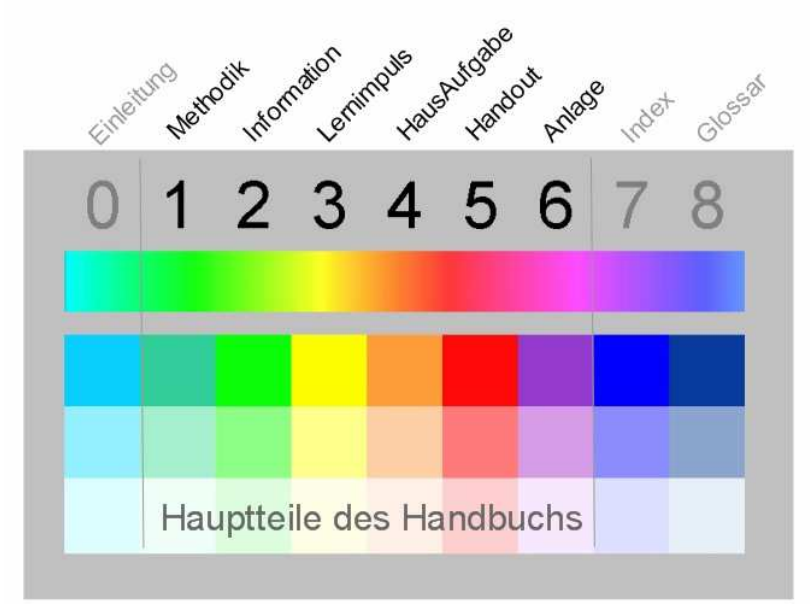


Abbildung 14: Farbgestaltung und Teile des Handbuchs

Die sechs Hauptteile werden den Anwendern in der Einleitung des Handbuchs ausführlich beschrieben und sind zum einen inhaltlich und methodisch miteinander verknüpft, zum anderen aber optisch durch immer wieder gleiche Farbcodes und Randmarkierungen voneinander abgegrenzt und auf diese Art einfach zu unterscheiden. Nicht nur in Bezug auf die Farben, auch bei der Auswahl der Schrifttypen und Schriftgrößen wurde Wert auf wiedererkennbare, einheitliche und damit anwenderfreundliche Gestaltung gelegt. So sind beispielsweise sämtliche Begriffe, die im Glossar nachzuschlagen sind, kursiv formatiert. Begriffe, die an dieser Textstelle wegen ihrer Bedeutung hervorgehoben werden sollen, erscheinen fett. Begriffe, die beide zuvor genannten Eigenschaften aufweisen, sind fett und kursiv markiert.

Die das Handbuch illustrierenden Zeichnungen stammen von R. Gielen, einem Betroffenen aus Hamburg.

[108] Bei Textverarbeitungsprogrammen muss man - sobald der Anteil an Bildern hoch und das Dokument sehr umfangreich ist - mit einem Verlust an Stabilität rechnen. Ich gehe in der Diskussion (vgl. „Exkurs", S. 126) ausführlicher auf aufgetretene Probleme ein und beschreibe näher, wie diese gelöst wurden.

Die Bestandteile des Handbuchs im Überblick:

„Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile."

Das in dieser Arbeit realisierte SMTP lässt sich nicht auf ein „Ziel-Inhalt-Methoden-Konstrukt" reduzieren. Nach der äußeren Struktur lassen sich folgende Programmteile unterscheiden:

Einleitung

Dieser dem Hauptteil des Handbuches vorausgehende Teil enthält das Inhaltsverzeichnis mit den Seitenangaben, das Vorwort sowie Erläuterungen, was dieses Programm bietet und wie es entstand. Es wird darauf hingewiesen, dass die Themen ganz nach den Bedürfnissen der einzelnen Gruppenmitglieder und je nach Wunsch - mit wechselnder Moderation - bearbeitet werden können. Wenn die Gruppe die Gruppenstunden gemeinsam plant, sollte sie darauf achten, immer mal wieder andere Teilnehmer die Leitung übernehmen zu lassen und auf diese Art die Verantwortung „auf mehrere Schultern" zu verteilen. Dieser Gesichtspunkt beugt vor, dass einzelne Personen (vor allem der Gruppenleiter) zu stark belastet werden. Die Teilnehmer werden informiert, dass es sich mit diesem Programm um ein Forschungsprojekt handelt, welches in der vorliegenden Form erstmals in Selbsthilfegruppen erprobt und zu wissenschaftlichen Zwecken auf seinen Erfolg hin untersucht werden soll.

Der einleitende Teil verweist darauf, dass das Selbstmanagement-Trainingsprogramm keine Therapie ist und nicht die enge Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt, Psychologen oder anderen Fachpersonen ersetzen kann und soll. Patienten, denen es gerade nicht so gut geht, können sich unter Umständen überfordert fühlen.

Durch die Auseinandersetzung mit den in diesem Programm enthaltenen Themen setzen sich die Beteiligten intensiv mit der Krankheit und ihrem individuellen Krankheitserleben auseinander. Die Einleitung macht darauf aufmerksam und sensibilisiert die Teilnehmer, dass diese intensive Beschäftigung mit krankheitsrelevanten Fragen möglicherweise zu einer verstärkten Belastung und/oder intensiven gruppendynamischen Prozessen führen kann: „Gehen Sie bitte sorgfältig und verantwortungsbewusst mit sich selber und den anderen Gruppenteilnehmern um. Scheuen Sie sich nicht, bei Problemen Hilfe von Fachleuten in Anspruch zu nehmen".

Dankende Worte an alle, die zu diesem Programm beigetragen haben schließen diesen Teil ab.

Teil 1 - Methodik (vgl. Anlage „Handbuch SMTP“; Teil 1: Methodik)

Der Teil 1 enthält eine tabellarisch gestaltete Übersicht zum methodischen Vorgehen in den einzelnen sechs Programmmodulen. Das Thema der Stunden, die vorzubereitenden Materialien sowie der (mögliche) inhaltliche und methodische Ablauf werden detailliert beschrieben und sollen der Gruppe auf diese Art eine didaktische Hilfe, Struktur und Sicherheit für die Gestaltung der einzelnen Programmteile bieten. Zusätzliche Tipps weisen – als Hinweise deklariert – auf Besonderheiten bzw. ergänzende Informationen hin (vgl. Anlage 9 „Handbuch SMTP“: Modul 1, Baustein 4, S. 14). Da sich viele Abläufe in der Programmgestaltung wiederholen und damit auch vertrauter werden dürften, sind die Erklärungen zum Programmende hin knapper formuliert und weniger differenziert aufgeschlüsselt als es zu Programmbeginn der Fall ist (vgl. Anlage 9 „Handbuch SMTP“; Teil 1: Methodik, Modul 6, Bausteine 2+3+4, S. 30). Gleichzeitig eröffnet sich den Gruppenteilnehmern mit dieser abnehmenden Redundanz ein zunehmendes Maß an Kompetenz und Selbständigkeit.

Teil 2 - Information

Auf den Informationsblättern (vgl. Anlage „Handbuch SMTP“: I-1 bis I-17, Seite 32ff.) werden grundlegende medizinische Informationen zum Krankheitsbild der bipolaren Störungen oder anderen Aspekten, die dieses Programm berühren, beschrieben. Zu oben genannten „anderen Aspekten“ gehören Anregungen, die die Gruppe in der Entwicklung des Gruppenprozesses auf der Beziehungsebene unterstützen sollen (vgl. Informationsblätter 6-8 im Handbuch). Diese Informationsblätter können und sollen keinen Anspruch auf Vollständigkeit erfüllen. Vielmehr sollen die hier zusammengestellten „basics“ die Gruppenteilnehmer ermuntern, im Laufe der Zeit zusätzliche Materialien zusammenzutragen, Informationen zu ergänzen, zu aktualisieren und durch eigene Aufzeichnungen und Recherchen zu erweitern. Die Teilnehmer werden an dieser Stelle auch darauf hingewiesen, dass sich medizinische Kenntnisse rasant entwickeln und somit jeweils nur einen „vorläufigen“ Stand des heutigen Wissens repräsentieren können.

Möglicherweise hat die Gruppe das Bedürfnis, das ein oder andere Thema ausführlicher zu behandeln. Zu diesem Zweck lädt Teil 3 des Handbuchs ein.

Teil 3 - Lernimpulse

Die Lernimpulse werden unter L-1.1 bis L-17.1 zusammengefasst. Die erste Ziffer bezieht sich immer auf das jeweilige Informationsblatt, zu dessen Inhalt mit den Lernimpulsen zusätzliche Anregungen erfolgen. Selbstverständlich lassen sich gruppenspezifische Lernimpulse hinzufügen und gegebenenfalls auch während späterer Gruppentreffen bearbeiten. Die Auseinandersetzung mit den Lernimpulsen erfordert ein hohes Maß an Eigeniniti-

ative und ist – bis auf Modul 6 – den Gruppen vorbehalten, die sich für die Variante 3 entschieden haben. Das SMTP sieht keine vorgefertigten Antworten auf die in den Lernimpulsen aufgeworfenen Fragen vor. Außerdem soll natürlich vermieden werden, dass Fragen bearbeitet werden, die niemand stellt. Die Abbildung 15 zeigt exemplarisch den Lernimpuls 9.2 aus dem „Handbuch SMTP". Dieser Lernimpuls bezieht sich auf das neunte Informationsblatt – es ist der zweite Lernimpuls zu diesem Thema.

Lerninmpulse 3

L-9.2: Frühwarnzeichen und unangemessene Besorgnis

↳ Im Buch „Bevor die Stimmen wiederkommen„ von Knuf & Gartelmann wird eine Patientin zitiert, die angibt, dass sie sich schon gar nicht mehr traut, ungewöhnliche Dinge zu tun weil sich gleich jemand anderes um sie Sorgen macht...

- Diskutieren Sie dieses Phänomen in der Gruppe.
- Welche Verhaltensstrategien gegen **unangemessene Besorgnis** – einmal aus der Sicht der Betroffenen, einmal aus der Sicht des Partners/Angehörigen – könnten hilfreich sein?

Abbildung 15: Beispiel für einen Lernimpuls

Teil 4 - HausAufgabenblätter[109]

Der Teil 4 enthält fünf HausAufgabenblätter zum Nachbereiten, Vorbereiten und Vertiefen der während der Module besprochenen Inhalte. Die Abbildung 16 illustriert, inwieweit die HausAufgabenblätter mit den Modulen verknüpft sind und im Prozess des SMTP zu einem individuellen Trainingsprogramm für jeden Teilnehmer führen. (Natürlich stehen die Hausaufgaben auch in einer logischen Verbindung zu den anderen Programmbestandteilen und –inhalten. Aus Gründen der besseren Übersichtlichkeit wurde in der Abbildung 16 auf diese Darstellung verzichtet.)

[109] Wegen der Abkürzung „HA" und um „ins Auge zu stechen" wurde bewusst diese Schreibweise für HausAufgabenblatt gewählt.

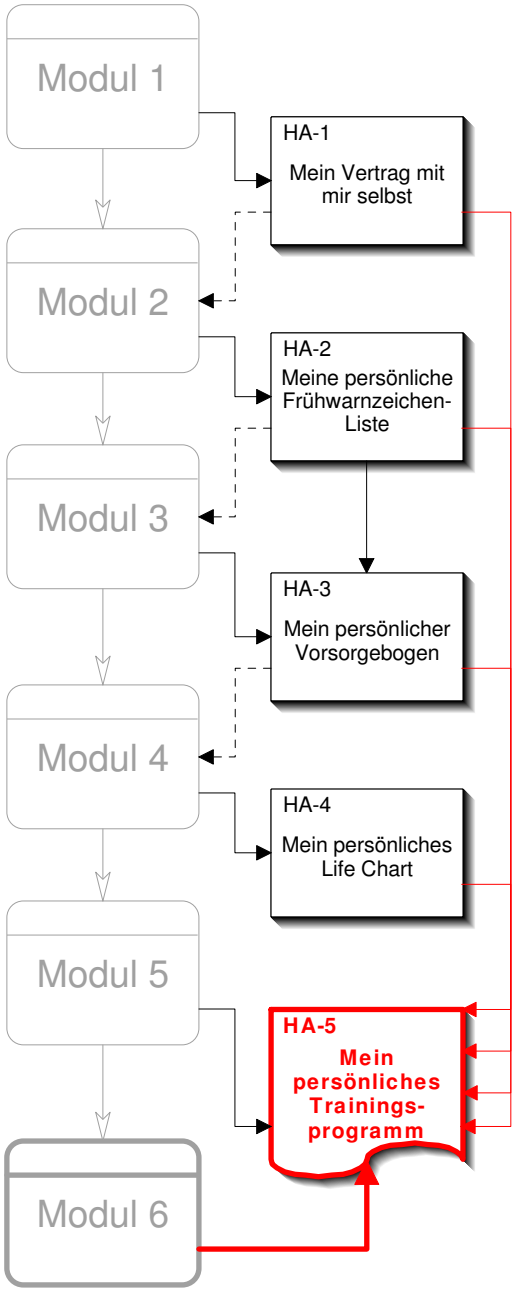


Abbildung 16: Module und HausAufgaben ergeben das persönliche Trainingsprogramm

Teil 5 – Handout und Folien

Sämtliche 47 zum Programm gehörenden Folien (vgl. Anlage „Handbuch SMTP“: Zubehör) sind „in Kleinformat“ für persönliche Notizen der Programmteilnehmer als Handout zusammengefasst (vgl. Anlage „Handbuch SMTP“; Teil 5: Handout).

Die Folien liegen einmal in gedruckter Form, zum anderen aber auch digital als PowerPoint-Präsentation auf der zum Programm gehörenden CD-ROM vor. In ihrer Gestaltung entsprechen sie den üblichen Anforderungen an das Layout dieses Mediums. Im Wesentlichen geben die Folien die komprimierten, reduzierten und akzentuierten Inhalte der

Informationsblätter wieder. Auf zusätzliche Finessen (wie z.B. eine benutzerdefinierte Animation) wurde aus didaktischen Gründen verzichtet.

Teil 6 - Anlage

Dieser Teil (A-1 bis A-14) beinhaltet diverse sonstige Materialien, die die Teilnehmer nutzen können und auf welche sie an den verschiedensten Stellen des Handbuches verwiesen werden. Dazu gehören beispielsweise eine Telefonliste, eine Anwesenheitsliste oder auch Formulare wie die zur Dokumentation des Tagesablaufs. Wie auch die anderen zum Handbuch gehörenden Teile stellen die hier zusammengestellten Formulare einen „Anfang" dar und können (und sollen) während der Selbsthilfegruppenarbeit nach und nach erweitert werden. Auch hier wurde bewusst auf einen „Wildwuchs" an allen möglichen denkbaren Materialien in diesem Programmteil verzichtet und die Auswahl auf die explizit im Programm entwickelten Themen limitiert.

Index und Glossar

Diese beiden Programmteile (vgl. Anlage „Handbuch SMTP"; Seite 118-125) erleichtern dem Leser das Zurechtfinden im Dokument. Neben den Kurzbeschreibungen auf den jeweiligen Seiten, auf welchen das betreffende Schlagwort erstmals vorkommt, können medizinische Fachbegriffe beziehungsweise programmspezifische Bezeichnungen jederzeit unkompliziert nachgeschlagen werden. Das Glossar enthält insgesamt 91 Begriffe, die je nach ihrem Stellenwert für dieses Programm - mehr oder weniger ausführlich - definiert werden und mit internen Querverweisen versehen sind.

Zubehör

Zum Zubehör des SMTP gehören (alphabetisch aufgelistet[110]):

- „Himmelhoch jauchzend zu Tode betrübt – Bipolare Erkrankungen". Ein audiovisuelles Lernprogramm. Videokassette. Lilly
- CD-Rom mit sämtlichen Handbuch-Inhalten und den Folien als Power-Point-Präsentation
- Elektronisches Tagebuch für Patienten mit bipolarer affektiver Störung – Die Life Chart Methode (Handbuch PLC/SRM[111])
- Folien

[110] Eine Auflistung in der „Reihenfolge des Auftretens" ist wegen der variantenreichen Gestaltungsmöglichkeit des Programms und der selbstorganisierten Vorgehensweise der Gruppen nicht sinnvoll.
[111] Mit diesem Handbuch handelt es sich um ein vorläufiges, noch weiter zu überarbeitendes Exemlpar.

- Fotomappe „Zukunft“ - 50 Bilder für die Arbeit mit Jugendlichen und Erwachsenen. Reformierte Medien Zürich. 2003
- Leverich G, Post R: Die LifeChart Methode. Herausgeber: DGBS e.V. (Deutsche Fassung: übersetzt von Schärer L.) 2002
- Ohm, D.: Stressfrei durch Progressive Relaxation, Trias-Relax-CD, Trias-Verlag, Stuttgart, 2001
- Zusatzfolien

Insgesamt 11 Zusatzfolien (vgl. Anlage 10) sind ein Angebot für Gruppen, die nach Variante 3 (vgl. Tabelle 11, Seite 92) vorgehen wollen. Methodische Hinweise, Lernimpulse oder auch die Informationsblätter verweisen auf dieses Arbeitsmittel.

Die anderen im Zubehör aufgelisteten Programmbestandteile werden im nächsten Abschnitt im Zusammenhang mit dem inhaltlichen Aufbau des SMTP angesprochen.

4.3.3 Der inhaltliche und organisatorische Aufbau

Natürlich lassen sich die methodische Konzeption, die Lernziele, die Inhalte und die Bedingungen nicht wirklich voneinander trennen. Dieses Kapitel beschreibt zusammengefasst den vor allem inhaltlichen und organisatorischen Aufbau des SMTP. Die Inhalte werden annähernd in der Reihenfolge dargestellt, wie sie die Teilnehmer aus Sicht der Modul-Titel und –Bausteine in der „Standard-Variante“ 2 durchlaufen. Da die Teilnehmer selbst steuern (vgl. Kap. 3.3.1, Seite 58), wie sie vorgehen wollen und sicher jede Gruppe andere Schwerpunkte setzt, können an dieser Stelle lediglich die Konzeption, nicht aber die „wirklichen“ Inhalte vorgestellt werden.

Jeder einzelne Teilschritt kann explizit dem „Handbuch SMTP“ in der Anlage entnommen werden. Die Inhalte wurden bereits in den vorangegangenen Kapiteln theoretisch dargestellt. Aus diesen Gründen beschränke ich mich hier auf eine knappe grundsätzliche Darstellung mit entsprechenden Querverweisen.

<u>Modul 1 - Einführung in das Programm und Absprachen zum organisatorischen Ablauf</u>

Die TeilnehmerInnen erhalten vom Gruppenleiter Informationen zur Entstehung sowie zum organisatorischen und inhaltlichen Ablauf des SMTP. Zur besseren Visualisierung werden die Folien 1-4 (vgl. Anlage 10 „Handbuch SMTP“; Teil 5: Handout) verwendet.

Als Einführung in die Thematik dient der Film „Himmelhoch jauchzend zu Tode betrübt[112]...“, der für Betroffene, Angehörige und medizinisches Personal produziert wurde. Anhand dieses audiovisuellen Lernprogramms (Videokassette bzw. DVD) werden grundlegende Kenntnisse zum Krankheitsbild der bipolaren Störungen vermittelt und an exemplarischen Patienten-Beispielen individuelle Erscheinungsformen aufgezeigt (vgl. Stimulierte Kommentierung, Seite *64*). Im Wesentlichen entspricht der Inhalt des Films auch den Inhalten der einzelnen Module des SMTP. Gruppen, die sich für Variante 2 und 3 entschieden haben, sehen zunächst nur die erste Hälfte, also etwa 30 Minuten (vgl. Anlage „Handbuch SMTP“; Teil 1: Methodik, Modul 1, Baustein 2). Im Anschluss an die Filmszenen hat die Gruppe Zeit, das Gesehene zu reflektieren und untereinander Erfahrungen auszutauschen.

Danach stellt der Gruppenleiter anhand der Folie 5 die Lerninhalte des zweiten Moduls vor. Die Teilnehmer beraten, wer zu welchen Inhalten beim nächsten Mal berichten kann und bereiten auf diese Weise gemeinsam das nächste Treffen vor. (Als organisatorische Hilfestellung kann die in Anlage 4 enthaltene Checkliste dienen - vgl. Anlage 9 „Handbuch SMTP“, S. 91). Als zusätzliche Hilfsmittel zur Vorbereitung von Modul 2 stehen für alle Gruppenmitglieder die Folien (6-17) sowie die Informationsblätter (1-8) zur Verfügung. Das ungefähre Zeitraster wissen die Teilnehmer entweder anhand der Kurzübersicht zu den Modulen oder sie orientieren sich am Stundenablauf für Modul 2 im Methodikteil des Handbuchs. Es folgen Organisatorisches und Terminabsprachen:

> *„Hinweis: Dokumentieren Sie Ihre Anwesenheit – und damit Teilnahme am Programm – anhand der Liste in Anlage 3.*
> *Hinweis: Beraten Sie in Ihrer Gruppe, ob es nicht sinnvoll ist, eine Telefonliste zu erstellen. Eine Vorlage hierfür finden Sie in der Anlage 2“*
> (vgl. Anlage „Handbuch SMTP“; Teil 1: Methodik, Modul 1, Baustein 6).

Bevor die Gruppe in einem Feedback-Spiel die erste Stunde des SMTP abschließt und jeder Teilnehmer seine Gedanken zum Ablauf und Inhalt des ersten Moduls äußert, verweist die Gruppenleiterin/der Gruppenleiter auf das erste HausAufgabenblatt (HA-1: Mein

---

[112] Diese vielmals im Zusammenhang mit dem Krankheitsbild gebrauchte Textpassage aus Goethes „Egmont“ (III. Akt) beschreibt eigentlich den emotionalen Zustand des Verliebtseins. Damit wird (streng genommen) das Leid und vor allem auch der Krankheitswert der bipolaren affektiven Störung recht unzureichend charakterisiert.

Freudvoll
Und leidvoll,
Gedankenvoll sein,
Hangen
Und bangen
in schwebender Pein,
Himmelhoch jauchzend,
zum Tode betrübt -
Glücklich allein
Ist die Seele, die liebt.

Vertrag mit mir selbst) im Teil 4 des SMTP. Die Gruppenmitglieder füllen dieses zu Hause aus und bringen es zum nächsten Mal mit.

Modul 2 - Krankheitsbild und Behandlung

Dieses Modul beginnt mit einer „Blitzlicht"-Runde, in der jeder Teilnehmer kurz zu den beiden Fragen:

> *„Wie erging es mir beim ersten Treffen?*
> *Was nehme ich mir für dieses Programm vor?"* (vgl. HausAufgabenblatt 1)

Stellung nimmt.

Anschließend berichten jeweils 1-2 Teilnehmer zu den Inhalten der Informationsblätter 1-5 bzw. referieren anhand der dazugehörenden Folien 6-15 zu den Themen:

> *Wer bekommt eine bipolare Erkrankung?*
>
> *Woran erkennt man dieses Krankheitsbild?*
>
> *Wie verläuft die Krankheit?*
>
> *Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?*
>
> *Was kann ich selbst gegen diese Krankheit tun?*

Welchen Themen Vorrang gegeben werden soll und wie detailliert einzelne Fragen besprochen werden, managen die Teilnehmer in Abhängigkeit ihres Bedarfs an Informationen bzw. Erfahrungsaustausch selbst.

> *„Es ist durchaus möglich, dass Sie ein Thema besonders interessiert und Sie dafür länger Zeit benötigen.*
> *Sprechen Sie sich ab, ob Sie diesem Thema auf Kosten der anderen Vorrang geben wollen oder es auf später „vertagen". (...)*
> *Dieses Selbstmanagement-Trainingsprogramm ist bewusst so konzipiert, dass auch noch nach den sechs Modulen Themen offen sind"* (vgl. Anlage „Handbuch SMTP"; Teil 1: Methodik, Modul 2, Baustein 4).

Das HausAufgabenblatt 2 "Meine persönliche Frühwarnzeichen-Liste" bereitet das Hauptthema von Modul 3 aber auch die weiteren Module 4-6 vor. Ausgehend von individuellen Frühwarnzeichen sollen später individuelle Stressoren und entsprechende Handlungspläne (Notfallpläne) erarbeitet werden.

Zur Vorbereitung des nächsten Treffens beraten die Teilnehmer, welche Unterthemen aus Modul 3 sie beim nächsten Treffen besprechen wollen, wer welche Materialien mitbringen

kann und wer was vorbereitet (vgl. Anlage „Handbuch SMTP“: Anlage 7). Selbstverständlich können auch andere Fragen gewählt (neue Lernimpulse konstruiert) werden.

Folgende Szene bildet den Abschluss:

> *„Die Gruppe sitzt im Kreis. Auf Tischen (oder dem Fußboden) werden - für alle gut sichtbar – ca. 20 Fotos aus der Fotomappe ausgelegt. Die Teilnehmer sehen sich diese Fotos kurz an und wählen sich jeder ein Foto aus. Im Anschluss teilt jeder den anderen seine Gedanken und Gefühle zu diesem Foto mit.*
> *Schildern Sie, wie es Ihnen jetzt geht, berichten Sie auch, wie Sie die heutige Sitzung erlebt haben.“*

<u>Modul 3 – Frühwarnzeichen und der Umgang mit ihnen</u>

Das Thema „Frühwarnzeichen (vgl. Kap. 3.2.1, Seite 35) und der Umgang mit ihnen“ verlangt von den Betroffenen ein gut entwickeltes Wahrnehmungsvermögen. In diesem Sinne setzt sich die Arbeit am eigenen Erleben, die Auseinandersetzung mit sich selbst und damit das Erfahren über die eigene Wahrnehmung mit dem Beginn dieses dritten Moduls fort. Analog der Abschluss-Szene von Modul 2 dienen Fotos aus der Fotomappe „Zukunft“ zum Einstieg in die Thematik. Die Teilnehmer äußern sich zu der Frage:

> *„Ich habe mir zum Thema Frühwarnzeichen dieses Bild herausgesucht, weil...“*

Im Anschluss informieren sich die Teilnehmer anhand des Informationsblattes 9 und der dazu gehörenden Folien 18-23 zur Thematik Frühwarnzeichen. Möglicherweise favorisiert die Gruppe nach vorangegangener Planung (während Modul 2) spezielle Unterthemen und beschäftigt sich mit selbst erstellten (Lehr-) Materialien.

Die folgende Übung vertieft die Lerninhalte:

> *„Tauschen Sie sich – am besten erst einmal zu zweit - aus, welche individuellen Frühwarnzeichen Sie in Ihre Liste (HausAufgabenblatt 2) aufgenommen haben.*
> *Gruppendiskussion:*
> *Warum ist es gerade in der Gruppe sinnvoll, diese Thematik zu besprechen?*
> *Was bringt es mir, wenn ich / meine Angehörigen oder andere vertraute Personen diese Frühwarnzeichen an mir kennen?*
> *Fassen Sie die Ergebnisse Ihrer Überlegungen nochmals zusammen“*
> (vgl. Anlage „Handbuch SMTP“; Teil 1: Methodik, Modul 3, Baustein 2+3).

Die Hausaufgabe (vgl. Anlage „Handbuch SMTP“: HausAufgabenblatt 3 und Anlage 9) beinhaltet einen nach Knuf & Gartelmann (1997) für das SMTP modifizierten Vorsorgebogen. Dieser soll helfen, mehr Klarheit über individuelle Frühwarnzeichen, eventuelle Einflussmöglichkeiten und Hilfen zu gewinnen. Auf diese Weise ist er ein Instrument zum

Selbstmanagement der Krankheit. Das HausAufgabenblatt 3 bereitet das Hauptthema von Modul 3 nach und gleichzeitig die kommenden Module vor.

Da nun bereits drei von sechs Modulen dieses Selbstmanagement- Trainingsprogramms absolviert wurden, bietet es sich an, Bilanz zu ziehen und auf diese Weise die Gruppentreffen zu optimieren:

> *„Zeit für eine Zwischenbilanz: Tauschen Sie sich in der Gruppe zum bisherigen Verlauf des Programms aus:*
> *Was gefällt mir?*
> *Was gefällt mir nicht?*
> *Welche Änderungsvorschläge kann ich einbringen?".*

Die Entspannungsmethode Progressive Relaxation[113] bildet den Schluss dieser Gruppenstunde. Mit Hilfe der zum Zubehör des SMTP gehörenden CD probieren die Teilnehmer die erste Übung „Entspannung der Arme". Die Progressive Relaxation soll – in erweiterter Form - auch am Ende von Modul 4, 5 und 6 eingeübt werden und somit einen Beitrag zum psychischen Wohlbefinden leisten.

Modul 4 - Palm-Life Chart und Alternativen

Nachdem während des letzten Moduls Zeit für eine Zwischenbilanz war, sollen gleich zu Beginn dieser Gruppenstunde gemeinsame Ziele definiert werden (vgl. Kap. 3.3.6, Seite 73):

> *„Tragen sie miteinander nochmals zusammen, was Sie für die weitere Gestaltung dieses Programms während der Zwischenbilanz in der letzten Stunde beschlossen haben"* (vgl. Anlage „Handbuch SMTP"; Teil 1: Methodik, Modul 4, Baustein 1+2)

Die Gruppe kommt auf die Hausaufgabe der letzten Gruppenstunde zurück. Persönliche Notizen sowie der (inzwischen ausgefüllte) Vorsorgebogen bieten die Grundlage, sich in der Gruppe auszutauschen.

Bevor es zum Hauptthema übergeht, überlegen sich die Gruppenmitglieder, in welcher Art und Weise Sie das heutige Thema bearbeiten wollen und wie viel Zeit sie für die Auseinandersetzung mit selbstgewählten Inhalten einplanen.

Anhand der Informationsblätter 11-13 und der dazu gehörenden Folien 28-34 informieren sich die Teilnehmer zur Palm-Life Chart-Methode (vgl. Kap. 3.2.2, Seite 38).

[113] Der theoretische Hintergrund zu diesem Entspannungsverfahren wird auf dem Informationsblatt 10 des SMTP (vgl. Anlage) ausführlich beschrieben.

„Nutzen Sie das HausAufgabenblatt 4 ("Mein persönliches Life Chart") und gegebenenfalls die Anlage 11-12 um über die Zeitspanne von (zunächst) einem Monat ein persönliches Tagebuch zu (...) Medikation, Stimmung, dem Schlaf usw. anzufertigen".

Mit dem Handbuch zur Life-Chart Methodik[114] (Zubehör des SMTP) haben die Patienten die Möglichkeit, sich vertieft mit dieser Materie zu beschäftigen.

Die zweite Entspannungsübung „Entspannung von Gesicht und Schultern" beendet das Modul 4.

Modul 5 - Stabilisation sozialer Rhythmen

Eine Blitzlicht-Runde zur Frage „Wie geht es mir heute?" eröffnet die fünfte Einheit des SMTP. Die folgende Übung stimmt die Teilnehmer auf das aktuelle Thema ein:

„Bilden sie Zweiergruppen und erzählen Sie sich gegenseitig Ihren Tagesablauf".

Anschließend lesen die Gruppenmitglieder die Informationsblätter 14-16 und tauschen sich untereinander zu den Inhalten dieser Seiten aus.

„Überlegen sie sich, ob die Methode „Soziale Rhythmus Metrik" möglicherweise ein Weg für Sie ist...".

Wie schon aus den vorangegangenen Modulen gewohnt, kommt die Gruppe auf die Hausaufgabe der letzten Gruppenstunde sowie nochmals auf den Vorsorgebogen (Anlage 9, HausAufgabenblatt 3) zu sprechen. Die nächste Hausaufgabe (HA-5: Mein persönliches Trainingsprogramm) verknüpft alle bisherigen Aufgaben und bietet den Betroffenen an, nach ihren Präferenzen zu entscheiden, wie sie weiter „trainieren" wollen (vgl. Kap. 3.2.5, Seite 51).

Zur Vorbereitung von Modul 6 beraten die TeilnehmerInnen, wer welche Inhalte moderieren kann. Als Hilfsmittel zur Vorbereitung von Modul 6 stehen die Folien 39-47, die Anlage 14 sowie das Informationsblatt 17 zur Verfügung.

Mit der „Entspannung des Leibes" schließen die Gruppenmitglieder das Modul 5 ab.

[114] Für die elektronische Version in Kombination mit der Sozialen Rhythmus Metrik enthält das Zubehör auch das Handbuch „Elektronisches Tagebuch für Patienten mit bipolarer affektiver Störung – Die Life Chart Methode" (Handbuch PLC/SRM).

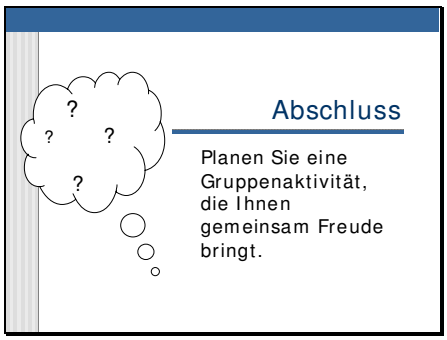
Modul 6 - Stressbewältigung / Abschluss des Programms

Obwohl der Ablauf dieser letzten Gruppenstunde des SMTP in bekannter Weise beginnt, unterscheidet es sich dennoch grundlegend von den vorherigen:

Zur Einführung in die Thematik „Stress“ wird wieder die Fotomappe verwendet. Auch das Lesen des Informationsblattes (17) sowie der anschließende Austausch zu den Inhalten ist den Teilnehmern des SMTP inzwischen vertraut. Die Moderation erfolgt, wie in der letzten Sitzung vorbereitet, durch einzelne Gruppenmitglieder.

Neu kommt hinzu, dass die Gruppe auf den Arbeitsblättern (A-14: Arbeitsblätter „Stress und Stressbewältigung“) mit Lernimpulsen konfrontiert wird. Diese Option wurde bisher vor allem den Gruppen, die Variante 3 (vgl. Tabelle 11: Stundenvarianten SMTP, Seite 92) gewählt haben, vorgeschlagen und erfordert ein hohes Maß an Eigeninitiative und Selbstlernkompetenz. Bevor sich die Gruppe zum Abschluss der vierten Übung „Entspannung der Beine, umfassende Entspannung“ zuwendet, soll eine gemeinsam in Angriff genommene Aktion den „offiziellen“ Teil des SMTP beenden:

Folie 47



... ein gemeinsames Essen?
... ein Ausflug?
... ?

Abbildung 17: Abschluss des Programms

„Glückwunsch!
Sie haben alle sechs Module dieses Selbstmanagement-Trainingsprogramms beendet. Ich wünsche Ihnen, dass Sie auch in der Zukunft aus diesem Programm ‚schöpfen’ können und es Ihnen eine Hilfe für den Umgang mit Ihrer Erkrankung aber auch für die Gestaltung Ihrer Gruppenstunden darstellt.“

4.4 Die Untersuchungsgruppe und der Ablauf des SMTP

4.4.1 Vorbemerkungen

Die Durchführung und damit Erprobung des SMTP in einer exemplarischen Untersuchungs- (Selbsthilfe) -gruppe hatte zum Ziel, die Wirksamkeit der Lernerfahrungen für die Teilnehmer sowie die Stärken und Schwächen der Konzeption aus vor allem qualitativer Sicht näher zu beleuchten. Auf dieser Basis können Korrekturen vorgenommen und das Programm weiterentwickelt werden. Schlussendlich wird auf Grund der Ergebnisse die Beantwortung der folgenden Ausgangsfragen (vgl. Seite 23) möglich:

> 2. Welche Anforderungen muss ein Selbstmanagement-Trainingsprogramm für Patienten in Selbsthilfegruppen mit bipolaren Störungen erfüllen?
>
> 3. Ist es machbar, dass Patienten eigenständig über einen Zeitraum von mehreren Wochen ein solches Selbstmanagement-Trainingsprogramm durchführen?
>
> 4. Mit welchem Erfolg kann dies geschehen?

Schon während der Phase der Telefoninterviews kam es zu mehr oder weniger intensiven Gesprächskontakten mit den jeweiligen Ansprechpartnern der befragten Selbsthilfegruppen. Gleich der erste Interviewpartner einer Selbsthilfegruppe aus Norddeutschland zeigte sich ausgesprochen engagiert und interessiert. Er bat spontan darum, das SMTP – wenn es dann soweit ist – in seiner Gruppe ausprobieren zu dürfen. Diese unvermittelte Bereitschaft, an dieser Studie mitzuwirken, erwies sich trotz der großen räumlichen Entfernung zur Albert-Ludwigs-Universität Freiburg aus verschiedenen Gründen als vorteilhaft: Im Gegensatz zu der in Freiburg etablierten Selbsthilfegruppe waren die Patienten nicht schon in andere Bipolar-Forschungsprojekte involviert und damit eventuell „vorbelastet“[115]. Unter den gegebenen Bedingungen wurde mit der oben beschriebenen methodischen Vorgehensweise die Untersuchungsgruppe gezielt ausgewählt.

Da sämtliche befragten Selbsthilfegruppen ihre Bereitschaft, am Projekt mitzuwirken, bekundet hatten (vgl. Einschlusskriterien, Seite 81) wäre theoretisch jede der 15 befragten Gruppen für dieses Experiment in Frage gekommen.

Ungefähr drei Monate vor Projektbeginn – das SMTP war zu dieser Zeit etwa zur Hälfte fertig gestellt – wurde ich von der Gruppe zu einem Treffen eingeladen und gebeten das Programm zu erläutern. Die Gruppe stellte viele Fragen[116] und brachte zusätzliche Tipps

[115] Zum Zeitpunkt der Studie absolvierten beispielsweise nicht wenige Freiburger Patienten Untersuchungsreihen zur Anwendung der elektronischen Life Chart Methode sowie zur Erprobung einer Palm-Version der Sozialen Rhythmus Metrik. Kurz zuvor wurde zusammen mit diesen Patienten der für das Projekt genutzte Film „Himmelhoch jauchzend...“ produziert.

[116] Eine Schlüsselfrage war z.B. die, wodurch sich das Konzept von Psychoedukation unterscheidet.

und Ideen[117] ein. Bei einem nächsten Treffen, einen Monat vor Start, wurde zwei Personen (dem Gruppenleiter und einem anderen Gruppenmitglied) das komplette Schulungsmaterial überreicht und nochmals die Vorgehensweise, das Ziel der schriftlichen Befragungen usw. miteinander besprochen. Alle Gruppenteilnehmer erhielten zwei Wochen vor Projektbeginn das Handbuch zum SMTP. Neben der Möglichkeit, dass sich jeder Teilnehmer frühzeitig mit dem Programm vertraut machen kann, sollte außerdem von Anfang an vermieden werden, dass der Gruppenleiter die gesamte Organisation und Verantwortung allein zu tragen hat. In der Praxis erwies sich dieser Wunsch als schwer zu realisieren: Der an der Einführung beteiligte Patient, aber auch ein anderes „tragendes" Gruppenmitglied, konnten nach Auskunft des Gruppenleiters krankheitsbedingt nicht am Programm teinehmen.

Wöchentliche Telefonate mit dem Gruppenleiter „begleiteten" die Erprobung des SMTP. Auf diese Art wurden Detailfragen besprochen, Alternativen überlegt und nicht zuletzt dem Gruppenleiter die Möglichkeit gegeben, von Erfolgen aber auch Misserfolgen zu berichten (vgl. Kap. 5.).

4.4.2 Die soziodemografischen Grunddaten der Untersuchungsgruppe

Dieses Kapitel beschreibt die konkrete Gruppensituation zu soziodemografischen und grundlegenden medizinischen Daten in der Untersuchungsgruppe. Die Daten wurden zum Zeitpunkt des Programmstarts anhand einer strukturierten standardisierten schriftlichen Befragung ermittelt. Da das für diese Untersuchung geeignete Messinstrument „Patient Questionaire Selfrating" (PQBP-S) der Stanley Foundation Bipolar Network ein sehr detaillierter, 87 Items umfassender Fragebogen ist, wurde dieser auf insgesamt 10 Fragen gekürzt und modifiziert (vgl. Anlage 4). Das Ziel dieser Befragung war, eine Gesamtübersicht zur Gruppenzusammensetzung in Bezug auf das Alter, die Geschlechterverteilung und die jeweilige familäre und berufliche Situation zu erfahren. Ausgehend von der Annahme, dass der Erfolg oder auch Nichterfolg dieses Selbstmanagement-Trainingsprogramms nicht unwesentlich vom Gesundheitszustand und damit auch der Belastbarkeit der Teilnehmer abhängt, wurden die Patienten außerdem gefragt, inwieweit sie sich zur Zeit durch ihre Erkrankung beeinträchtigt fühlen, wie häufig sie in ihrem Leben bereits krank waren und wie zufrieden sie mit ihrem Leben sind.

Acht Personen kamen zum ersten Gruppentreffen (Modul 1) und füllten die durch den Gruppenleiter verteilten Fragebögen vollständig aus.

[117] Durch Anregung einer Gruppenteilnehmerin entstand beispielsweise das Glossar am Ende des Handbuchs.

Alter, Geschlecht, kulturelle Herkunft

Das durchschnittliche Alter der Teilnehmer beträgt 46 Jahre (min = 35, max = 55). Die Gruppe setzt sich zum Zeitpunkt des Programmbeginns aus vier Männern und vier Frauen zusammen. Sämtliche Personen stammen aus Europa.

Familienstand, Wohnsituation, Schulbildung und berufliche Situation

Zwei von den acht Befragten gaben an, verheiratet zu sein. Eine Person lebt mit ihrem Partner zusammen, die anderen leben allein beziehungsweise sind geschieden, von ihrem Partner getrennt oder verwitwet (vgl. Abbildung 18). Entsprechend der familiären Situation zeigt sich auch die Wohnsituation der Gruppenteilnehmer: Drei Personen leben mit ihrem Ehegatten bzw. Partner in einer Wohnung, die anderen allein (vgl. Abbildung 19).

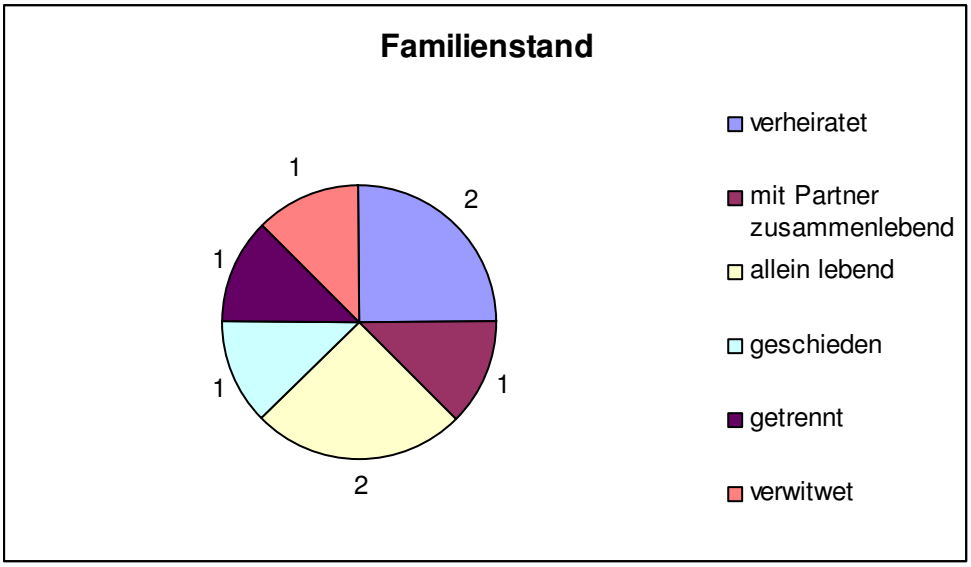


Abbildung 18: Familienstand der Gruppenteilnehmer

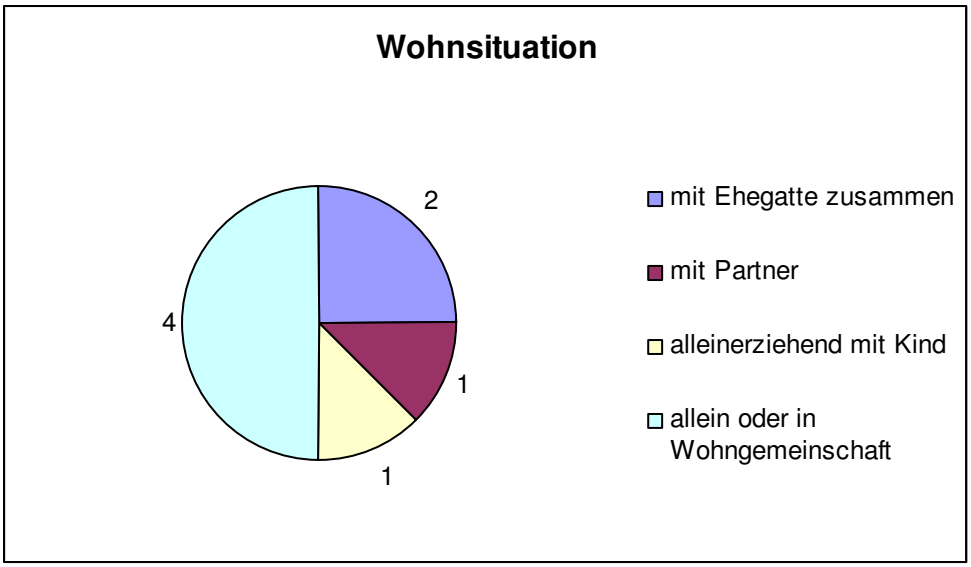


Abbildung 19: Wohnsituation der Gruppenteilnehmer

Auch die Frage nach der Schulbildung offenbarte eine recht heterogen Gruppenkonstellation: Die eine Hälfte der Gruppe verfügt über einen Universitätsabschluss, die andere Hälfte weist Abschlüsse an der Fachhochschule, einer Lehre, der Mittleren Reife oder einen Hauptschulabschluss vor (vgl. Abbildung 20). Jeweils eine Person in der Gruppe ist vollzeitbeschäftigt, arbeitslos und teilzeitbeschäftigt, nimmt an einem zeitlich befristeten Rehabilitationsprogramm teil oder geht neben ihrer Berentung einer ehrenamtlichen Beschäftigung nach. Drei Gruppenmitglieder gaben an, berentet zu sein (vgl. Abbildung 21).

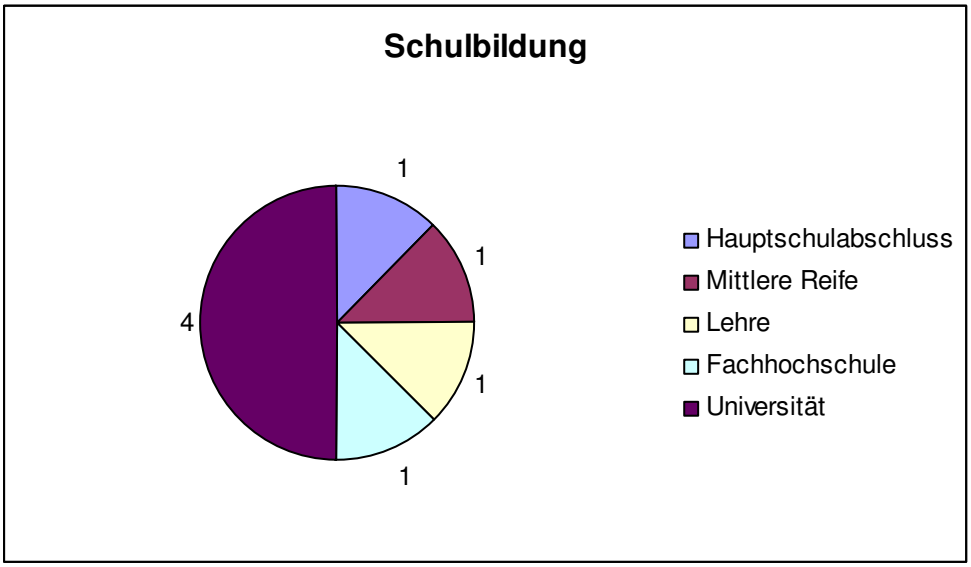


Abbildung 20: Schulbildung der Gruppenteilnehmer

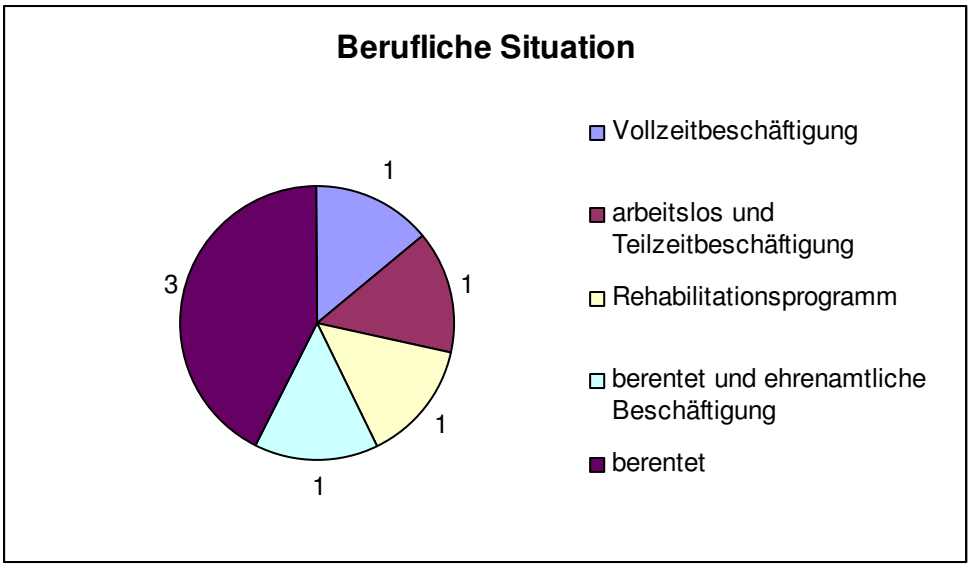


Abbildung 21: Berufliche Situation der Gruppenteilnehmer

Alle Gruppenteilnehmer sind gesetzlich krankenversichert und/oder beziehen eine Berufsunfähigkeitsrente.

Da es sich bei den Probanden um Patienten mit mehr oder weniger häufig wechselnden Stimmungsschwankungen handelt und die Krankheitsphasen von Manie und Depression vermutlich einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Ergebnisse dieser Untersuchung haben, wurden zur zuverlässigeren Beschreibung der Gruppe zusätzlich subjektive Aussagen der Teilnehmer zu ihrem Gesundheitszustand erhoben.

Momentaner Gesundheitszustand und Häufigkeit von Krankheitsepisoden sowie Hospitalisationen

Die Datenauswertung brachte das Ergebnis, dass sich zum Zeitpunkt des Programmstarts wesentlich mehr Teilnehmer durch Depression beeinträchtigt fühlten, als durch Manie (vgl. Abbildung 22). Zwei Befragte (Teilnehmer 3 und 8) gaben an, drei bzw. zwei Stimmungsumschwünge am Tag zu haben. Zwei Programmteilnehmer (5 und 7) schätzten ihre Stimmung ausgeglichen ein. Zum zweiten Befragungszeitpunkt am Ende des Programms (sechs Wochen später) ging es den Gruppenteilnehmern insgesamt besser. Nur noch zwei der ursprünglich acht Teilnehmer wiesen leichte Symptome auf. Ein neuntes Gruppenmitglied, welches ab Modul 2 am SMTP teilnahm, gab ebenfalls leichte Symptome von Manie und Depression an (vgl. Abbildung 22).

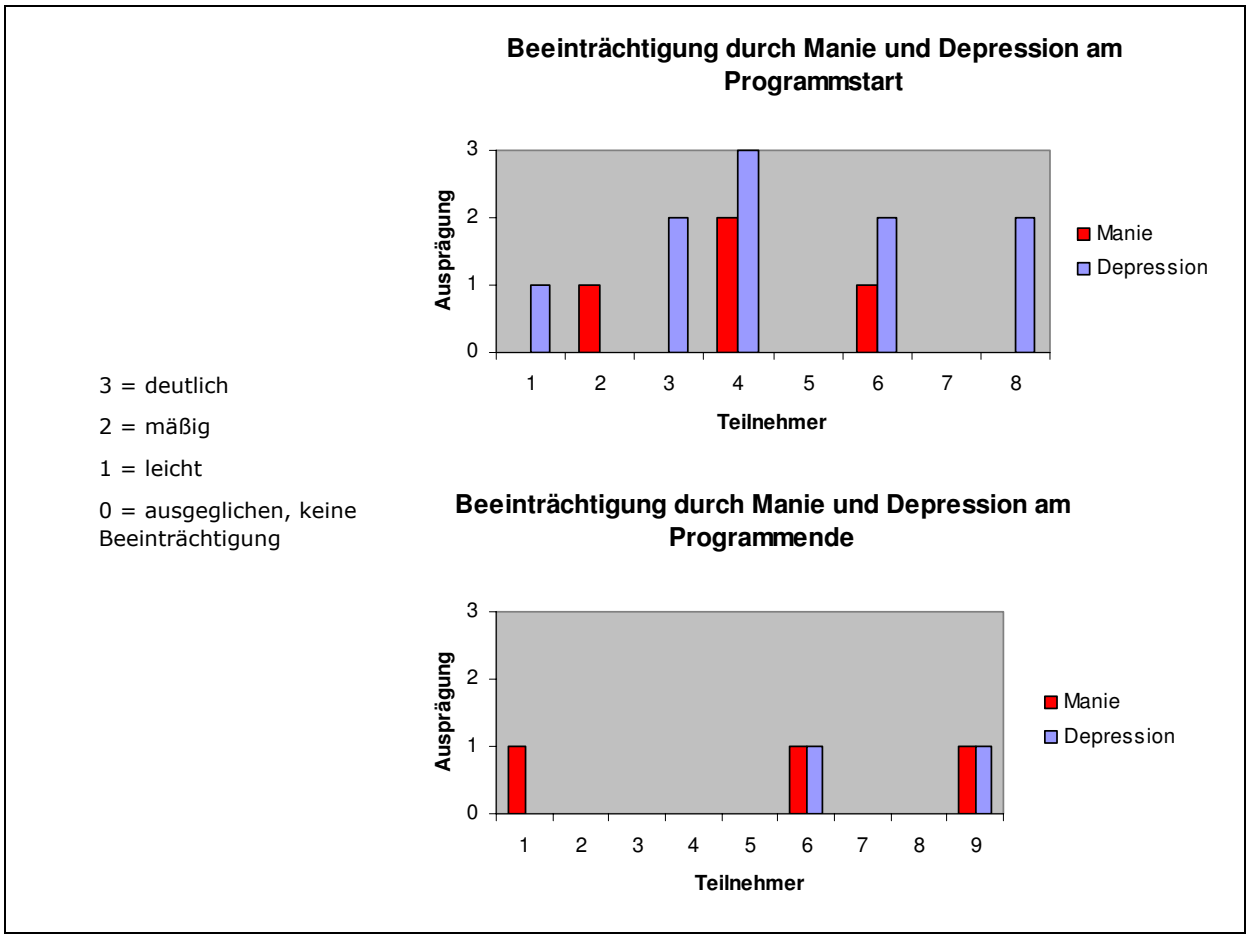


Abbildung 22: Beeinträchtigung der Gruppenteilnehmer durch Manie/Depression

Die Abbildung 23 verdeutlicht, in welcher Anzahl die einzelnen Gruppenteilnehmer in ihrem Leben bereits manische und/oder depressive Krankheitsepisoden durchlitten haben und diese mit Klinikaufenthalten verbunden waren. Lediglich zwei Teilnehmer (3 und 6) waren noch nicht in stationärer Behandlung, drei der acht Patienten erlitten in ihrem Leben bereits mehr als 20 manische und depressive Episoden.

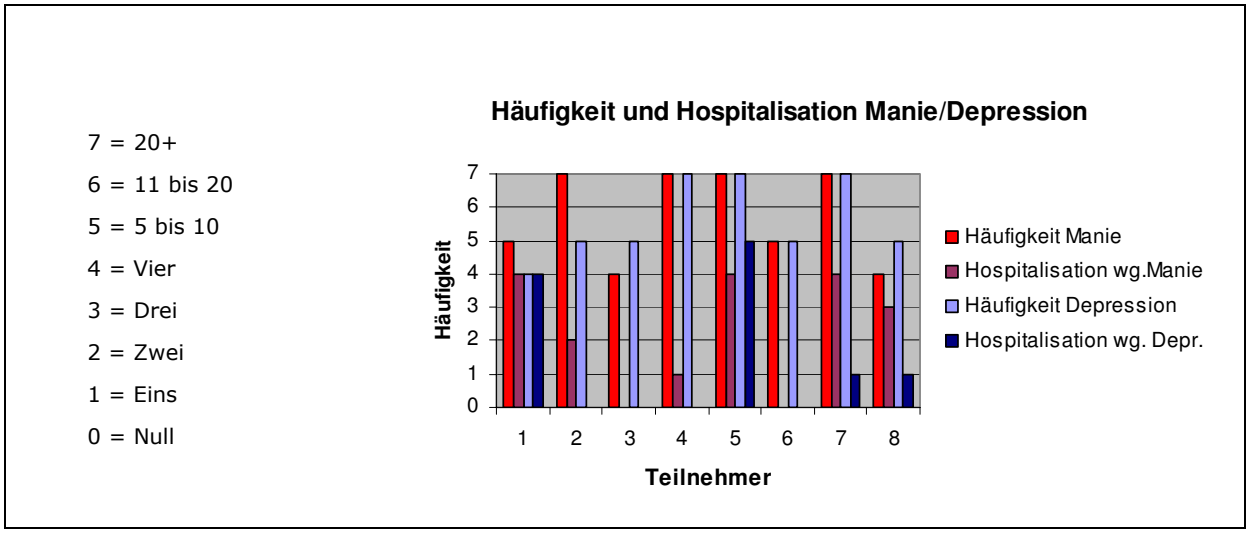


Abbildung 23: Häufigkeit und Hospitalisation Manie/Depression während des Lebens

Lebenszufriedenheit[118]

Betrachtet man die Lebenszufriedenheit der Gruppenmitglieder in gesunden und kranken Tagen ist auffällig, dass sich fünf von acht Befragten während einer Manie zufriedener fühlen als in gesunden Zeiten. Alle fünf geben sogar den höchst möglichen Ausprägungsgrad „sehr zufrieden“ an. Bis auf einen Patienten, der seine Zufriedenheit mit dem Leben als „neutral“ in der Depression bewertet, fühlen sich alle anderen in diesem Zustand „unzufrieden“ bzw. (sechs von sieben) „sehr unzufrieden“ (vgl. Abbildung 24).

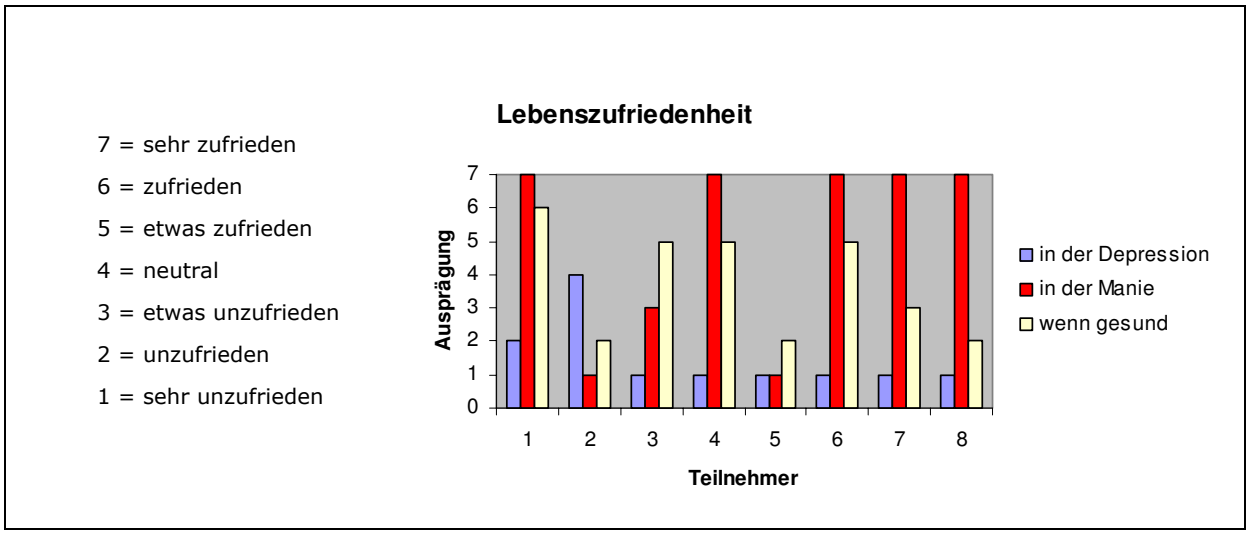


Abbildung 24: Lebenszufriedenheit in gesunden und kranken Zeiten

Die Hälfte der Gruppe schätzt ihre Lebenszufriedenheit in gesunden Zeiten besser als „neutral“ ein, die anderen vier schlechter.

[118] vgl. auch „Lebensqualität“, Kap. 2.4, S. 34

4.4.3 Die Evaluation des SMTP in der Untersuchungsgruppe

Um Fragen zu den Anforderungen, zur Machbarkeit aber auch zum Erfolg dieses Selbstmanagement-Trainingsprogramms (vgl. Problemstellung, S. 23) – weitgehend aus pädagogischem Blickwinkel – zu beantworten, wurden die am Ende neun Gruppenteilnehmer unmittelbar nachdem sie das letzte Modul absolviert hatten, standardisiert schriftlich befragt.

Hierfür verteilte ihnen der Gruppenleiter den insgesamt 12 Items umfassenden „Feedback-Fragebogen zum SMTP" (vgl. Anlage 5). Dieser speziell für diese Studie erarbeitete Fragebogen wurde nach einem Feedback-Fragebogen für schizophrene Patienten von Schaub (In: Bäuml & Pitschel-Walz 2003) modifiziert. Schaub nutzt diesen Fragebogen für die rückblickende Evaluation bewältigungsorientierter Psychoedukationsgruppen. Da unser Messinstrument aber auch krankheitsbedingt hemmende Einflussfaktoren erfassen sollte, wurden zudem Faktoren ermittelt, die aus Sicht der Betroffenen zu Schwierigkeiten in der Teilnahme am Programm führten. Als Vorlage für diesen Fragenkomplex diente der für das Selbstrating bestimmte LIFE FUNCTIONING QUESTIONAIRE (LFQ), ein Fragebogen für die Bewertung der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit manisch depressiv Erkrankter[119].

Zusammenfassend sollten folgende Schlüsselfragen beantwortet werden:

- Momentane Beeinträchtigung durch die Erkrankung und Teilhabeschwierigkeiten wegen der Erkrankung
- Größe des Aufwandes für die Durchführung des SMTP
- Bewertung der Themenauswahl und Bewertung der Bestandteile des SMTP
- Persönlicher Nutzen und Nutzen für die Gruppe
- Gefühl in der Gruppe
- Positive und negative Aspekte des Programms / Verbesserungsvorschläge

<u>Momentane Beeinträchtigung durch die Erkrankung und Teilhabeschwierigkeiten wegen der Erkrankung</u>

Wie bereits im Kapitel 4.4.2 (vgl. Abb. 21, Seite 111) beschrieben, ging es den Gruppenteilnehmern – im Vergleich zum ersten Messzeitpunkt – gesundheitlich besser. Lediglich ein Teilnehmer gab an, dass Stimmungsschwankungen und körperliche Symptome (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten, verschwommene Sicht, Müdigkeit) bei ihm zu Schwierigkeiten in der Programmteilnahme geführt hatten. Faktoren wie Medikamentennebenwir-

[119] Weitere Literatur: Notter (1991) und Landwehr et al. (2003)

kungen oder Angst, eine neue Episode auszulösen, spielten in der Untersuchungsgruppe keine Rolle.

Aufwand

Bei dieser Frage wurden die Teilnehmer gebeten, auf einem vierstufigen Ordinalskalenniveau einzuschätzen, wie groß der Aufwand für die Durchführung des SMTP für sie war. Zwei Gruppenteilnehmer (darunter der Gruppenleiter) empfanden den Aufwand „groß", die anderen sieben „gering".

Bewertung der Themenauswahl und Bewertung der Bestandteile des SMTP

Einen besonders hohen Stellenwert mit der Bewertung „sehr interessant" hatte für sechs der neun Befragten die Thematik „Frühwarnzeichen" (Modul 3). Als „wenig interessant" stuften fünf Teilnehmer die Inhalte von Modul 4 – die Auseinandersetzung mit der Methode „Palm Life Chart" ein. Vier Teilnehmer fanden dieses Thema „interessant". Auch die Themen „Krankheitsbild und Behandlung", die Auseinandersetzung mit den Themen „Soziale Rhythmen" sowie „Sress und Stressbewältigung" war für die meisten „interessant" bis „sehr interessant" (vgl. Abbildung 25). Nach Einschätzung der Teilnehmer enthielt das Programm keine Inhalte, die die Gruppe als „nicht interessant" bewertete.

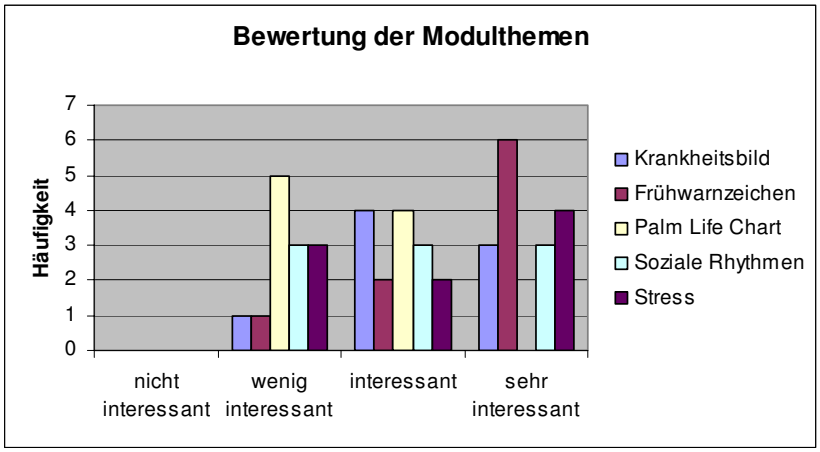


Abbildung 25: Bewertung der Modulthemen durch die Teilnehmer

Ein Teilnehmer hob die jeweiligen Blitzlichtrunden am Beginn eines Moduls als „sehr interessant" hervor. Als weitere „interessant(e)" Programminhalte benannten die Teilnehmer die Bedeutung der Familie und des sozialen Umfeldes sowie die im Programm enthaltenen Literaturtipps und Adressen.

Wie die Abbildung 26 illustriert, empfanden die Gruppenteilnehmer alle Programmbestandteile – bis auf die Hausaufgaben – als hilfreiche Materialien für die Programmdurchführung. Ein Drittel der Befragten schätzte die Folien und die im Teil 6 enthaltenen Anlagen als „sehr hilfreich“ ein. Ein Teilnehmer erwähnte das Glossar als „sehr hilfreich“.

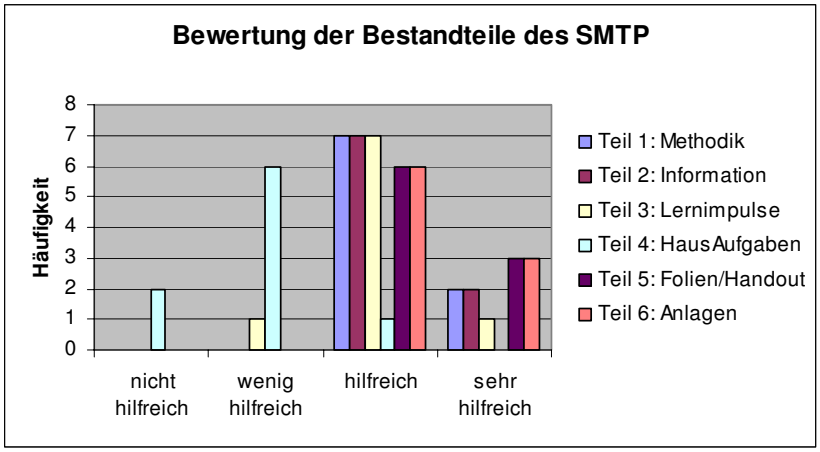


Abbildung 26: Bewertung der Bestandteile des SMTP durch die Teilnehmer

Persönlicher Nutzen und Nutzen für die Gruppe

Die Mehrzahl der Gruppenmitglieder schätzt ein, dass sowohl sie persönlich als auch die Gruppe „stark“ vom SMTP profitieren konnte. Dabei wurde der Wert für die Gruppe höher beurteilt als der persönliche Nutzen (vgl. Abbildung 27).

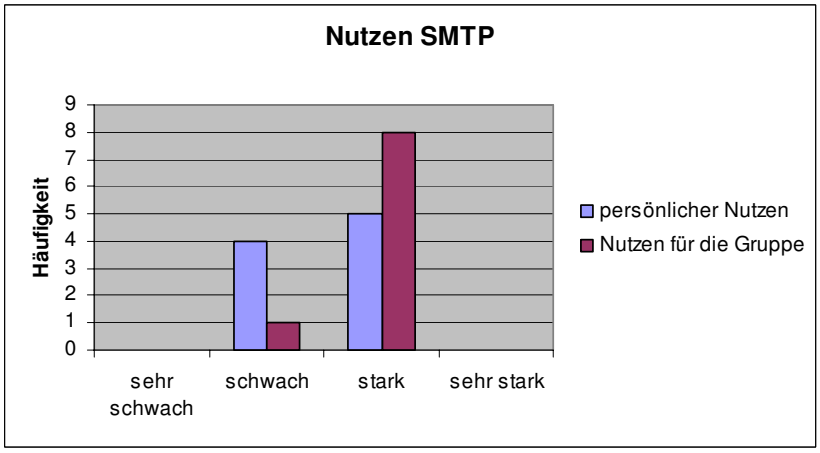


Abbildung 27: Nutzen des SMTP

Die folgenden Aussagen der Teilnehmer begründen, warum sie vom Programm profitieren konnten:

„Das Wesentliche der Erkrankung und meine Strategien zur Bewältigung wurden nochmals bekräftigt."

„Durch die Bestandteile des SMTP hatte ich die Möglichkeit zum Selbststudium (Informationsblätter, Lernimpulse, Zubehör)."

„Durch die Gruppenarbeit -Zusammenarbeit- habe ich viele Zusammenhänge erkannt."

„fundierte Fachkenntnisse"

„Die Krankheit wurde mir bewusster, durchsichtiger, Hilfe zur Vermeidung neuer Phasen"

Den Nutzen für die Selbsthilfegruppe erklärten die Teilnehmer anhand folgender Aussagen:

„Durch Austausch von Erfahrungen und unterschiedliche Bewältigungsstrategien bzw. Umgangsmuster"

„gemeinsames Basiswissen erarbeiten, ähnliches Niveau herstellen"

„noch tiefere Krankheitseinsicht"

„Festigung der ganzen Gruppe"

„Weil wir zusammen kamen und sich jeder beteiligt hat, lernte jeder etwas dazu."

„Die konzentrierte Arbeit förderte das Gruppengefühl und eine Bewusstheit für die Krankheit. Mein Selbstbewußtsein und das der Gruppe wurde gefördert."

„Die wesentlichen Merkmale der Erkrankung zu studieren, kann nicht schaden."

Gefühl in der Gruppe

Die in der Tabelle 12 dargestellte Häufigigkeitsverteilung widerspiegelt das Gefühl, das die einzelnen Gruppenteilnehmer „meistens“ empfanden. Danach herrschte während des Programms ein entspanntes Gruppenklima, indem sich die Teilnehmer mehr ausgeglichen und nicht beunruhigt fühlten. Die Mehrzahl der Betroffenen nahm „sehr aufmerksam“ teil und fühlte sich weder über- noch unterfordert. Sechs von neun Betroffenen fühlten sich durch das Selbstmanagement-Trainingsprogramm eher „bestärkt“.

Tabelle 12: Gefühl in der Gruppe

(n=9; die fett gedruckte Zahl repräsentiert den Modalwert)

	sehr	etwas	weder noch	etwas	sehr	
entspannt	2	**4**		3		**angespannt**
ausgeglichen	2	**6**	1			**beunruhigt**
abwesend		2		2	**5**	**aufmerksam**
unterfordert	1	3	**4**	1		**überfordert**
bestärkt	2	**4**	3			**verunsichert**
beruhigt	2	**4**	3			**beunruhigt**

Auch die Verteilung in der Rubrik „Inwieweit hatten Sie den Eindruck, dass Sie Ihre Erfahrungen in die Gruppe einbringen konnten?“ zeugt von einer Gruppenatmosphäre, in der alle Gruppenteilnehmer zu Wort kamen und die Gelegenheit für den Austausch in der Gruppe gegeben war.

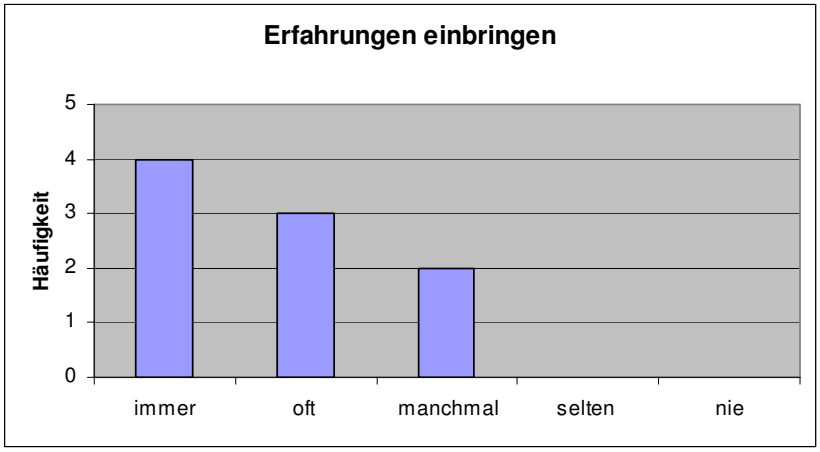


Abbildung 28: Möglichkeit der Gruppenteilnehmer ihre Erfahrungen einzubringen

Fünf der neun Teilnehmer würden das SMTP „vielleicht“, vier „ganz bestimmt“ anderen Selbsthilfegruppen weiterempfehlen. Die Antwortmöglichkeiten, das Programm nicht bzw. „auf gar keinen Fall“ weiterzuempfehlen, wurden nicht angekreuzt.

Positive und negative Aspekte des Programms / Verbesserungsvorschläge

Die Antworten auf die offen konstruierten Fragen, was den Teilnehmern am Programm gefallen hat, was ihnen nicht gefallen hat und welche Verbesserungsvorschläge sie einbringen können, werden in der Tabelle 13 aufgelistet.

Tabelle 13: Programmkritik

Was hat Ihnen an diesem Programm gefallen?
„Fülle an Materialien, Lernimpulse usw. Die grafische Gestaltung hat mir besonders gefallen.“
„Film, Fotomappe“
„klare Struktur“
„mediale Gestaltung“
„gutes Fachwissen“
„Systematischer Aufbau mit Handlungsanleitung“
„Gruppengefühl“
„Erfahrungsaustausch in der Gruppe wurde angeregt“
„Das Programm ist eine zusätzliche Möglichkeit, seinen Wissensstand etwas aufzufrischen.“

Was hat Ihnen an diesem nicht Programm gefallen?
„zu kompliziert“
„vieles Blättern war umständlich“ (zweimal genannt)
„Für einen erfahrenen m.-d. Erkrankten war mir das Niveau zu niedrig.“
„unübersichtliche Mappe“

Verbesserungsvorschläge
„Die Materialien sollten für jedes Modul zusammengefasst werden“ (dreimal genannt)
„Man könnte das ganze Programm noch mehr zusammenfassen.“

4.5 Die Vorbereitung der Verbreitung des SMTP

Wie schon an mehreren Stellen in dieser Arbeit beschrieben, soll das „Selbstmanagement-Trainingsprogramm für Menschen in Selbsthilfegruppen mit bipolaren Störungen“ zum einen weiterentwickelt, zum anderen interessierten Selbsthilfegruppen zugänglich und damit verbreitet werden. Dieses Ziel wurde bereits zu Beginn der Konzeption berücksichtigt und die Vorraussetzungen für die Umsetzung geschaffen. Eine erste Information für potenzielle Anwender ergab sich automatisch während der Interviewphase im Rahmen der Entwicklung des Programms (vgl. Anlage 1 „Interviewleitfaden“). Schon nach den ersten Telefonaten stellte sich heraus, dass die Selbsthilfegruppen untereinander Kontakt aufgenommen hatten und bereits über dieses Forschungsprojekt informiert waren (vgl. „Informing“, Tabelle 6, Seite 77).

Ende März 2004 fand in Freiburg die Tagung „Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“ statt. Eine Posterpräsentation anlässlich dieses vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) finanzierten Förderschwerpunktes machte das Projekt erstmals auch dem professionellen Fachpublikum bekannt (vgl. Anlage 7: „Poster BMGS“).

Kurz bevor im Juni 2004 über die DGBS ein bundesweites „Netzwerk für Selbsthilfegruppen bipolar Erkrankter“ ins Leben gerufen wurde, hatte ich die Chance, Patienten, die in diesem Netzwerk engagiert sind, ausführlicher zum SMTP zu informieren. Dies geschah - wie auch schon in der Untersuchungsgruppe – über eine Einladung zu einem Selbsthilfegruppentreffen.

Eine weitere Veröffentlichung anlässlich der 4. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V., am 09. September 2004 in Hamburg, konnte den Kreis der Interessierten erheblich erweitern. Neben Betroffenen, Angehörigen, Ärzten und Therapeuten wurden während dieses Kongresses weitere Vertreter von Selbsthilfegruppen über das SMTP informiert (vgl. Anlage 8: „Poster DGBS“). Die Anlage 6 „Beispiel für Verbreitung“ zeigt, in welcher Form Betroffene – hier z.B. per E-Mail – auf die Publikationen reagieren.

Der Projektantrag für die Finanzierung der bundesweiten Einführung des Programms erfolgt voraussichtlich nach Abschluss und Publikation dieser Untersuchung. Auch ein Internetauftritt und die Weiterentwicklung der Konzeption in einem interdisziplinären Team aus Patienten und Professionellen (Selbsthilfegruppenleiter, Mediziner, Psychologe, Medizinpädagoge) sind geplant (weiter dazu vgl. Kap. 5.5: Ausblick).

5. Diskussion und Schlussfolgerungen

5.1 Zur Entwicklung des SMTP

5.1.1 Vorbemerkungen

Patienten (Versicherte, Bürger) wurden in den letzten Jahren von der Politik, Leistungserbringern und Leistungsträgern als wichtige neue Einflussgröße für die Neugestaltung des Gesundheitswesens entdeckt. Der finanzielle Druck auf soziale Sicherungssysteme wächst, diese Entwicklung führt zwangsläufig dazu, dass die Eigenverantwortung des Patienten im Hinblick auf gesundheitsbewusste Lebensführung, individuelle Eigenversorgung und Kostenbewusstsein gestärkt werden müssen. Formulierungen wie: der „Patient als Koproduzent seiner Gesundheit", der „Patient als Kunde" oder auch der „Patient als Experte in eigener Sache" umschreiben eine neue Rolle des Patienten als Nutzer des Gesundheitswesens (Dierks et al. 2001, S. 12; Treichel 2003, S. 135). Erst in den letzten 30 Jahren vollzog sich ein Wertewandel vom Paternalismus zur Betonung der individuellen Autonomie[120] auf Seite der Betroffenen.

Treichel (2003, S. 131ff.) fordert in ihrem Artikel „Kommunikation mit Selbsthilfegruppierungen am Beispiel der „Disease-Management-Programme" dass *„die Selbsthilfe (...) durch ihr Feedback endlich bei der Weiterentwicklung der Programme eingebunden* werden (muss)." Wie aber lässt sich dieser Anspruch im Spannungsfeld zwischen den unterschiedlichen Interessen professioneller Akteure, paternalistischer Traditionen im Gesundheitswesen und einer entsprechenden Sozialisation von Patienten sinnvoll umsetzen?

Konkrete Selbstmanagementprogramme - durchgeführt von Patienten – scheint es bisher in strukturierter und evaluierter Form nicht zu geben. In dieser Hinsicht kann das in dieser Arbeit vorgestellte SMTP als Paradigmenwechsel, als einen bedeutenden Schritt in Richtung praktiziertes Empowerment (vgl. Kap. 3.2.5) Psychiatrie-Betroffener, betrachtet werden.

Die besondere Herausforderung dieser Arbeit bestand darin, dass weder für die inhaltliche Zusammenstellung noch für die Konzeption der methodisch-didaktischen Gestaltung geeignete Vorlagen oder etabliertes Schulungsmaterial (für die Anwendung durch Patienten) existierten. Ausgangspunkt dieses Forschungsprojektes war die Idee der „Manic Depression Fellowship". Harris et al. (2000) beschreiben die erfolgreiche Umsetzung eines Selbstmanagementschulungsprogramms durch Betroffene in Großbritannien (vgl. Kap. 1.2.2, Seite 14). Nach vorliegendem Kenntnisstand gibt es im deutschsprachigen Raum keine vergleichbaren Programme.

Exemplarisch wurde ein Selbstmanagementprogramm entwickelt, das Betroffenen in Selbsthilfegruppen ein Experten-unabhängiges Agieren erlaubt und eine umfangreiche

[120] Der Begriff „Autonomie" wird in der Arbeit an verschiedenen Stellen aufgegriffen (vgl. z.B. Kap. 3.3.5 und Kap. 4.3.1).

Auswahl an selbstgewählten Lerninhalten und -zielen eröffnet. Diese Konzeption verlangt von den Anwendern aber auch ein hohes Maß an (Selbstlern-) Kompetenzen. Jeder Einzelne aber auch die Gruppe als „in sich geschlossene Einheit“ trägt zum Erfolg oder auch Nichterfolg eines solchen Projektes bei. Eine für die Entwicklung des Programms nicht unwichtige Frage war die, ob sich die in Kapitel 3 beschriebene „Lerntheorie“ ohne weiteres auf Patienten (die u. a. auch Psychopharmaka einnehmen müssen) übertragen lässt. Ich habe versucht, diese Bedenken immer wieder aufzugreifen (vgl. z.B. Kap. 3.3.4, Seite 68) und nicht Probleme der Vermittlung zu Grunde gelegt, sondern die Förderung (und Beachtung) eines lernfreundlichen Kontextes. Vor allem gruppendynamische Gesetzmäßigkeiten wurden in den Vordergrund gestellt.

Das SMTP legt einen besonderen Wert auf die salutogenetische Perspektive (vgl. Kap. 3.2.4, S. 48ff.). Wie in den meisten industrialisierten Ländern dominiert auch in der Bundesrepublik Deutschland deutlich der kurative Bereich. Somit bestimmt die kurative Sichtweise auch weitgehend die Lehrinhalte, das Profil und die Struktur von Institutionen des Gesundheitswesens. Effektive Gesundheitsförderung setzt Selbstbestimmung, Emanzipation und Persönlichkeitsentfaltung des Individuums voraus. Sie gelingt dann am besten, wenn sie in das soziale, ökologische und infrastrukturelle Umweltgeschehen eingebettet ist. Auch die Selbsthilfe wird heute als ein Eckpfeiler für gesundheitsfördernde Maßnahmen betrachtet[121]. Mit dem SMTP wird ein Angebot unterbreitet, das über Therapie hinausgeht und es Betroffenen in „gesunden“ Zeiten ermöglicht, Krisen vorzubeugen, mit den Belastungen des Alltags zurecht zu kommen und sich durch den Austausch mit anderen Unterstützung und Rat zu holen. Es füllt somit eine Lücke, die „fremdgesteuerte“ psychoedukative Behandlungsprogramme nicht abdecken können. Wie in Kapitel 4.2.1 beschrieben, wiesen die Mitglieder aus 11 von 15 interviewten bipolaren Selbsthilfegruppen bereits (vor allem „psychoedukative“) Schulungserfahrungen auf. Dennoch besteht bei den Betroffenen der Wunsch nach einem Modell, das eine *„Ergänzung zu den klinikinternen stationären Angeboten“* darstellt und *„auf bisherige Kenntnisse“* aufzubauen vermag (vgl. Tabelle 10, S. 86).

5.1.2 Curriculum - ja oder nein?

Braucht das Selbstmanagement bipolarer Störungen in Selbsthilfegruppen ein Curriculum?

Viele Autoren publizierter Patientenschulungsprogramme betonen, dass sie für ihre Zielgruppe ein speziell entwickeltes Curriculum zu Grunde legen. Auch wenn es durchaus Parallelen gibt, verwende ich in dieser Arbeit für die Entwicklung des Selbstmanagement-Trainingsprogramms absichtlich nicht diesen Begriff. Das heute der Curriculumentwick-

[121] vgl. auch: http://www.weltgesundheitstag.de/2001/Themen/salu.html (19.12.04)

lung zugrunde liegende Konzept wurde in den sechziger Jahren im Wesentlichen von dem Erziehungswissenschaftler Robinsohn vom Berliner Max-Planck-Institut für Bildungsforschung entwickelt. Grundsätzlich müssen Curricula danach erstens an den zukünftigen Lebenssituationen und Arbeitsanforderungen der Lernenden und zweitens an den zu deren Bewältigung erforderlichen Qualifikationen orientiert sein (Microsoft 2001). Auch das Selbstmanagement-Trainingsprogramm muss auf die Bedürfnisse der Anwender ausgerichtet sein sowie Ziele, Inhalte und Methoden für die Gestaltung der Gruppenstunden beschreiben. Allerdings lassen sich für eine unbestimmte Zahl an Selbsthilfegruppen mit Patienten unterschiedlicher Altersgruppen, unterschiedlicher Vorbildung und sozialer Herkunft (etc.) unmöglich die Lernvoraussetzungen genügend klären. Somit sind, mit Blick auf die Ausgangsbedingungen aber auch auf das Ergebnis, weder empirische Daten vorhanden noch Standards möglich. Wie in Kapitel 3.3.1 (S. 58) beschrieben, fördert gerade eine offene Lernumgebung sowie die Gewährleistung von Autonomie das selbstgesteuerte Lernen. Wäre es da nicht ein Widerspruch, man würde den Betroffenen einen „Lehrplan" - oder wie Klieme (2004, S. 12) es nennt – eine *„traditionelle Ausbreitung von Inhaltslisten in stoffdidaktischer bzw. fachsystematischer Gliederung"* offerieren?

Darüber hinaus werden im Curriculum auch die Art und Anzahl der Erfolgskontrollen (Tests, Klausuren und mündliche Prüfungen) niedergelegt sowie in den meisten Ländern auch das Unterrichtsmaterial und die Lehrbücher. Der Erfolg des SMTP lässt sich auf verschiedene Weise evaluieren (vgl. Kapitel 4.4.1, Seite 107), in Form von Tests, Klausuren oder Prüfungen aber sehr wahrscheinlich nicht in angemessener und von den Betroffenen akzeptierter Art. Was eine Selbsthilfegruppe an „Unterrichtsmaterial" beziehungsweise „Lehrbüchern" verwenden möchte, ist ebenso wie die Lernziele eine sehr gruppenspezifische Frage und von verschiedensten Faktoren (Möglichkeiten, Trends, Vorwissen usw.) abhängig. Die Konzeption dieses Selbstmanagement-Trainingsprogramms bietet ein breit gefächertes, für die Nutzer unkompliziert zugängliches Angebot mit Wahlmöglichkeiten.

Zusammengefasst verlangt die methodisch-didaktische Gestaltung des SMTP durchaus einen Rahmen. Es muss aber ein Rahmen sein, in dem sich die Anwender unterstützt fühlen, der konstruktive Vorschläge enthält und die kommunikativen Ressourcen der Selbsthilfe als Basis nutzt. Nach Fischer (2003) müssen Lernanforderungen transparent, plausibel und entwicklungsoffen sein, um akzeptiert zu werden.

Funktionale, zum Selbstmanagement der Krankheit motivierende und somit handlungsanregende Inhalte bestimmen den Charakter dieses Programms. Lernvorgänge sollen aus der Perspektive der Lernenden, d. h. aus der Perspektive der Aneignungsseite, entwickelt und gestaltet werden (Schicke et al. 2003). Lebensrelevantes Wissen kann nicht ausschließlich in curricularen Strukturen vermittelt werden sondern stellt an die Lernenden auch die Anforderung, sich spezifische Lerninhalte situations- und biographiebezogen selbst zu erschließen und diese im Alltag umzusetzen.

Die Teilnehmer lernen für ihr Leben[122]. Den Weg müssen die Betroffenen selbst finden, sinnvoll ist es, ihn gemeinsam zu beschreiten.

5.1.3 Zu den Inhalten des Handbuchs

Als wichtigstes Arbeitsmaterial für die Planung und Gestaltung der einzelnen Module und Programmbausteine dient (neben dem Zubehör) das „Handbuch Selbstmanagement-Trainingsprogramm für Menschen in Selbsthilfegruppen mit bipolaren Störungen“ (Anlage 9). Auf Wunsch der Patienten habe ich es nicht – wie heute weit verbreitet – „Manual“ genannt, sondern es bei der für alle Anwender verständlichen deutschen Bezeichnung belassen. Wenn dieses Handbuch in Bezug auf inhaltliche Details analysiert wird, gibt es sicher noch diverse Themen (aber auch didaktische Möglichkeiten), um welche sich das SMTP erweitern ließe. So werden beispielsweise rechtliche Belange oder das Training von Interaktions- und Kommunikationsfertigkeiten lediglich peripher berührt. Das Gleiche trifft für das Einbeziehen von Angehörigen zu. Zum einen lässt sich in ein aus sechs Modulen à 90 Minuten bestehendes Programm nur eine Auswahl an Themen unterbringen. Zum anderen stellt sich die Frage, inwieweit komplexe Themen (wie bspw. ein Kommunikationstraining) ohne professionell geschulte Personen verwirklicht werden können. Um der Gefahr zu entgehen, vielschichtigere Fragen zu „banalisieren“, bin ich mit heiklen Aspekten (z.B. auch dem Thema „Suizid“) sehr zurückhaltend umgegangen.

Das Programm wurde für die Zielgruppe „Selbsthilfegruppe bipolar Betroffener“ entwickelt und spricht somit auch primär die Patienten an. Denkbar und sinnvoll wäre sicher auch die Ausweitung der Konzeption für den Kreis der Angehörigen dieser Betroffenen.

5.1.4 Selbstmanagement versus Therapie

Kurz nachdem das mit dieser Arbeit entwickelte Programm fertiggestellt war, veröffentlichten Wagner & Bräuning (2004) ein Therapieprogramm in 12 Sitzungen à 60 Minuten für dieselbe Indikationsgruppe. Ein entscheidender Unterschied zu dem hier vorliegenden Entwurf besteht darin, dass es sich bei diesem psychoedukativen Manual um eine Arbeitsgrundlage handelt, die sich *„vorrangig an Psychiater und Psychotherapeuten, sowie an Psychologen mit klinischem Arbeitsschwerpunkt, aber auch an alle anderen Berufsgruppen, die in psychiatrischen Einrichtungen tätig sind“* richtet. Unser Selbstmanagement-Trainingsprogramm ist für die Anwendung (und Weiterentwicklung) durch Betroffene in Selbsthilfegruppen konzipiert. Das Therapiemanual von Wagner & Bräunig bezieht sich hingegen auf den Zeitraum einer stationären oder ambulanten Behandlung.

[122] In moderner pädagogischer Literatur wird diesbezüglich zunehmend von „life skills“ oder „Life skill-Training“ gesprochen. Gemeint sind beispielsweise an Schulen stattfindende Suchtpräventionsprogramme gegen Zigaretten- und/oder Alkoholmissbrauch.

Wagner & Bräunig (2004) definieren den Begriff Psychoedukation als eine Schulung „bezogen auf psychische Erkrankungen“ und als eine „psychotherapeutische Methode“. Bei vielen Gemeinsamkeiten von Zielen der Psychoedukation und Zielen, die das SMTP erfüllen soll, gibt es aber auch entscheidende Unterschiede:

So deklarieren Wagner & Bräunig (2004, S. 158) als erstes Ziel die *„Informationsvermittlung über die Erkrankung (Entstehung, Verlauf, Behandlungsmöglichkeiten)“*. Diesen Inhalten widmen sich auch Modul 1 und 2 des SMTP. Wie auch schon an anderer Stelle erwähnt (Kapitel 3), orientiert sich die didaktische Struktur des SMTP allerdings immer primär an den Bedürfnissen der Anwenderseite. Der „Informationsvermittlung“ durch einen externen Dozenten steht z.B. die „Informationsaneignung“ durch die Gruppenmitglieder „selbst“ gegenüber. In welchem Umfang und auf welche Art sich die Teilnehmer des SMTP mit diesen Fragen beschäftigen wollen, ist mehr oder weniger offen und unterliegt der Entscheidung der Gruppenmitglieder (weiterführend dazu unter „SMTP und Psychoedukation“, S. 132). Das SMTP geht davon aus, dass ein Mensch auch selbstständig lernen kann, ohne dass ein Dozent ständig beteiligt ist. Das setzt Eigenverantwortung und interaktive Problemlösungsprozesse in der Gruppe voraus (Moust et al. 1999).

Selbstverständlich sind in psychiatrischen Populationen reine Patientenratgeber und Selbsthilfemanuale kein Ersatz für Therapie, können aber unterstützend zur Anwendung kommen. Empirisch sind Möglichkeiten, Grenzen und Wirksamkeit des Einsatzes von Ratgebern innerhalb der Therapie nicht untersucht. Ihre Nützlichkeit wird – mit Einschränkungen in Bezug auf die Zielsetzung – als unbestritten angesehen (Freyberger & Stieglitz 1996, vgl. Kap. 1.2.1, S. 14).

Exkurs: Zu den computer-technischen Anforderungen

Der Prototyp des Handbuches zum SMTP wurde mit dem Textverarbeitungsprogramm Word (Microsoft®) erstellt, weil dieses auf mehreren mir zu Verfügung stehenden Rechnern lizenziert installiert war. Fehlende technische Möglichkeiten von Word wurden dabei in Kauf genommen.

Bei der computerunterstützten Dokumentenerstellung unterscheidet man dokumentenorientiertes, eher strukturiertes Arbeiten (textintensiv) und seitenorientiertes, eher kreatives layout- und grafikintensives Arbeiten.

Das Handbuch entspricht dem zweiten Typ. Je größer das Dokument wurde, je mehr Pixel- und Vektorgrafiken sowie Excel-Tabellen hinzukamen und je anspruchsvoller meine Bedürfnisse an die Gestaltungsmöglichkeiten mit Word wurden, desto offensichtlicher wurden auch die technischen Einschränkungen dieser Software. Das elektronische Dokument wurde immer größer und damit auch zunehmend instabil.

Nicht selten kam es vor, dass es innerhalb des Dokumentes zu nicht dokumentierten Verknüpfungsschwierigkeiten mit den per OLE (object linking embedding) eingefügten MS Excel-Tabellen und anderen Objekten kam. Wenn die Tabellen (vgl. z.B. Anlage „Handbuch SMTP"; Teil 1: Methodik) dann einmal erfolgreich verknüpft waren, hieß das aber nicht, dass die gleiche Tabelle beim nächsten Öffnen der Datei auch wieder an der gleichen Stelle zu finden war...

Für ein wirkliches Buch wäre (auch um die Papiermenge und das Gewicht zu reduzieren) das Bedrucken von Vorder- und Rückseite ideal (vollduplex). Da es immer wieder zu Problemen mit der hierfür notwendigen spiegelbildlichen Anordnung der Kopf- und Fußzeilen kam, wurde auf diese Möglichkeit verzichtet.

Die verfügbaren Farbdrucker ließen einen Randlosdruck nicht zu, was jedoch kompensiert wurde, indem die Anwender Handbücher erhielten, die am oberen Blattrand und an der Seite so zurechtgeschnitten wurden, dass die für die bessere Orientierung gewünschte Farbranderkennung sichtbar wurde.

Zusammengefasst ließe sich am Entwurf des in MS Word erstellten Handbuches (mit den entsprechenden finanziellen und technischen Möglichkeiten) noch einiges verbessern. Bei der Erstellung und Pflege von größeren, strukturierten Dokumenten mit vielen Text- Bild-Kombinationen sollten dann DTP-Systeme (desktop publishing systems) eingesetzt werden, die sich auch im Buch- und Zeitschriftendruck bewährt haben. Sie kommen der häufigsten Anforderung in der Praxis nach hoher Flexibilität bei der Kombination von strukturiertem und seitenorientiertem, kreativem Arbeiten entgegen.

Entscheidendes Manko von Word gegenüber professionellen DTP-Systemen ist der fehlerhafte und systemstabilitätsgefährdende Umgang mit großen Dateien. Eine „Stückelung" des Dokumentes zu Filialdokumenten und deren Zusammenfassung in Zentraldo-

kumenten habe ich ausprobiert, erwies sich aber bei zunehmender Seitenzahl der jeweiligen Kapitel als technisch unausgereift und musste verworfen werden. Die fehlende Möglichkeit, Kapitel- und Abschnittsüberschriften automatisch in Kopfzeilen eines wechselseitigen Layouts einfließen zu lassen, könnte mit einer Profisoftware ebenfalls umgangen werden (z.B. FrameMaker® von Adobe©).

Auch darf man bei reinen Textverarbeitungsprogrammen wie MS Word keine allzu hohen Ansprüche an Typografie und Grafik stellen oder einen professionellen Vier- oder Mehrfarbdruck vorbereiten wollen. Word arbeitet z.B. ausschließlich mit RGB[123]-Farben (Husinsky 2003). Die in den von mir verwendeten Grafikprogrammen (u.a. PaintShopPro® und CorelDraw®) vorherrschenden Farbsysteme (u.a. HKS[124], Pantone®, CMYK[125]) sind dazu nur bedingt kompatibel. Ebenso waren z.B. Transparenz-Effekte aus PNG-Bildern (portable network graphic) in Word nicht nutzbar.

[123] Abkürzung für red, green, blue

[124] Abkürzung für Hostmann-Steinberg Druckfarben, ein Warenzeichen der grafischen Industrie; Der HKS-Farbfächer beinhaltet 120 so genannte Volltonfarben, deren Sinn die vorhersagbare Wiederholbarkeit und Kommunikation bestimmter Farbnuancen in der Industrie ist (http://www.lexikonia.de/278823_hks_farbfaecher.htm, 20.12.04).

[125] Abkürzung für die Farben cyan, magenta, yellow und key

5.2 Zur Durchführung des SMTP in der Untersuchungsgruppe

Obwohl schon die Interviews offenbarten, dass die Betroffenen sehr interessiert sind, ihre Krankheit auf der Basis eines strukturierten Programms in der Selbsthilfegruppe selber zu managen, gab es auch klare Bedenken (vgl. Seite 87). Die von den Patienten geäußerten Aspekte, die die Umsetzung eines SMTP schwierig werden lassen könnten, erwiesen sich in der Tat als nicht von der Hand zu weisen. Regelmäßige Telefonate mit dem Gruppenleiter bestätigten, dass die Organisation und Gestaltung der Treffen (wie auch bei den sonstigen Treffen der Gruppe) nicht unwesentlich vom Engagement und Geschick dieser Person abhingen. Auch wenn die Bereitstellung von Materialien (z.B. das Besorgen eines Tageslichtprojektors) von anderen Gruppenmitgliedern übernommen wurde, hatte der Gruppenleiter nicht selten das Gefühl, einen großen Teil der Verantwortung allein zu tragen.

Die vorliegende Untersuchung gewährleistet keinen Forschungsstandard, der kontrollierte empirische Analysen von Wirkfaktoren zu bieten vermag. Vielmehr handelt es sich um ein experimentell ausgerichtetes Studiendesign, umrahmt von qualitativen Erhebungen im Sinne einer Feasibility-Studie. Dieses im Ganzen pragmatisch angelegte Protokoll hat zur Folge, dass (positive oder negative) Alltagsbedingungen im Leben der Betroffenen Einfluss auf die Untersuchung haben, die sich unter „Laborbedingungen“ sicher reliabler erfassen ließen. Andererseits wird gerade die *„alltägliche Lebenssituation der Patienten (...) oft nicht ausreichend berücksichtigt“* (Bengel et al. 1998, S. 578).

Auffällig ist das erfreuliche Resultat, dass es den Gruppenteilnehmern zum zweiten Befragungszeitpunkt am Ende des Programms besser ging. Nur noch zwei der ursprünglich acht Teilnehmer wiesen leichte Symptome auf (vgl. Abbildung 22, Seite 111).

Die Betroffenen der Untersuchungsgruppe haben das in dieser Arbeit entwickelte SMTP mit erfolgversprechendem Resultat umgesetzt und verwirklicht. Die Teilnehmer haben somit den Beweis erbracht, dass ein Selbstmanagementprogramm – durchgeführt von Patienten für Patienten – machbar ist.

Jede Selbsthilfegruppe funktioniert anders. Wie die Auswertung der Interviews aber auch die soziodemografischen Grunddaten der Untersuchungsgruppe aufdeckten, ist die Heterogenität enorm. Die Patienten sind nicht – wie in klinischen Studien - nach Erkrankungssubtypen klassifiziert. Ob und mit welchen Resultaten sich dieses Programm in anderen Gruppen umsetzen lassen wird, ist schwer vorhersagbar. Da es sich um ausgesprochen multifaktorielle Prozesse handelt, ist der Nachweis von förderlichen bzw. hemmenden Einflussgrößen durch erhebliche forschungsmethodische Probleme erschwert.

Im Kap. 3.3.2 (Seite 62ff.) wird erläutert, welche Voraussetzungen gegeben sein müssen, um selbstreguliert lernen zu können:

Nicht zuletzt ist es notwendig, entscheiden zu können, in welchen Problemfällen des Lernens Fremdunterstützung angefordert werden sollte.

Der Gruppenleiter hatte den Wunsch, nach jedem Modul telefonisch vom Ablauf zu berichten und Fragen für das jeweils nächste Modul zu besprechen. Gerade auch diese „ungezwungenen“ und natürlich nicht standardisierten Telefongespräche brachten viele sekundäre, aufschlussreiche Erkenntnisse zu Tage, deren ausführliche Beschreibung über die eigentliche Forschungsfrage hinausgehen würde und welche mit dem vorliegenden Studiendesign nicht explizit untersucht wurden. So berichtete der Gruppenleiter beispielsweise, dass sich die Gruppe mit zunächst zwei Gruppentreffen pro Woche (das erste am Montagabend für das SMTP, das zweite am Freitagabend routinemäßig) zu viel zugemutet hatte. Nach dem dritten Modul ging die Gruppe wieder zu einem Treffen pro Woche – also vorübergehend ausschließlich dem SMTP - über. Die gleichbleibend hohe Teilnehmerzahl (immer 8-10 Teilnehmer) zeugt von einer prinzipiell hohen Motivation und Bereitschaft, dieses SMTP als eine Chance zum Selbstmanagement der Krankheit zu nutzen.

5.3 Zu den Ergebnissen der Evaluation des SMTP

5.3.1 Das Studiendesign

Ein ebenso erstaunliches – wie auch erfreuliches - Ergebnis lieferte die Tatsache, dass es den Gruppenteilnehmern am Programmende gesundheitlich besser ging, als zu Programmstart. Inwieweit dieses Resultat zufällig entstand, mit der Intervention „SMTP“ in Zusammenhang steht oder anderen Einflüssen zuzuschreiben ist, kann mit diesem Studiendesign ohne eine Kontrollgruppe und ohne eine längerfristige Verlaufsbeobachtung nicht beantwortet werden.

Auch wenn das Selbstmanagement-Trainingsprogramm für die Anwender unter anderem zum Ziel hatte, das Wissen über das Krankheitsbild zu vertiefen, lässt die Untersuchung keine Aussagen darüber zu, inwieweit sich (objektivierbar) das reproduzierbare Faktenwissen bei den Teilnehmern tatsächlich verändert hat. Hierfür bräuchte es ein quantitativ ausgerichtetes „Vorher-Nachher“ Studiendesign, bei welchem diese Frage spezifisch untersucht würde.

Schnaitmann (1996, S. 140) fasst im Diskurs um die verschiedenen Argumentationen zur Analyse subjektiver Lernkonzepte zusammen: *„Quantitativen Verfahren wird eine mangelnde Relevanz und damit unzureichende Inhaltsvalidität ihrer Ergebnisse vorgeworfen, qualitative Methoden werden wegen ihrer beschränkten Reliabilität angegriffen.“* An Verfahren zur Erforschung von Lernstrategien nennt Schnaitmann (1996, S. 134) unter an-

deren *Interviews über die Bewältigung spezifischer Lernaufgaben* und die *schriftliche Befragung im Anschluss an reale Lernsituationen*.

Um eine praktikable Methode zur Evaluation des SMTP anzuwenden und zum anderen allen Teilnehmern die gleichen Möglichkeiten zur Reflexion ihres Erlebens zu bieten, entschied ich mich für die schriftliche Befragung (vgl. Kap. 4.4.3, S. 114). Da die Teilnehmer der untersuchten Gruppe immer am Montag- bzw. Freitagabend ihre Selbsthilfegruppentreffen – und auch das SMTP – absolvier(t)en, erschienen mir anschließende Einzelinterviews mit einem für alle Beteiligten unzumutbar großen Organisations- und Zeitaufwand verbunden.[126] Eine weitere mögliche Evaluationsmethode wäre sicher auch eine Gruppendiskussion im Anschluss an das Programm gewesen. Die standardisierte schriftliche Befragung hat den Nachteil, dass zu Details nicht „nachgehakt" werden kann und eben „nur" standardisiert befragt wird.

So wird auch in dieser Arbeit ersichtlich, dass mit jeder gefundenen Antwort auf die ursprüngliche Forschungsfrage neue Hypothesen entstehen.

5.3.2 Die Themenwahl

Die Auswertung der Themenwahl lässt den Schluss zu, dass die verschiedenen Modulinhalte für ein SMTP gut geeignet sind und die Teilnehmer mit dieser Auswahl zufrieden waren. Einen besonders hohen Stellenwert mit der Bewertung „sehr interessant" hatte für sechs der neun Befragten die Thematik „Frühwarnzeichen" (Modul 3). Als „wenig interessant" stuften hingegen fünf (der neun) Teilnehmer die Inhalte von Modul 4 – die Auseinandersetzung mit der Methode „Palm Life Chart" ein. Es ist zu bedenken, dass auch ein autonomer Patient nicht über das wissenschaftliche Verständnis verfügen kann, das ein naturwissenschaftlich ausgebildeter Mediziner während seines Studiums und der Berufsausübung erworben hat. Der Patient kann von seinen Erfahrungen und auf der Basis seiner kognitiven Fähigkeiten reflektieren. (Dierks et al. 2001) merken in diesem Zusammenhang an, dass das „Nichtbefolgen ärztlicher Anweisungen" statt als Fehlverhalten des Patienten auch als Indikator dafür betrachtet werden könnte, dass es dem Arzt oder Therapeuten nicht gelungen sei, den Patienten aktiv in den Behandlungsprozess einzubeziehen. Im übertragenen Sinn scheint es (mir oder der Gruppe) mit dem Modul „PLC" nicht befriedigend gelungen zu sein, den Zusammenhang zwischen Frühwarnzeichen, der Life Chart Methode und dem Selbstmanagement der Krankheit herzustellen.

[126] Die Teilnehmer der Untersuchungsgruppe wohnen in Norddeutschland, etwa 800 Kilometer von meinem Wohnort entfernt. Zum Zeitpunkt der Studie absolvierten nicht wenige Freiburger Patienten Untersuchungsreihen zur Anwendung der elektronischen Life Chart Methode sowie zur Erprobung einer Palm-Version der Sozialen Rhythmus Metrik. Kurz zuvor wurde zusammen mit diesen Patienten der für das Projekt genutzte Film „Himmelhoch jauchzend..." produziert. Aus diesem Grund wollte ich Patienten für die Studie rekrutieren, die nicht schon in ähnliche Projekte involviert und damit in irgendeiner Form „vorbelastet" waren.

5.3.3 Die „äußere" Gestaltung

Anregungen und Bemerkungen zu Verbesserungsvorschlägen für das Programm bezogen sich hauptsächlich auf dessen äußere methodische Gestaltung. Die Teilnehmer schätzten die Handbuchteile (Methodik, Information, Lernimpulse etc.) als hilfreiche Materialien. Eine Ausnahme bildeten die Hausaufgaben. Warum diese nicht als hilfreich erachtet wurden, ließe sich eventuell in einer Gruppendiskussion erfahren (vgl. Kap. 5.3.1). Durch Gespräche mit dem Gruppenleiter erfuhr ich, dass die Teilnehmer am Ende eines Moduls oft zu müde waren, die Zeit knapp wurde und bei der intensiven Beschäftigung mit den Inhalten des Programms am ehesten Abstriche bei den Hausaufgaben gemacht wurden. Vorstellbar ist auch eine eventuell „negative" Assoziation mit diesem Wort.

5.3.4 Der Nutzen

Ein überraschendes - aber durchaus nicht negativ zu bewertendes - Resultat ist die Beurteilung des SMTP in Bezug auf seinen Nutzen für den einzelnen Teilnehmer und für die Gruppe (vgl. Abb. 26, Seite 116). Legt man Aussagen wie:

„Die wesentlichen Merkmale der Erkrankung zu studieren, kann nicht schaden."

als förderlich für die Gruppe zu Grunde, wird klar, dass sich „persönlicher Nutzen" und der „für die Gruppe" nicht so leicht trennen lassen. Wenn man die Erklärungen der Gruppenteilnehmer hierzu analysiert, eröffnet sich, dass Antworten, die den Nutzen für die Gruppe untermauern auch gleichzeitig Antworten sind, die auf die Einzelperson wirken (können).

Als einen sicher nicht zu unterschätzenden Faktor in Anbetracht des erfolgreichen Programmablaufs betrachte ich das offensichtlich positive, konstruktive Gruppenklima. Auch (drei) Aussagen wie „In der Gruppe fühlte ich mich meistens etwas angespannt." interpretiere ich als normale gruppendynamische Prozesse und kann sie nachvollziehen, wenn ich andererseits berücksichtige, dass sich mitunter Teilnehmer unterfordert fühlten oder das Programm „zu kompliziert" empfanden.

Die Antworten auf die Frage „Würden Sie dieses Programm anderen Selbsthilfegruppen weiterempfehlen?" wurde grundsätzlich optimistisch eingeschätzt. Hinter der (fünfmal) angekreuzten Option „vielleicht" sehe ich eine Unsicherheit auf Seiten der Probanden, deren mutmaßliche Begründung zwar facettenreich erfolgen könnte, die allerdings einen recht spekulativen Charakter hätte.

5.4 Das SMTP in Bezug zu häufig erwähnten Konzepten

5.4.1 Vorbemerkungen

Im Rahmen dieser Dissertation wird an verschiedensten Stellen die Nähe aber auch die Abgrenzung des SMTP zu diversen Konzepten (Begriffen, Trends) in der Medizin bzw. im Gesundheitswesen überhaupt erwähnt (vgl. z.B. Kap. 3.1 und 3.2). Die folgenden Abschnitte sollen den Stellenwert dieses Selbstmanagement-Trainingsprogramms im Kontext ausgesuchter Konzepte erörtern. Das SMTP versteht sich als ein Modellprojekt der Selbsthilfe. Die allen zu Grunde liegende verbindende Philosophie der nachfolgend aufgegriffenen Konzepte ist die, das Selbstbewusstsein, die Stärke und das Selbstmanagement der Betroffenen zu fördern.

5.4.2 SMTP und Psychoedukation

Auf die Unterschiede von Psychoedukation als Therapie und dem SMTP als einer pädagogischen Konzeption für (remittierte) Patienten wurde bereits mehrfach hingewiesen.

Die Vielfalt psychoedukativer Ansätze ist selbst für ausgesprochene Experten nicht mehr ohne weiteres zu überblicken und abzubilden (Bäuml & Pitschel-Walz 2003, vgl. auch Wagner & Bräunig 2004). Bäuml & Pitschel-Walz (2003, S. 39) schildern in ihrem Vertiefungskapitel zur Definition von Psychoedukation, diese sei *„aus psychiatriehistorischer Sicht die notwendige Antwort auf die Zunahme der verschiedenen therapeutischen Methoden, die dem einzelnen Patienten heutzutage zwangsläufig mehr Entscheidungskompetenz und Mitwirkungsfähigkeit abverlangen...“*. Das im Rahmen dieser Arbeit entwickelte Selbstmanagement-Trainingsprogramm für Menschen mit bipolaren Störungen versteht sich ebenfalls als die in der heutigen Zeit notwendige Antwort auf die von Seiten der Betroffenen erwünschten Selbstmanagement-Angebote, mit der Krankheit, soweit es möglich ist, „normal“ zu leben.

Die Begegnung eines Menschen mit dem Gesundheitssystem stellt sich (von besonderen Umständen abgesehen) meistens typischerweise dar: der „Kranke“ (Leidende, Hilfesuchende) trifft mit einem anderen Menschen zusammen, der qualifiziert ist, die gesuchte medizinische Unterstützung zu leisten (Dierks et al. 2001, S. 19ff.). In welcher Art dieses „Zusammentreffen“ ablaufen kann, wurde z.B. an Modellen wie „Paternalistic decision making“, „Informed decision making“ und „Shared decision making“ (vgl. Kap. 3.2.5, S. 55) beschrieben. Aus dieser Perspektive kann die Behandlung von Krankheit als ein Versuch zur Wiederherstellung verlorener Autonomie betrachtet werden. Welche Möglichkeiten eröffnen sich dem Patienten dann aber außerhalb des Systems professioneller Strukturen?

Im Gegensatz zur Psychoedukation, welche immer von Professionellen geleitet wird, ist die Selbsthilfe unter Betroffenen durch weitgehende Autonomie bestimmt und wird (in der Regel) durch die Betroffenen selbst gesteuert (vgl. „Selbstgesteuertes Lernen“, Kap. 3.3.1) Verbindend, und anzunehmen auch wichtigster Motivationsfaktor, ist das gemeinsame (Gesundheits)-Problem sowie das gemeinsame Ziel, unter Gleichgesinnten Erfahrungen und Emotionen auszutauschen und durch gegenseitige Hilfe und Beistand die alltäglichen Anforderungen zu meistern.

Auch die Psychoedukation fördert die Autonomie des Patienten in Richtung Selbstmanagement, das SMTP setzt sie voraus. Das SMTP wirkt über den Selbsthilfegedanken und verzahnt gewinnbringend das individuelle Erfahrungswissen mit dem professionellen Expertenwissen. Psychoedukation soll helfen, die Erkrankten zu „Experten in eigener Sache“ zu machen (Buchkremer 2003), das SMTP mit seinem primär „pädagogischen“ Ansatz geht davon aus, dass remittierte erwachsene Patienten „Experten in eigener Sache“ sind. Selbsthilfe bedeutet, außerhalb des professionellen Hilfesystems Unterstützung von Mitbetroffenen zu erhalten. Gerade ureigenste Krankheits- und Psychiatieerfahrungen lassen sich nur mit (vertrauten) Menschen teilen, die das Gleiche erleben oder erlebt haben. Diesen Anspruch kann das professionelle System nicht erfüllen.

Wenn davon ausgegangen wird, dass bipolar Erkrankte unter gewissen Umständen einer lebenslangen Behandlung bedürfen (vgl. Kap. 2.3), integriert sich dieses SMTP für den einzelnen Betroffenen in den therapeutischen Gesamtprozess. Ohne selber den Anspruch an eine „Therapie“-Form zu stellen, stellt das Programm eine (auf dem deutschen Gesundheitsmarkt einzigartige) Ergänzung zum Netz der ambulanten und stationären Versorgung der Patienten dar. Das SMTP ist kein psychotherapeutisches Be-Handlungskonzept sondern ein Mittel Symptomexazerbationen vorzubeugen, Ressourcen zu stärken und die eigene Handlungskompetenz (vgl. Kompetenzbegriff, Kap. 3.3.4) zu erweitern. Damit lehnt sich dieses Programm an das Prinzip der Gesundheitsförderung als ein sozial-ökologisches Gesundheits- und Präventionsmodell an. So verstanden wird Gesundheit nicht als Ziel, sondern als Mittel betrachtet, Individuen zu befähigen, individuelles und gesellschaftliches Leben positiv zu gestalten (Bengel et al. 2001). Präventive Maßnahmen könnten nicht durch das professionelle System „verordnet“ werden, sondern für die selbstverantwortliche Beteiligung der Laien müssten gesundheitsfördernde Bedingungen hergestellt werden (Bengel et al. 2001, vgl. auch „SMTP und Empowerment“).

Gelingt es den „Experten“, in der durch sie geleiteten psychoedukativen Gruppenarbeit eine vermittelnde, die Selbsthilfe unterstützende Position einzunehmen, trägt dies nicht unwesentlich zur Selbstbefähigung und Eigenmacht (Knuf & Seibert 2000) von Psychiatrie-Erfahrenen bei. Wird zudem von den Betroffenen gewünscht, dass Professionelle den Selbsthilfeprozess aktiv begleiten (als Berater oder für das Management eventueller Kri-

sensituationen) ist ein hoffnungsvoller Weg für eine neue Qualität an „Kundenorientierung“ in der Psychiatrie gebahnt.

5.4.3 SMTP und Coping

Der Begriff Coping bedeutet das „Bewältigen schwieriger Lebensverhältnisse“. Diese Umschreibung könnte auf den ersten Blick implizieren, dass „Bewältigung“ erst stattfindet, wenn Probleme oder Krisen unmittelbar existent sind. Werden Copingstrategien danach betrachtet, zu welchem Zeitpunkt sie wirksam werden, setzen Bewältigungsmechanismen aber bereits ein, wenn potenzielle Stressoren beeinflusst werden, bevor sie zu einer Bedrohung werden. Auf diese Art sind sie die Voraussetzung dafür, dass stressauslösenden (möglicherweise krankheitsauslösenden) Situationen oder Ereignissen vorgebeugt wird (Lazarus & Folkmann 1984, Peralin & Schooler 1978). In dem Moment, indem ein Mensch eine Selbsthilfegruppe aufsucht, handelt er (in der Regel) in diesem Sinn. Der Betroffene sucht Hilfe und Unterstützung bei Mitbetroffenen. Nach der Devise „geteiltes Leid ist halbes Leid“ findet er emotionalen Beistand und ein Forum, das die Chance bietet, sich aktiv-konstruktiv mit seiner Krankheit auseinander zusetzen. Dieser Selbsthilfe- bzw. Copinggedanke wird mit dem SMTP aufgegriffen und in Form eines strukturierten Programms erweitert. Ziel erfolgreicher Bewältigungsstrategien ist das optimale Ausschöpfen persönlicher und umweltbezogener Ressourcen in der Auseinandersetzung mit individuellen Beanspruchungen. Um dieses Ziel zu erreichen, bedarf es selbstregulatorischer Kompetenzen zum *„Aufbau eines kognitiven Schemas (...) das helfen soll, einkommende Informationen zu steuern, gespeicherte Informationen abzurufen, die Aufmerksamkeit zu bündeln und das Verhalten zu lenken“* (Fitzgerald Miller 2000, S. 54). Das SMTP bietet ein Instrument, die Krankheit zu managen und Rückfällen vorzubeugen. Aspekte wie die *Kontrollierbarkeit* belastender Situationen sowie die *soziale Unterstützung* (vgl. Kap. 3.2.5, S. 51) sind immanente Grundgedanken dieses Ansatzes.

5.4.4 SMTP und Empowerment

Patientenempowerment braucht Wissen. Dieses SMTP hat das „Wissen“ über die Aspekte des Umgangs mit dem Krankheitsbild der bipolarer Störungen nicht „neu erfunden“ sondern stellt (in Einvernehmen mit der pädagogischen Konzeption) einen redaktionellen Versuch dar, eine Grundlage zu bieten, dass Betroffene sich dieses Wissen „patientengerecht“ und „anwenderfreundlich“ aneignen können. In Anlehnung an Knuf (2003) kann die mit dem SMTP geschaffene Möglichkeit, in der Selbsthilfegruppe ein Programm zum Selbstmanagement der Krankheit zu absolvieren, als die Gewährleistung einer „*Empowerment-unterstützende(n) Atmosphäre“* bezeichnet werden.

Nur wenn ein bipolar Erkrankter gelernt hat, seine Frühwarnzeichen wahrzunehmen und ein „kognitives Schema“ dafür entwickelt hat, welche Bedeutung diese in Anbetracht des Krankheitsverlaufs haben können, kann er adäquat reagieren und geeignete Maßnahmen ergreifen. Mit dem Ziel, Kompetenzen zu stärken sowie Eigenverantwortlichkeit und Selbsthilfefähigkeit von Individuen und Gruppen zu forcieren, zeigt das SMTP große Nähe zu Empowerment-Ansätzen.

Für Empowerment von Betroffenen braucht es bestimmte Voraussetzungen (Knuf 2003). Dierks et al. (2001, S. 227) nennen neben Wahlmöglichkeiten und anderen (gesundheitspolitischen) Bedingungen, dass *„qualitativ hochwertige Informationen für breite Gruppen der Bevölkerung leicht zugänglich gemacht werden“*. Auf diesen Aspekt möchte ich im nächsten Kapitel „Ausblick“ näher eingehen (vgl. auch Kap. 4.5: „Verbreitung“).

Nach Fitzgerald Miller (2000, S. 209) können (u.a.) Empowerment-Strategien wie die *Betonung der Selbstkompetenzen und persönlichen Stärken* und die *Weiterentwicklung des Bewältigungsvermögens* helfen, chronische Krankheiten zu meistern (vgl. Kap. 3.2.5).

Der Gesundheitszustand eines Menschen ist nicht unwesentlich durch Einflussfaktoren wie äußere Lebensbedingungen, die individuelle Lebensweise und die subjektive Einstellung zur Gesundheit bestimmt. Stehen solche Faktoren einer Verbesserung des Gesundheitszustandes entgegen, sind alle ärztlichen oder sonstigen therapeutischen Maßnahmen zum Scheitern verurteilt. Der Patient nimmt als „Experte in eigener Sache“ selbst aktiv an der Erhaltung seiner Gesundheit teil, er nutzt Informations- und Schulungsangebote und stärkt auf diese Weise seine Kompetenz (Dierks et al. 2001, S. 23ff.). Das SMTP ist kein Informations- und Schulungsangebot im herkömmlichen Sinn, es wurde unter direkter Beteiligung von Patienten für Patienten entwickelt. Die „Lernenden“ sind die Patienten. Die „Lehrer“ sind es ebenfalls. Diese spezielle Situation verlangt ein hohes Maß an Eigenverantwortung. In einer gut funktionierenden Selbsthilfegruppe kann es möglich sein, die Verantwortung zu teilen und den Einzelnen auf diese Art zu entlasten. Selbstmanagement und Selbsthilfe in der Gruppe sind anstrengend und energieaufwändig. Es bedarf „gruppenfähiger“ Menschen die zuhören können, auch mal eigene Interessen zurückstellen und konstruktiv mit Problemen umgehen können.

Fitzgerald Miller (2000, S. 209) nennt in diesem Zusammenhang auch die *Beseitigung von Missverständnissen und Fehleinschätzungen* als wichtige Bewältigungsstrategie. Gerade wenn Betroffene zu Vermeidungsverhalten oder Bagatellisierungsversuchen tendieren, könnte ich mir das Realisieren dieser Bewältigungsstrategie, das reine „Selbstmanagement“, problematisch vorstellen. Auch unrealistische Erwartungen in Bezug auf den Krankheitsverlauf, erhebliche Wissensdefizite oder fehlende Lösungsstrategien können die Fähigkeit, die Krankheit zu selbst zu managen, maßgebend beeinträchtigen. (Im Handbuch zum SMTP habe ich die Nutzer darauf hingewiesen, sorgfältig und feinfühlig

mit sich selbst umzugehen und für den Fall von schwierigen persönlichen oder Gruppensituationen externe Hilfe einzufordern.)[127]

Bäuml & Pitschel-Walz (2003, S. 28) meinen, was die einen (die Psychiatrie-Betroffenen) an „Power" bekämen, müssten die anderen (die Angehörigen und Professionellen) an Macht abgeben. Warum aber sollten sich die Beteiligten die Power teilen? Ich schlage vor, sie von allen Seiten zu summieren.

Auch wenn Empowerment (Selbstbefähigung) zunächst Sache des Betroffenen ist (Knuf 2003), schließt das selbstverständlich nicht aus, dass Betroffene, Angehörige und Professionelle diesen Weg miteinander beschreiten. „Selbstmanagement" beinhaltet viele Facetten: äußerst heterogene und individuelle Bewältigungsstrategien von Seiten des Betroffenen, aber auch Geduld, Empathie und die Bereitschaft zur partnerschaftlichen und gleichberechtigten Kooperation von Seiten der Ärzte, Therapeuten und sonstigen Beteiligten.

Eine *„Empowerment unterstützende"* Atmosphäre zu schaffen erfordert nicht nur die Bereitschaft, sondern auch entsprechende Rahmenbedingungen. Rahmenbedingungen sind z.B. auch ein flächendeckender Zugang zu formellen und informellen Unterstützungssystemen. Basis für selbstbestimmtes Handeln von betroffenen Menschen im Umgang mit Störungen der Gesundheit oder der Erhaltung der Gesundheit ist ein qualitativ hochwertiges, umfassendes, für den Anwender verständliches und leicht verfügbares Informationsangebot. Jazbinsek (2000) bezeichnet in diesem Zusammenhang den direkten, durch Sprache und Interaktion vermittelten und den indirekten, durch technische Medien vermittelten Austausch von Wissen, Meinungen und Gefühlen als *Gesundheitskommunikation*. Welche Kommunikationswege beispielsweise auch über das Internet möglich sind, erläutere ich im folgenden Kapitel „Ausblick".

5.5 Ausblick

Das vorliegende Studiendesign ist mit einer Pilotstudie vergleichbar. Denkbar wäre die Untersuchung der gleichen Fragestellung - überprüft in einer größeren Population, z.B. den anderen 14 bundesweit interviewten Selbsthilfegruppen. Des Weiteren stellt die Studie eine mögliche Grundlage für weiterführende Untersuchungen im Rahmen der Selbsthilfe dar. Wenn davon ausgegangen wird, dass es sich mit bipolar Betroffenen um eine krankheitsbedingt „schwierige" Indikationsgruppe handelt, stellt sich die Frage, welchen Erfolg gesundheitsbezogene Selbstmanagementprogramme bei anderen Krankheitsbildern (Chronischer Schmerz, Osteoporose etc.) oder auch indikationsübergreifenden Zielgruppen (Arbeitslose, sozial Benachteiligte, andere Risikogruppen etc.) haben könnten.

[127] vgl. Anlage 9: „Handbuch SMTP", S. 7

Weitere Untersuchungen sollten sich - denkbar in prä-post-Studiendesigns - konkreten medizinischen Outcomes bei der Zielgruppe der bipolar erkrankten Menschen in Selbsthilfegruppen - die dieses SMTP absolvieren - widmen. Denkbar wären z.B. auch prospektive oder retrospektive Kohortenstudien. Als Erfolgskriterien könnten beispielsweise Domäne der Lebensqualität, das Zeitintervall bis zum Auftreten einer Wiedererkrankung, die medikamentöse Compliance, der Verlauf der Symptomatik und die Hospitalisierungsrate- bzw. –dauer gelten.

Sowohl die in dieser Studie vorgelegten Ergebnisse als auch die von Harris et al. (2000) aufgeführten Aspekte bieten Ansätze, die sich sicher aus verschiedenen Sichtweisen zu untersuchen lohnen (vgl. Kap. 1.2.2, Seite 17). An anderer Stelle in dieser Arbeit (Kap. 2.3.4) wurde erwähnt, dass Dietrich et al. (2003) u.a. feststellen, dass im Rahmen der Evaluation (psychoedukativer Ansätze) zum Einfluss von Gruppeneffekten derzeit noch keine Prozess-Outcome-Analysen vorlägen. Der Einfluss der Selbsthilfegruppe auf die Selbstmanagementkompetenzen sowie das Empowerment psychisch erkrankter Menschen wird positiv angenommen, valide Studienergebnisse zu dieser Fragestellung bei bipolar Kranken scheint es nicht zu geben.

Zunächst wurde mit dieser Studie die Basis geschaffen, das vorliegende SMTP einer großen Zahl von interessierten Selbsthilfegruppen anzubieten, es weiterzuentwickeln und so stimmig wie möglich an die Bedürfnisse der Anwender anzugleichen. Ein solches Vorhaben ist abhängig von den zur Verfügung stehenden Ressourcen und verlangt eine sorgfältige, interdisziplinäre Projektplanung. Für die Art und Weise der Verbreitung stehen mit Meetings, Vorträgen, Publikationen und der gezielten Zusammenarbeit mit Kostenträgern viele Wege offen.

Die bundesweite Einführung des Programms in der vorliegenden Version sowie ein Einstiegsseminar zur Vorbereitung der „Trainer“ (Gruppenleiter, interessierte Betroffene) werden derzeit vorbereitet.

Seit Juni 2004 existiert unter dem Dachverband der DGBS ein bundesweites „Netzwerk für Selbsthilfegruppen bipolar Erkrankter“. Die in diesem Netzwerk organisierten Betroffenen sind über das SMTP informiert und könnten maßgeblich an der Umsetzung beteiligt werden. Zukünftig soll es möglich sein, dass sich die Selbsthilfegruppen im Internet eine speziell nach ihren Vorkenntnissen und Wünschen erzeugte Programmversion ausgewählter SMTP-Bausteine zusammenstellen, diese testen und auch bewerten können. Ein denkbares Modell liefert z.B. die Rezensionsbewertung unter www.amazon.de. Die nachfolgenden Abbildungen zeigen in vier Schritten, die unter Amazon genutzten Bewertungssysteme, wie sie in ähnlicher Form auch für die Internetvariante des SMTP Anwendung finden könnten.

Schritt 1: Der Kunde kann nach Schlagworten suchen, was „einzukaufen“ möglich ist. In der Abbildung 29 sind auszugsweise Ergebnisse für den Suchbegriff „brockhaus“ zu sehen. Die Adaptation für das online-SMTP: Ein Suchbegriff für einen Baustein zur Programmversion des SMTP lautet „Frühwarnzeichen“.

Abbildung 29: Amazon - Schlagwortsuche

Schritt 2: Der Kunde kann anhand der „durchschnittlichen Kundenbewertung“ einschätzen, wie gut dieses Produkt bei anderen Nutzern ankam. In der Abbildung 30 wurde der Brockhaus durchschnittlich mit viereinhalb von fünf Sternen bewertet. Für das SMTP könnte zum Beispiel das Selbstmanagementinstrument „Mein persönlicher Vorsorgebogen“ zur Disposition stehen. Weiterhin besteht die Möglichkeit, eine eigene Rezension zu schreiben.

Abbildung 30: Amazon - Rezension schreiben

Schritt 3: Der Kunde kann eine eigene Rezension schreiben. In der Abbildung 31 wurde ein Brockhaus-Kalender für Kinder rezensiert. Statt des Brockhauskalenders stünde im Rahmen des SMTP z.B. die Bewertung des Moduls „PLC“. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, anzugeben, ob die Rezension hilfreich war, oder nicht.

Abbildung 31: Amazon - Kundenrezension

Schritt 4: Der Kunde erfährt, dass seine Rezension registriert wurde.

Abbildung 32: Amazon - Rezension registriert

Der Begriff „Kunde“ kann dabei durchaus übernommen werden. Zeigt er doch den Wandel *„von der passiv-rezeptiven hin zur aktiv-kreativen“* Haltung (Bäuml & Pitschel-Walz 2003), bzw. den vom Paternalismus zur Partnerschaft bzw. Teilhabe – dem in den Kapiteln 1.2.1 und 3.2 beschriebenen Verhältnis zwischen Arzt und Patient (Hochadel 2001).

Der Trend „Patient als Kunde“ ist in der heutigen gesundheitspolitischen Diskussion ein vielbeachteter Aspekt (vgl. Schrappe 2003).[128]

[128] Die Suchanfrage „Patient als Kunde“unter www.google.de (8.1.05) brachte 1.950 Beiträge zu Tage, auf die Vielfältigkeit der Betrachtungsweisen, Möglichkeiten und Argumentationen möchte ich aber an dieser Stelle verzichten.

Im Sinne des Empowerment-Gedanken stellen qualitäts-kontrollierte Gesundheitsportale[129] für Selbsthilfegruppen ein nicht zu unterschätzendes Medium für die Betroffenen dar.

Vorstellbar ist die gruppenspezifisch zusammengestellte SMTP-Version nach einem speziell hiefür entwickelten Anmelde- und Registrierungsverfahren und darausfolgender Zusammenstellung der Idealvariante für die konkrete Gruppe. Genauso wie davon ausgegangen werden kann, dass jede Selbsthilfegruppe anders funktioniert, kann davon ausgegangen werden, dass auch jede Selbsthilfegruppe andere Vorstellungen und Gestaltungswünsche für ein Selbstmanagementprogramm einbringt. Variablen wie „Vorwissen", „Gruppengröße", „Fluktuation in der Gruppe", „Frequenz der Gruppentreffen", „Erkrankungsdauer" u.v.a.m. könnten erfasst werden und sozusagen als Basis für die zu ermittelnde Programmvariante dienen. So wären „Kurzformen" (6 Module) oder auch „Langformen" (z.B. 9 oder 12 Module) in unterschiedlichen Niveaustufen und mit verschieden ausgeprägten Richtungen (medizinische Inhalte im Vordergrund, mit Schwerpunkt auf gruppendynamischen Aktivitäten etc.) denkbar. Auch Variationen der Moduldauer (60 Minuten > 90 Minuten > 120 Minuten) sowie die Programmgestaltung im Rahmen wöchentlicher Treffen oder in Form von Blockseminaren ließen sich konzipieren. Eine komplett auszudruckende Programmversion mit Hinweisen für die methodisch-didaktische Gestaltung des Stundenablaufs inklusive der Möglichkeit, Zubehörmaterialen ggf. auch zu bestellen, sollte den Nutzern nach der Registrierung geboten werden.

Ebenfalls muss die Möglichkeit geschaffen werden, dass die Betroffenen/Selbsthilfegruppen eigene Programmbausteine ins Netz und damit anderen Gruppen zur Verfügung stellen können. Die Bewertung dieser einzelnen Programmbausteine könnte in der Art eines wie oben am Beispiel von Amazon beschriebenen automatisierten Qualitätsmanagements funktionieren. Im Laufe der Zeit entsteht auf der Basis der heute existierenden „Papierversion" des SMTP eine Online-Toolbox mit flexibel einzusetzenden Werkzeugen, die dem Selbstmanagement der bipolaren Störung in der Selbsthilfegruppe ein umfangreiches und doch „maßgeschneidertes" Angebot zu unterbreiten vermag. Das heute schon elektronisch existierende „Handbuch SMTP für Menschen in Selbsthilfegruppen mit bipolaren Störungen" („Papierversion" siehe Anlage 9) wurde von Beginn der Entwicklung an so strukturiert und aufgebaut, dass die Übernahme und Anpassung der Inhalte für ein Internetportal unkompliziert werden dürfte (Thaens 2004).

[129] Bei Gesundheitsinformationen im Internet ist es nicht immer leicht zu erkennen, was seriös und hilreich ist. Das Logo des Aktionsforums Gesundheitsinformationssystem (afgis e.V.) bietet hier eine wertvolle Orientierung. Qualität bei Gesundheitsinformationen besteht aus Sicht von afgis aus den drei Teilen Transparenz, Vermittlungsqualität sowie dem Daten- und Persönlichkeitsschutz (vgl. http://qdb.afgis.de/; 14.1.05).
Auch auf der Seite der „Healt On the Net Foundation" werden Prinzipien für medizinische Webseiten im Gesundheitsbereich definiert und dienen als Basis für ein entsprechendes Qualitätssiegel (vgl http://www.hon.ch/HONcode/German/; 14.1.05).

Die Entwicklung und Weiterentwicklung der Konzeption soll in einem interdisziplinären Team aus Patienten und Professionellen (Selbsthilfegruppenleiter, Mediziner, Psychologe, Medizinpädagoge, Informatiker) realisiert werden.

Literaturverzeichnis

Altman ES, Rea MM, Mintz J, Miklowik DJ, Goldstein MJ, Hwang S (1992) Prodromal symptoms and signs of bipolar relapse: a report based on prospectively collected data. Psychiatr Res. 41: 1–8

Amering M, Sibitz I, Gössler R, Katschnig H (2002) Psychosoziale Arbeitshilfen. Wissen – genießen – besser leben. Ein Seminar für Menschen mit Psychoseerfahrung. Psychiatrie-Verlag. Bonn

Andersen MR, Urban N (1999) Involvement in decision-making and breast cancer survivor qulity of life. Ann Behav Med Summer; 21 (3): 201-9

Angenendt J (1995) Patienten-Ratgeber und Selbsthilfe-Materialen. In: Margraf J (Hrsg.) Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Springer. Berlin

Angst F, Stassen HH, Clayton PJ, Angst J (2002) Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. Affect Disord. 68:167-81

Angst J, Angst F, Stassen HH (1999) Suicide risk in patients with major depressive disorder. J Clin Psychiatry. 60 Suppl 2:57-62

Angst J, Gamma A (2002) A new bipolar spektrum concept: A brief review. Bipolar Disorders 4 (1): 11-14

Antonovsky A (1993) Gesundheitsforschung vs. Krankheitsforschung. In: Franke A, Broda M (Hrsg.): Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept (S. 3 – 14). dgvt. Tübingen

Antonovsky A (1997) Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Ausgabe von Franke. dgvt. Tübingen

APA (American Psychiatric Association) (1996) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. (Saß H, Wittchen HU, Zaudig M, Übers.). Hogrefe, Göttingen

Balck, F. et al. (2000): Abschlußbericht: Entwicklung und Evaluierung eines Fortbildungsprogramms für Leiter von Krebs-Selbsthilfegruppen, Dresden. URL: http://www.medsoz.uni-freiburg.de/cds/db01/projekt/proj61.htm (09.07.04)

Bandura A (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. psychological Review. 84: 191-215Altman ES, Rea MM, Mintz J, Miklowik DJ, Goldstein MJ, Hwang S (1992) Prodromal symptoms and signs of bipolar relapse: a report based on prospectively collected data. Psychiatr Res. 41: 1–8

Barbini B, Bertelli S, Colombo C, Smeraldi E (1996) Sleep loss, a possible factor in augmenting manic episode. Psychiatry Res. Nov 15;65(2):121-5

Basler HD, Kröner-Herweg B (1995) Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen – ein Schmerzbewältigungsprogramm zur Gruppen- und Einzeltherapie. Medizin-Verlag. München

Bauer M et al. (2003) The Electronic Assessment of the Longitudinal Course of Bipolar Disorder: The ChronoRecord Software. Pharmacopsychiatry. 244-249

Bauer M et al. (2004) Using technology to improve longitudinal studies: self-reporting with ChronoRecord in bipolar disorder. Bipolar Disord. Feb;6 (1):67-74.

Bauer M, Mc. Bride L, Chase C, Sachs G, Shea N (1998) Manual based group psychotherapy for bipolar disorder: a feasibility study. Journal of Clinical Psychiatry 59 (9): 449-455

Bauer R, Gudjons H, Meyer H, Seydel D (2004) Methoden im Wandel. In: Pädagogik. 56. Jahrgang. Heft 1: 12-20

Baumann P (2000) Die Autonomie der Person. Perspektiven der Analytischen Philosophie. Mentis Verlag

Bäuml J, Pitschel-Walz G (2003) Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Schattauer. Stuttgart

Becker P (1992) Seelische Gesundheit als protektive Persönlichkeitseigenschaft. Zeitschrift für Klinische Psychologie. 21: 64-75

Bengel J et al. (2001) Was hält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Band 06. PDF-Dokument. 172 S. URL: www.bzga.de (2.2.04)

Bengel J, Buehrlen-Armstrong B, Gerdes N, Herdt J, Jaeckel WH, Loeschmann C, Maurischat C, Willmann H, Zwingmann C. (1998) Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Freiburg/Bad Säckingen. Rehabilitation. 37 Suppl 2: 78-83

Berger M (2003) Psychische Erkrankungen – Klinik und Therapie. Urban & Fischer

Berlim MT, Pargendler J, Caldieraro MA, Almeida EA, Fleck MP, Joiner TE (2004) Quality of life in unipolar and bipolar depression: are there significant differences? J Nerv Ment Dis. Nov;192(11):792-5

Bipolar Network News (2002) 8 (1): 1-16. URL: http://www.bipolarnews.org

Blombach J, Gudjons H, Reinmann-Rothmeier G, Traub S (2003) Selbstgesteuertes Lernen. In: Pädagogik. 55. Jahrgang. Heft 5

Bludau HB et al. (2001) Mobile Computer in der Patientenversorgung. URL: http://www.mobi-doc.de/bm2001.pdf (18.08.04)

Bock T (2002) Achterbahn der Gefühle – Mit Manie und Depression leben lernen. Herder. Freiburg im Breisgau

Borgetto B, Klein M (2004) Selbsthilfe als Partner in der Rehabilitation. Posterpräsentation anlässlich der Tagung „Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“. 25. – 27.03.04 in Freiburg. URL: http://www.patient-als-partner.de/ (01.08.04)

Born S (2004) Fördern und Fordern – Ein Leitfaden für Krankenkassen und Selbsthilfegruppen. Herausgeber: Förderpool „Partner der Selbsthilfe“. BKK Bundesverband

Bovet G, Huwendiek (Hrsg.) (1994) Leitfaden Schulpraxis : Pädagogik und Psychologie für den Lehrberuf. Cornelsen. Berlin

Bräunig P, Wagner P (2004) Zwischen den Polen von Manie und Depression. Psychoedukation bei bipolarer Erkrankung – Ein Wegweiser für Betroffene und Angehörige. Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. BoD Norderstedt

Brieger P, Rottig S, Marneros A (2004) Lebensqualität bei unipolar depressiven und bipolar affektiven Patienten. Psychiatr Prax. Sep;31(6):304-9

Brown LF, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Prigerson HG, Dew MA, Houck PR, Mazumdar S, Buysse DJ, Hoch CC, Kupfer DJ (1996) Social rhythm stability following late-life spousal bereavement: associations with depression and sleep impairment. Psychiatry Res. May 17;62(2):161-9

Büchi M, Bachmann LM, Fischer JE, Peltenburg M, Steurer J (2000) Alle Macht den Patienten? Vom ärztlichen Paternalismus zum Shared Decision Making. Schweizerische Ärztezeitung. 81, 49: 2776-80

Buchkremer G (2003) Geleitwort. In: Bäuml J, Pitschel-Walz G (2003) Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Schattauer. Stuttgart

Buhr K (2004) Wahrnehmung von Frühwarnzeichen. Persönliche Mitteilung. Sehnde/Ilten

Chat Protokoll "Diagnose bipolarer Störungen" vom 1. Dez. 2003 mit Prof. Dr. Peter Bräunig. URL: http://dgbs.de/wissen/diagnose/index.php (04.01.04)

Cohn R (2000) Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion. Klett-Cotta. Stuttgart

Colom F, Martinez-Arán A, Vieta E (2003a): Uselessness of psychotherapy in bipolar disorders: short review and happy end. In: Vieta E (Hrsg.): Bipolar Disorders: Clinical and Therapeutic Progress. 1st Reprinting. Editorial Medica Panamericana. Madrid

Colom F, Vieta E, Martinez-Arán A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, Torrent C, Comes M, Corbella B, Parramon (2003b) A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrances in bipolar patients whose disase is in remission. Archives of General Psychiatry 60, 402-407

Course handbook of the Manic Depression Fellowship (2003) London

Dahmen N (2000) Genetik bipolarer Störungen. Psycho. 26: 478-483

Danzer E, Gallert K, Friedrich A, Fleischmann EH, Walter H, Schmieder RE (2000) Ergebnisse der Intensiv-Hypertonieschulung des Instituts für präventive Medizin. Dtsch. med. Wochenschr. 2000; 1385-1389

Deitering FG (1998) Selbstgesteuertes Lernen. In: Greif S, Kurtz HJ (Hrsg.) (1998) Handbuch Selbstorganisiertes Lernen. 2. Auflage. Verlag für Angewandte Psychologie. Göttingen

Denicoff KD et al. (1997) Preliminary evidence of the reliability and validity of the prospective LCM. J.psychiat.Res. 1997; 31(5):593-603

Denicoff KD et al. (2000) Validation of the prospective NIMH-Life-Chart-Method for longitudinal assessment of bipolar illness. Psychological Medicine 2000; 30: 1391-1397

Dhein Y, Münks-Lederer C, Worth H (2003) Evaluation eines ambulanten strukturierten Schulungsprogramms für Patienten mit COPD - eine Pilotstudie. Pneumologie 2003; 591-597

Dierks ML, Bitzer EM, Lerch M, Martin S, Röseler S, Schienkiewitz A, SiebeneickS, Schwartz FW (2001) Patientensouveränität – Der autonome Patient im Mittelpunkt. Arbeitsbericht. Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG) Hannover in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Hochschule Hannover, Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung. URL: http://www.epi.mh-hannover.de/arbeitsschwerpunkte/as9/gutachten.pdf (26.2.04)

Dietrich G, Wagner P, Bräuning P (2003) Psychoedukation in der Behandlung bipolarer affektiver Erkrankungen. Psychoneuro. 403-408

Dietrich S (2001) Selbstgesteuertes Lernen in der Weiterbildungspraxis : Ergebnisse und Erfahrungen aus dem Projekt SeGeL. Bertelsmann. Bielefeld

Dlugosch GE (1994) Modelle in der Gesundheitspsychologie. In: Schwenkmezger P, Schmidt L (Hrsg.) Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Enke. Stuttgart

Ehlebracht-König I, Bönisch A (2003) Das Schulungsprogramm der DGRh für Patienten mit Spondylitis ankylosans und verwandten Spondylarthropathien – Programmaufbau. Akt. Rheumatol. 2003; 243-253

Ehlebracht-König I, Bönisch A (2003) Die Akzeptanz des Schulungsprogramms der DGRh für Patienten mit Spondylitis ankylosans und verwandten Spondylarthropathien. Akt. Rheumatol. 2003; 254-263

Ehlers CL et al. (1988) Social Zeitgebers and Biological Rhythms. Arch Gen Psychiatry 1988; 45: 948-952

Ehlers CL et al. (1993) Biological rhythms and depression: The role of zeitgebers and zeitstoerers. Depression 1993;1: 285-293

Emanuel EJ, Emanuel LL (1992) Four models of the physican-patient relationship. JAMA; 267: 2221-2226. MEDLINE

Engel GL (1979) Die Notwendigkeit eines neuen medizinischen Modells: Eine Herausforderung der Biomedizin. In: Keupp H (Hrsg.) Normalität und Abweichung. Fortsetzung einer notwendigen Kontroverse. Urban & Schwarzenberg. München

Erfurth A (2002) Weißbuch – Bipolare Störungen in Deutschland. Kurzfassung. BoD. Norderstedt

Faltermeier T (1994) Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Betz. Weinheim

Fatzer G (1993) Ganzheitliches Lernen. Humanistische Pädagogik und Organisationsentwicklung. Junfermann. Paderborn

Fischer E (2003) Weiterbildner lernen selbst organisiertes Lernen. In: Lernen in Weiterbildungseinrichtungen. ESM Satz und Grafik. Berlin

Fitzgerald Miller J (2000) Coping fördern – Machtlosigkeit überwinden. Hilfen zur Bewältigung chronischen Krankseins. Huber. Bern

Frank E et al. (1994) Interpersonal and Social Rhythm Therapy for bipolar disorder: Integrating interpersonal and behavioural approaches. Behav Therapist 1994; 17:143-149

Frank E et al. (1997) Inducing Lifestyle Regularity in Recovering Bipolar Disorder Patients: Results from the Maintenance Therapies in Bipolar Disorder Protocol. Biological Psychiatry, 41(12):1165-73

Frank E, Swartz HA, Kupfer DJ (2000) Interpersonal and Sozial Rhythm Therapy: Managing the chaos of bipolar disorder. Biological Psychiatry 48: 593-604

Freisen A (2004) Praxistaugliche Soziale Rhythmus Metrik – ein Beispiel für computerunterstützte Psychotherapie. Vortrag. DGPN Kongress 2004, 24.-27.11. Berlin. URL: http://www.dgppn-kongress2004.de/guest/AbstractView?ABSID=4567 (27.12.04)

Freisen A (2004) Soziale Rhythmus Metrik – ein Beispiel für computerunterstützte Psychotherapie. Dissertation. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i.B.

Freyberger H, Stieglitz RD (Hrsg.) (1996) Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie. Karger. Basel

Fuchs-Brüninghoff E; Pfirrmann M (1992) Ansichten von Lernen - Lernansichten: soziale und personale Kompetenzen als Basisqualifikation. Pädagogische Arbeitsstelle. Deutscher Volkshochschul-Verband. Frankfurt/Main

Geislinger R, Grunze H (2003) Bipolare Störungen (manisch-depressive Erkrankungen), Ratgeber für Betroffene und Angehörige, Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V., Norderstedt

Ghaemi N, Sachs GS, Goodwin FK (2000) What is to be done? Controversies in the diagnosis and treatment of manic-depressive illness. World J Biol Psychiatry. 1(2):65-74

Ghaemi SN, Sachs GS, Chiou AM, Pandurangi AK, Goodwin K (1999) Is bipolar disorder still underdiagnosed? Are antidepressants overutilized? J Affect Disord. 52(1-3):135-44

Goldberg JF, Harrow M (2004) Consistency of remission and outcome in bipolar and unipolar mood disorders: a 10-year prospective follow-up. J Affect Disord. Aug;81(2):123-31

Goodwin FK, Redfield Jamison K (1990) Manic-Depressive Illness. Oxford University Press, New York

Graesslin (2004) Validierung der deutschen Version des inventory of depressive Symptoms (IDS) im Selbstbeurteilungsverfahren. Dissertation. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i.B.

Graf M (2004) Validierung eines elektronischen Tagebuchs bei bipolarer affektiver Störung. Dissertation. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i.B.

Greif S, Kurtz HJ (Hrsg.) (1998) Handbuch Selbstorganisiertes Lernen. 2. Auflage. Verlag für Angewandte Psychologie. Göttingen

Grunze H, Dittmann S (2003) Therapie der akuten bipolaren Erkrankung. Kniffliger Balanceakt zwischen Manie und Depression. MMW Fortschritte der Medizin. VOL: 145 Suppl 2: 27-30

Grunze H, Walden J, Dittmann S, Berger M, Bergmann A, Braunig P, Dose M, Emrich HM, Gastpar M, Greil W, Kruger S, Moller HJ, Uebelhack R (2002) Psychopharmacotherapy of bipolar affective diseases. Nervenarzt. Jan;73(1):4-17; quiz 18-9

Gudjons H (2001) Handlungsorientiert lehren und lernen. Bad Heilbronn

Gudjons H (2003) Selbstgesteuertes Lernen der Schüler: Fahren ohne Führerschein? In: Pädagogik. 5/03: 6-9

Gudjons H (2004) Unterrichtsmethoden im Wandel. In: Pädagogik. 56. Jahrgang. Heft 1: 7-10

Hakkaart-van Roijen L, Hoeijenbos MB, Regeer EJ, ten Have M, Nolen WA, Veraart CP, Rutten FF (2004) The societal costs and quality of life of patients suffering from bipolar disorder in the Netherlands. Acta Psychiatr Scand. Nov;110(5):383-92

Hammer M, Plößl I (2001) Zusammenhang zwischen Erkrankung, Rehabilitation und Arbeit (ZERA) - Ein Schulungsprogramm für die medizinisch-berufliche Rehabilitation psychisch kranker Menschen. Rehabilitation 2001; 28-35

Harris et al. (2000) Evaluation of the effectiveness of Self Management in Bi Polar Affective Disorder. Self Management Training Programme Team. The Manic Depression Fellowship. Castle Works. 21 St George's Road. London

Hartweg V (2004) Elektronisches Tagebuch für Patienten mit bipolarer affektiver Störung. Dissertation. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i.B.

Herriger N (2004) Rezension zu: Knuf A, Seibert U (2000) Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit. Psychiatrie Verlag. Bonn. URL: http://www.socialnet.de/rezensionen/0107knufseibert_herriger.html (05.02.04)

Hillmann KH (1994) Wörterbuch der Soziologie. 4. Auflage. Kröner. Stuttgart

Himmelhoch jauchzend zu Tode betrübt – Bipolare Erkrankungen. (2003). Ein audiovisuelles Lernprogramm. Videokassette. Lilly

Himmelhoch jauchzend zu Tode betrübt – Bipolare Erkrankungen. (2003). Ein audiovisuelles Lernprogramm. DVD. Lilly

Hochadel O (2004) DER PATIENT ALS KUNDE. URL: http://www.falter.at/heureka/-archiv/01_2/08.php?SESSID=d77720f00ade6eaff797c37d91a4dd37

Hof C (2001) Konzepte des Wissens. Eine empirische Studie zu den wissenstheoretischen Grundlagen des Unterrichtens. Bielefeld

Hörn M (2004) Life Charts – Auswahl und Evaluation einer Langzeitverlaufsbeobachtungsmethode bei bipolaren affektiven Störungen. Dissertation. Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i.B.

http://qdb.afgis.de/ (14.1.05

http://www.berger-psychische-erkrankungen-klinik-und-therapie.de/index.htm?http://www.-berger-psychische-erkrankungen-klinik-und-therapie.de/review.htm (25.12.04)

http://www.bvgesundheit.de/gesundheitsinformationen/patienten (23.12.04)

http://www.das-glossar-zur-gesundheitsreform.de/glossar/chronikerprogramme.html (06.09.04)

http://www.dgbs.de (30.12.03)

http://www.dimdi.de/de/klassi/ICF/icf_dimdi_final_draft_1.pdf (6.2.05)

http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2 (12.09.04)

http://www.google.de (19.1.04)

http://www.hon.ch/HONcode/German/ (14.1.05)

http://www.lilly-pharma.de/gesundheit/bipolare/pdf/kraepelin/Psychiatrie-Lehrbuch_1321-1333.pdf (10.2.05)

http://www.mdf.org.uk (5.1.04)

http://www.neuro24.de/d9.htm Depressionen als Risikofaktor für körperliche Erkrankungen (08.05.04)

http://www.psychosoziale-gesundheit.net/ psychiatrie/macht.html (12.12.03)

http://www.who-tag.de/2001/Themen/salu.html (2.1.05)

http://www.zdf.de (31.12.03)

Husinsky I (2003): Desktop Publishing Programme für umfangreiche und strukturierte Dokumente. URL: http://www.zid.tuwien.ac.at/zidline/zl08/dtp.html (11.07.04)

Jazbinsek D (Hrsg.) (2000) Gesundheitskommunikation. Opladen: Westdeutscher Verlag; Q: (133)

Jelley R, Elmer OM (2004) HOPE - Handlungsorientierte Psychoedukation bei Bipolaren Störungen. DGVT - Verlag, Tübingen

Jork K, Peseschkian N (2002) Salutogenese und positive Psychotherapie. Huber. Bern

Kaiser A (2003) Selbstlernkompetenz – Metakognitive Grundlagen selbstregulierten Lernens und ihre praktische Umsetzung. Wolters Kluwer. München/Unterschleißheim

Kaufmann C (2004) Stress Folien.pdf. URL:http://www.vdr.de/internet/vdr/reha.nsf. (31.05.2004)

Kingma R (2003) Mit gebrochenen Flügeln fliegen... Menschen berichten über bipolare Störungen. Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. ConferencePoint. Hamburg

Klein R, Reutter G (2002) Lernberatung. Konzeptionelle Antwort der organisierten Erwachsenenbildung auf die Anforderungen des selbstorganisierten und – gesteuerten Lernens. In: Treffpunkt Lernen – Ansätze und Perspektiven für eine Öffnung und Weiterentwicklung von Erwachsenenbildungsinstitutionen. Band 2. Harald Ott. Bonn

Klemperer D (2003) Arzt-Patient-Beziehung. Entscheidung über Therapie muss gemeinsam getroffen werden. Dtsch Ärztebl; 100: A 753-755

Klieme E (2004) Was sind Kompetenzen und wie lassen sie sich messen? In: Pädagogik. 6/04: 10-13

Knuf A (2003) Empowerment fördern – Beispiel Psychiatrie. In: Managed Care, 7; 17-19

Knuf A, Gartelmann A (1997) Bevor die Stimmen wiederkommen – Vorsorge und Selbsthilfe bei psychotischen Krisen. Psychiatrie-Verlag. Bonn

Knuf A, Seibert U (2000) Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit. Psychiatrie Verlag. Bonn

Konrad K (2003) Wege zum selbstgesteuerten Lernen. Vom Konzept zur Umsetzung. In: Pädagogik. 5/03: 14-17

Krapp A, Ryan RM (2002) Selbstwirksamkeit und Lernmotivation. Eine kritische Betrachtung der Theorie Banduras aus der Sicht der Selbstbestimmungstheorie und der pädagogisch-psychologischen Interessentheorie. Aufsatz. Zeitschrift für Pädagogik Beiheft. 44: 54-82

Krauth C, Rieger J, Schwartz FW (2003) Gesundheitsökonomische Evaluation von Patientenschulungsprogrammen in der Rehabilitation. Phys Rehab Kur Med 2003; 100-107

Kroll et al. (2003) Mobiles Computing in der Medizin. Publikationen der Projektgruppe. http://www.mocomed.org/publikationen.html (18.08.04)

Kulzer B (2001) MEDIAS 2: Diabetes selbst steuern. Diabetes-Journal 2. URL: http://www.medias2.de/html_mode/1_steckbrief/steckbrief_ie.htm. (11.01.04)

Lam D, Wong G (1997) Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorders. Psychol Med. 27: 1091–1100

Landwehr N, Steiner P, Keller H (2003) Schritte zur datengeschützten Schulevaluation – Eine Anleitung zur systematischen Datenerhebung mit Fragebogen. Bildung. Medien. Kommunikation.2. Auflage. Bern/Schweiz

Langmaack B; Braune-Krickau M (1995) Wie die Gruppe laufen lernt : Anregungen zum Planen und Leiten von Gruppen ; ein praktisches Lehrbuch. Beltz, Psychologie-Verl.-Union. Weinheim

Langosch J M (2002) Vademecum Bipolare Störungen. Die Pharmakotherapie der bipolaren affektiven Störungen (manisch-depressive Erkrankungen). Herausgeber: DGBS e. V.

Lazarus R S, Folkman S (1984) Stress, appraisal, and coping. Springer. New York.

Lazarus R S, Folkman S (1987) Transactional theory and Research on emotions and coping. European Journal of Personality, 1, 141-70

Leverich G, Post R (2002) Die LifeChart Methode. Herausgeber: DGBS e.V. (Deutsche Fassung: übersetzt von Schärer L)

Lipnack J, Stamps J. (1998) Virtuelle Teams: Projekte ohne Grenzen. Ueberreuter. Wien

Marneros A (2000) Manisch-depressive und andere bipolare Erkrankungen – Ein Leitfaden für Klinik und Praxis. Thieme. Stuttgart; New York

Microsoft ® Encarta ® Enzyklopädie (2002). CD-ROM © 1993-2001 Microsoft Corporation

Mielke R (1984) Lernen und Erwartung – Zur Selbstwirksamkeitstheorie von Albert Bandura. Huber. Bern

Miklowitz DJ, Richards JA, George EL, Frank E, Suddath RL, Powell KB, Sacher JA (2003) Integrated family and individual therapy for bipolar disorder: results of a treatment development study. J Clin Psychiatry. Feb;64(2):182-91

Möbes J (2003) Compliance: Neue Positionen am Beispiel des Diabetes mellitus. Z Allg Med 2003; 238-243

Moeller M L (1996) Selbsthilfegruppen – Anleitungen und Hintergründe. Rowohlt. Hamburg

Monk TH et al. (1990) The Social Rhythm Metric: An instrument to quantify the daily rhythms of life. J Nerv Ment Dis 1990; 178(2): 120-126

Monk TH et al. (1991) The Social Rhythm Metric: measuring daily social rhythm over a 12 week period. Psychiatry Res 1991, 36:195-207

Monk TH, Kupfer DJ, Frank E, Ritenour AM (1991) The Social Rhythm Metric (SRM): measuring daily social rhythms over 12 weeks. Psychiatry Res. Feb;36(2):195-207

Morselli PL, Elgie R, Cesana BM (2004) GAMIAN-Europe/BEAM survey II: cross-national analysis of unemployment, family history, treatment satisfaction and impact of the bipolar disorder on life style. Bipolar Disord. Dec;6(6):487-97

Moust JHC, Bouhuijs PAJ, Schmidt HG (1999) Problemorientiertes Lernen. Ullstein Medical. Wiesbaden

Muijsers P (1999) Modularisierung des Pflegeunterrichts. Ullstein Medical. Wiesbaden

Münks-Lederer C, Dhein Y, Richter B, Worth H (2001) Evaluation eines ambulanten strukturierten Asthma-Schulungsprogramms für Erwachsene. Pneumologie 2001; 84-90

NAKOS-PAPER 5 (2003) Berlin. URL: www.nakos.de (21.01.04)

Neber H (1978) Selbstgesteuertes Lernen (lern- und handlungspsychologische Aspekte). In: Neber H, Wagner AC & Einsiedler W (Hrsg.) Selbstgesteuertes Lernen. Psychologische und pädagogische Aspekte eines handlungsorientierten Lernens. Beltz. Weinheim, Basel

Neuhaus G (2004) Grundlagen der Salutogenese - Beiträge für eine Veränderung im deutschen Bildungswesen. URL: http://www.optipage.de/salutogenese.html (20.12.04)

Noack RH (1997) Salutogenese: Ein neues Paradigma in der Medizin? In: Bartsch HH, Bengel J (Hrsg.). Salutogenese in der Onkologie. Karger. Basel

Notter LE, Hott JR (1991) Grundlagen der Pflegeforschung. Hans Huber. Bern

Ohm D (2003) Merkblatt Nr. 2. Progressive Relaxation – Tiefenmuskelentspannungstraining nach Jacobsen. URL: www.entspannungsverfahren.com (22.4.04)

Ohm, D (2001) Stressfrei durch Progressive Relaxation, Trias-Relax-CD, Trias-Verlag, Stuttgart

Paulus J (1998) Verhaltenstherapie – Der kurze Weg zum Wohlbefinden. Campus. Frankfurt/Main; New York

Peet M, Harvey NS (1991) Lithium maintenance, 1: A standard education programm for patients. British Journal of Psychiatrie 158: 197-200

Peralin LI, Schooler C (1978) The structure of coping. Journal of Health and Social Behavior. 19: 2-21. In: Fitzgerald Miller J (2000) Coping fördern – Machtlosigkeit überwinden. Hilfen zur Bewältigung chronischen Krankseins. Huber. Bern

Perry A et al. (1999) Randomised control-led trial of efficiency of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. British medical Journal 318: 149-153

Peterßen WH (1999) Kleines Methodenlexikon. 2. Aufl. München

Plößl I (2001) Evaluation eines Trainingsprogrammes zur beruflichen Rehabilitation von Menschen mit psychischer Erkrankung. Dissertation. Eberhard-Karls-Universität Tübingen. URL: http://w210.-ub.uni-tuebingen.de/dbt/volltexte/2001/418/pdf/diss.pdf (5.2.05)

Prigerson HG, Reynolds CF 3rd, Frank E, Kupfer DJ, George CJ, Houck PR (1994) Stressful life events, social rhythms, and depressive symptoms among the elderly: an examination of hypothesized causal linkages. Psychiatry Res. Jan;51(1):33-49

Reid S, Towell AD, Golding J F (2000) Seasonality, social zeitgebers and mood variability in entrainment of mood. Implications for seasonal affective disorder. Journal of affective disorders 59; 47-54

Reinehr T, Wollenhaupt A, Chahda C, Kersting M, Andler W (2002) Ambulante Adipositasschulungen im Kindesalter. Klin Padiatr 2002; 83-88

Reusch A (2000) Patientenschulung - Brücke zwischen Forschung und Praxis. Arbeitstagung des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Bayern. Tagungsbericht. Würzburg

Reusch A, Worbach M, Vogel H, Faller H (2003) Ziele, Rahmenbedingungen, differenzielle Aspekte und Evaluation von Patientenschulungen. Rehabilitation 2003. 42:175-176

Ritzmann P (2000) Patienten-Schulung zur Frührkennung von manischen und depressiven Episoden bei bipolarer affektiver Störung. URL: http://www.evimed.ch/cgi-bin/WebObjects/nuSite.woa/-evimed/journal_club.html?rubricseq=140&tocexternalid=573 (16.10.04)

Roche Lexikon Medizin (1993) Urban & Schwarzenberg. 3. Auflage. München

Schärer L (2002) Electronic diary for bipolar patients. Neuropsychobiology.;46 Suppl 1:10-2

Schärer L (2004) Frühwarnzeichen vs. Symptome. Persönliche Mitteilung (22.12.04)

Schaub A, Bernhard B, Gauck L (2004) Kognitiv-psychoedukative Therapie bei bipolaren Erkrankungen. Ein Therapiemanual. Hogrefe

Schaub A, Goldmann U (2000) Psychotherapie bei bipolaren Störungen. Psycho 26; 503-506

Scheibler F (2004) Shared decision making: von der Compliance zu partnerschaftlichen Formen der Arzt-Patienten-Interaktion. Huber. Bern

Scheibler F, Freise DC, Eickstädt U, Schrappe M, Pfaff H (2001) Der Patient als Kotherapeut? - Eine Typologie des Patientenverhaltens. In: Pfaff H, Freise DC, Mager G, Schrappe M, (Hrsg.). Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung der

Einbindung des Patienten als Kotherapeuten. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Sozialhygiene der Universität zu Köln, 1-2001: 63-90.

Schicke H, Rosenthal M, Tesch P, Wielpütz R (2003) Kompetenzentwicklung als Prozess selbst organisierten und virtuellen Lernens. In: Lernen in Weiterbildungseinrichtungen. ESM Satz und Grafik. Berlin

Schmelzer D (1999) Hilfe zur Selbsthilfe – Der Selbstmanagementansatz als Rahmenkonzept für Beratung und Therapie. URL: http://www.beratung-aktuell.de/selbsthilfe.html (09.02.04)

Schnaitmann GW (1996) Analyse subjektiver Lernkonzepte. In: Treumann KP, Neubauer G, Möller R, Abel J (1996) Methoden und Anwendungen empirischer Forschung. Waxmann. Münster/New York

Schrappe M (2003) Der Patient als Kunde - Maßstab für die Leistungserbringer im Gesundheitswesen. Rede anlässlich der Veranstaltung "Die Gesundheitsreform: Qualität sichern und verbessern" am 28.10.2003. URL: http://www.die-gesundheitsreform.de/reform/veranstaltungen/-fachveranstaltungen/dresden_281003/281003_rede_schrappe.html (8.1.05)

Schuntermann MF (03.11.04) Die internationale Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. URL: http://www.vdr.de

Selbsthilfegruppenjahrbuch (2003) Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen. Focus. Gießen

Semmer N (1994) Streß. In: Asanger R, Wenninger G. Handwörterbuch Psychologie. Psychologie Verlags Union. Weinheim.

Siebert H (2001) Selbstgesteuertes Lernen und Lernberatung. Neue Lernkulturen in Zeiten der Postmoderne. Luchterhand. Neuwied

Siegrist J (1993) Sense of coherence and sociology of emotions. Social Science & Medicine. 37: 968-979

Simpson SG, Jamison KR (1999) The risk of suicide in patients with bipolar disorders. J Clin Psychiatry. 60 Suppl 2:53-56

Smith JA, Tarrier N (1992) Prodromal symptoms in manic depressive psychosis. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. Oct; 27(5):245-8

Stangl W (2004) Arbeitsblaetter Stress. URL: http://www.stangl-taller.at/ARBEITSBLAETTER/EMOTION/Stress.shtml (31.05.2004)

Stangl W (2004) Lernen in Gruppen URL: http://www.stangl-taller.at/ARBEITSBLAETTER/LERNEN/Gruppenlernen.shtml (21.05.2004)

Stieglitz RD et al. (2001) Evaluation of the German Version of the PTSD Symptom Scale (PSS). Psychopathology;34:128-133

Straub C (2004) Themenzentrierte Interaktion und Gruppenarbeit. Staatliches Pädagogik Seminar Albstadt. URL: http://www.seminar-albstadt.de/bereiche/paedidll/paed/gruppen.pdf.

Szuba MP, Yager A, Guze BH, Allen EM, Baxter LR Jr. (1992) Disruption of social circadian rhythms in major depression: a preliminary report. Psychiatry Res. Jun;42(3):221-30

Thaens S (2004) Zur elektonischen Gestaltung des SMTP. Persönliche Beratung. Leipzig

The World Health Organisation. The World Health Report 2002, Mental Health: New understanding, new hope. Chapter 2: Burden of mental and behavioural disorder. URL: http://www.who.int/whr/2001/main/en/pdf/GGTSPU-1368-326547-DAT/chapter2.en.pdf. (2001)

Tohen M, Strakowski SM, Zarate C Jr, Hennen J, Stoll AL, Suppes T, Faedda GL, Cohen BM, Gebre-Medhin P, Baldessarini RJ (2000) The McLean-Harvard first-episode project: 6-month symptomatic and functional outcome in affective and nonaffective psychosis. Biol Psychiatry. 2000 Sep 15;48(6):467-76

Traub S (2003) Selbstgesteuertes Lernen in der Praxis. In: Pädagogik. 55. Jahrgang. Heft 5: 19-22

Treumann KP, Neubauer G, Möller R, Abel J (1996) Methoden und Anwendungen empirischer Forschung. Waxmann. Münster/New York

Voll B, Erfurth A (?) Bipolare Erkrankungen – Antworten zum Krankheitsbild. Wiesbaden

Voll B, Erfurth A (?) Bipolare Erkrankungen – Fragen und Antworten zur Therapie. Ogilvy Healtcare. Düsseldorf

Voll B, Erfurth A (?) Patientenbroschüre – bipolar. Wiesbaden

Wagner P, Bräunig P (2004) Psychoedukation bei bipolaren Störungen – Ein Therapiemanual für Gruppen. Schattauer. Stuttgart

Walden J, Grunze H (2000) Bipolare affektive Störungen - Ursache und Behandlung. 2. Auflage. Thieme. Stuttgart

Wehr TA (1992) Seasonal vulnerability to depression. Implications for etiology and treatment. Encephale. Sep;18 Spec No 4:479-83

Weinert FE (2001) Leistungsmessung in Schulen – Eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In: Weinert FE (Hrsg.) Leistungsmessung in Schulen. Weinheim und Basel.

Weller M (2000) Selbsthilfeförderung – vom Patienten zum Partner. Gesundheit und Gesellschaft; 3 (8): 30-34

Wiesbeck G A (2003) Bipolare Störungen – Psychopathologie, Diagnose und Therapie. LinguaMed. Neu-Isenburg

Wilkening R (2003) Entwicklung und Evaluation eines verhaltenstherapeutischen Schulungsprogramms für Patienten mit Asthma bronchiale (Davoser Asthma-Gruppe). Dissertation. Universität Freiburg. URL: http://www.freidoc.uni-freiburg.de/volltexte/718 (06.02.04)

Zukunft. 50 Bilder für die Arbeit mit Jugendlichen und Erwachsenen. (2003). Reformierte Medien Zürich.

Anlagen

Band 2

1. Interviewleitfaden
2. Interview-Briefversion
3. Abstract zur Interview-Briefversion
4. Fragebogen Soziodemografische Grunddaten
5. Feedback Fragebogen
6. Beispiel für Verbreitung
7. Poster BMGS
8. Poster DGBS
9. Handbuch SMTP
10. Zusatzfolien

Entwicklung eines Selbstmanagement-Trainingsprogramms für Menschen in Selbsthilfegruppen mit bipolaren Störungen

Von der Pädagogischen Hochschule Freiburg
zur Erlangung des Grades

einer Doktorin der Erziehungswissenschaften
(Dr. paed.)

genehmigte Dissertation

von

Heike Scheidhauer

aus

Magdeburg

Band 2

Fach:	Erziehungswissenschaften
Erstgutachter:	Prof. Dr. Walter Mattl
Zweitgutachter:	Prof. Dr. Mathias Berger (Albert-Ludwigs-Universität Freiburg)

Interviewleitfaden – zur Erfassung des IST-Zustandes in Selbsthilfegruppen bipolar Erkrankter in Deutschland

Vorbemerkungen:

- Begrüßen, Vorstellen, erklären, woher die Telefonnummer bekannt ist (DGBS, Mailingliste)
- Ziel und Zweck des Anrufes schildern ⇨ Gesprächsbereitschaft fördern
  (Stichpunkte: nach Vorbild der MDF soll im Rahmen einer Dissertation ein Selbstmanagement-Trainingsprogramm für bipolar Erkrankte entwickelt werden, Ausgangslage und Wünsche der Betroffenen sind uns wichtig, siehe unten*) Aufklären, was mit den Daten geschieht und dass die später verwerteten Aussagen keine Rückschlüsse auf einzelne Personen und/oder Gruppen zulassen und nur anonymisiert veröffentlicht werden (Daten dienen für die Standortbestimmung und gegebenenfalls weitere Rückfragen zu diesem Projekt)
- Zunächst die Fragen zur *Organisation in der Gruppe* erheben, dann „halbstrukturiert" die einzelnen Fragen der Kategorie *Vorkenntnisse...* durchgehen. Die Reihenfolge ist nicht bindend, aber alle Fragen sollten „abgehakt" werden. Am Schluss folgen die Fragen zu den *materiell-technischen Voraussetzungen*, die der Gruppe zur Verfügung stehen.

Methodik:

Die Gespräche werden auf Basis der Urliste vom Interviewer geführt und auf Band aufgezeichnet (keine Mitschrift).
Die Daten werden anhand der Datentabelle dann für die Entwicklung des Selbstmanagement-Trainingsprogramms ausgewertet.

* Ziel der Erhebung:

Das zu entwickelnde Selbstmanagement-Trainingsprogramm soll nicht nur für eine, ausgewählte Gruppe konzipiert werden sondern – mit jeweiligen Anpassungen – allgemein für Selbsthilfegruppen bipolar Erkrankter anwendbar sein. Dafür ist es notwendig, ein möglichst realistisches Bild von der Ausgangslage, den Wünschen und Bedenken der zukünftigen potenziellen Nutzer zu erfahren.

Das Interview

(15 Fragen, dauert etwa 20 Minuten)

Die Buchstaben entsprechen den Spalten in der Exel-Tabelle >StatusQuo.xls<.

Die Spalten U bis AC werden anhand der Urliste in die Tabelle übernommen.

Beim dritten erfolglosen Anrufversuch nicht weiterprobieren. (Ausschlusskriterium)

Fragen zur Organisation in der Gruppe

(* entspricht der Tabellenspalte in der Exel-Tabelle)

*	Frage	Bemerkung
B	Ist es richtig, dass es sich bei Ihrer Selbsthilfegruppe ausschließlich um Patienten mit bipolaren Störungen handelt? (**Diagnose**)	⇨ wenn nicht, kann das Interview beendet werden...
C	Wie viele Teilnehmer kommen mindestens zu den Treffen? (**Teilnehmerzahl - min**	Schätzwert
D	Wie viele sind es, wenn sehr viele kommen? (**Teilnehmerzahl – max**)	Schätzwert
E	Wie oft treffen Sie sich im Schnitt? (**Frequenz**)	z.B. 1xWoche, alle 2 Wochen usw.
F	Wie lange dauern die Sitzungen? (**Dauer**)	1 Stunde, 1,5 Stunden, 2 usw.

Fragen zu Vorkenntnissen, Wünschen und Bedenken

		Offene Fragen ⇨ eventuell Vorschläge unterbreiten
H	Haben Sie persönlich oder andere Gruppenmitglieder schon **Schulungserfahrungen** irgendeiner Art?	z.B. Psychoedukation, Gruppentraining...
I	Wenden Sie eventuell schon eigene **Strategien**/Konzepte zum Umgang mit Ihrer Erkrankung an ?	z.B.: „Ja, wir beschäftigen uns mit den Frühwarnzeichen und...“
J	Welche **Wünsche** hätten Sie an ein solches Selbstmanagement-Trainingsprogramm für Ihre Gruppe?	... in Bezug auf *Inhalte* des SMTP (Medikamente, Entspannung, Frühwarnzeichen...) aber auch in Bezug auf die *Gestaltung*
K	Welche **Bedenken** kommen Ihnen in den Sinn?	

Fragen zu materiell-technischen Voraussetzungen

		vorhanden	nicht vorhanden	kann eventuell besorgt werden
M	Tafel			
N	Flipchart			
O	Tageslichtprojektor			
P	Fernseher			
Q	Videorecorder			
R	Laptop			
S	Beamer			

Fragebogen

zur Erfassung des IST-Zustandes in Selbsthilfegruppen bipolar Erkrankter in der BRD

Liebe Selbsthilfegruppen, Patienten, Ansprechpersonen

Heike Scheidhauer
(Dipl.-Med.-Päd.)

im Rahmen einer Doktorarbeit möchte ich ein Selbstmanagement-Trainingsprogramm für Selbsthilfegruppen entwickeln. Dieses Programm soll – nach Vorbild einer Selbsthilfevereinigung aus Großbritannien – von Patienten für Patienten - konzipiert und ständig weiterentwickelt werden.

Eine Zusammenfassung dieses Vorhabens ist im beigefügten *Abstract* beschrieben. Für Fragen und Anregungen können Sie mich gern anrufen:

Tel.: 07762-95442

Nach der Erprobung des Programms in einer Selbsthilfegruppe planen wir, die einzelnen Module des Programms zum Herunterladen ins Internet zu stellen.

Ihre Mitarbeit hilft uns, dieses Selbstmanagementprogramm möglichst praktikabel und anwenderfreundlich zu gestalten. Dieses Programm soll nicht nur für eine, ausgewählte Gruppe konzipiert werden sondern – mit jeweiligen Anpassungen – allgemein für Selbsthilfegruppen bipolar Erkrankter mit den üblicherweise vorhandenen personellen und zeitlichen Ressourcen anwendbar sein. Dafür ist es notwendig, ein möglichst realistisches Bild von der Ausgangslage, den Wünschen und Bedenken der zukünftigen potenziellen Nutzer zu erfahren.

Ich bedanke mich für das Beantworten der Fragen. Bitte senden Sie den Fragebogen

entweder per E-Mail an: scheidhauer-wehr@t-online.de

oder auf dem Postweg an: **Heike Scheidhauer**
Goethestr. 1
79664 Wehr

PS: Es genügt, wenn pro Selbsthilfegruppe ein Fragebogen ausgefüllt wird.

Fragen zur Organisation in der Gruppe

1. Ist es richtig, dass es sich bei Ihrer Selbsthilfegruppe ausschließlich um Patienten mit bipolaren Störungen handelt?

☐ ja

☐ nein, auch andere Krankheitsbilder

2. Wie viele Teilnehmer kommen mindestens zu den Treffen?

..... Personen

3. Wie viele sind es, wenn sehr viele kommen?

..... Personen

4. Wie oft treffen Sie sich im Schnitt?

☐ 1 x pro Woche

☐ alle 2 Wochen

☐ 1 x pro Monat

Wenn die Antwortvorgaben nicht zutreffen ergänzen Sie bitte:

Wir treffen uns .....

5. Wie lange dauern die Gruppentreffen?

☐ 60 Minuten

☐ 90 Minuten

☐ 120 Minuten

Wenn die Antwortvorgaben nicht zutreffen ergänzen Sie bitte:

Die Gruppentreffen dauern .....

Fragen zu Vorkenntnissen, Wünschen und Bedenken

6. Haben Sie persönlich oder andere Gruppenmitglieder schon Schulungserfahrungen irgendeiner Art?
(z.B. Psychoedukation, Gruppenleitung...)

☐ ja,

nämlich:.....

.....

☐ nein

7. Wenden Sie eventuell schon eigene Strategien/Konzepte zum Umgang mit Ihrer Erkrankung an?
(z.B.: „Ja, wir beschäftigen uns mit den Frühwarnzeichen und...“)

☐ ja,

nämlich:.....

.....

.....

☐ nein

8. Welche Wünsche hätten Sie an ein solches Selbstmanagement-Trainingsprogramm für Ihre Gruppe?
(... in Bezug auf *Inhalte* wie „Medikamente“, „Entspannung“, „Frühwarnzeichen“... aber auch in Bezug auf die *Gestaltung)*

Das Programm sollte.....

.....

.....

9. Welche Bedenken kommen Ihnen in den Sinn?

Ich / wir fürchte(n) dass.....

.....

.....

Fragen zu materiell-technischen Voraussetzungen

Bitte kreuzen Sie an. ob Ihnen die unten aufgezählten Materialen für Ihre Gruppentreffen zur Verfügung stehen:

		vorhanden	nicht vorhan-den	kann eventuell besorgt werden
10.	Tafel	☐	☐	☐
11.	Flipchart	☐	☐	☐
12.	Tageslichtprojektor	☐	☐	☐
13.	Fernseher	☐	☐	☐
14.	Videorecorder	☐	☐	☐
15.	Laptop	☐	☐	☐
16.	Beamer	☐	☐	☐

Ich bedanke mich für das Beantworten der Fragen und wünsche Ihnen alles Gute!

Heike Scheidhauer

Wehr, 13. März 2004

Abstract

1. Titel: Entwicklung eines Selbstmanagement - Trainingsprogramms (SMTP) in Selbsthilfegruppen für Menschen mit bipolaren Störungen

2. Autoren: Heike Scheidhauer[1], Dr. Lars Schärer[2], Christine Biedermann[3], Dr. Jens Langosch[4], Astrid Freisen[5]

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

Der Selbsthilfe kommt eine erhebliche gesellschaftliche Bedeutung zu. Selbsthilfegruppen wirken sekundärpräventiv in dem sie die Compliance der Patienten fördern und aktiv die individuelle Lebenssituation der Patienten bewältigen helfen. Das zu entwickelnde Selbstmanagement-Trainingsprogramm versteht sich als ein Modellprojekt im Rahmen der Selbsthilfe. Ausgehend vom Empowerment-Konzept bietet das in Modulen gestaltete Programm konkrete Bewältigungsstrategien, selbstbestimmt und unter Ausnutzung kollektiver Ressourcen den Alltag trotz Krankheit zu meistern.

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

4. Methodik: Das Forschungsvorhaben untergliedert sich in folgende Teilschritte:

1. Standortbestimmung zur Beschreibung von Selbsthilfegruppen bipolar Erkrankter in der BRD
2. Entwicklung eines exemplarischen Selbstmanagement-Trainingsprogramms
3. Erprobung dieses Programms in einer Selbsthilfegruppe bipolar Erkrankter (mit Zwischenevaluation)
4. Einführung des Programms in mehreren Selbsthilfegruppen (bundesweit)
5. Evaluation des Programms

5. Ergebnisse: Erste Patientenbefragungen ergaben ein großes Interesse an der Entwicklung und Umsetzung dieses Programms. Die Bereitschaft, hier konstruktiv mitzuarbeiten kann als sehr hoch eingeschätzt werden.

Ein vorläufiger Entwurf präsentiert die didaktisch-methodische Gestaltung dieses Projektes.

6. Diskussion: Dieses Programm ist ein Beispiel selbstverständlicher partnerschaftlicher Zusammenarbeit von Betroffenen und Professionellen und entspricht der von der Bundesregierung im Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitssystems verankerten Partizipation von Patienten.

1 Diplom-Medizin-Pädagogin, Goethestr. 1, 79664 Wehr, 07761-95442, scheidhauer-wehr@t-online.de
2 Arzt, Albert-Ludwig-Universität Freiburg, Hauptstraße 5, 0761-2706501, los@bipolar.de
3 Dipl.-Psych., Albert-Ludwig-Universität Freiburg, Hauptstraße 5
4 Arzt, Albert-Ludwig-Universität Freiburg, Hauptstraße 5
5 Doktorandin

Soziodemographische Grunddaten - Fragebogen

(modifiziert nach: Patient Questionaire Selbstrating, Stanley Foundation Bipolar Network)

Ihre Initialen: __ __ Datum:__ __ / __ __ / __ __
Monat Tag Jahr

Liebe Teilnehmer/innen am „Selbstmanagement-Trainingsprogramm (SMTP) für Menschen in Selbsthilfegruppen mit bipolaren Störungen“,

dieser Fragebogen soll dazu dienen, Ihre Selbsthilfegruppe näher zu beschreiben.
Daher möchte ich Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten und den Fragebogen mit beiliegendem Rückumschlag an mich zurückzusenden. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und in anonymisierter Form ausgewertet. Die Teilnahme ist freiwillig.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit.

---

1. Geburtsdatum __ __ / __ __ / __ __
Monat Tag Jahr

2. Geschlecht

1. weiblich
2. männlich

3. Kulturelle Herkunft

1. Europa
2. Afrika
3. Südamerika
4. Türkei
5. Asien
6. Andere *(Bitte spezifizieren)* _____

3. Derzeitiger Familienstand

1. Verheitatet- Dauer: __ __ Jahre
2. Mit Partner zusammenlebend- Dauer: __ __ Jahre
3. Allein lebend
4. Geschieden
5. Getrennt
6. Verwitwet

4. Welche Krankenversicherung haben Sie? *(Bitte kreuzen Sie alle Zutreffenden an)*

1. Berufsunfähigkeitsrente
2. Private Krankenversicherung
3. Gesetzliche Krankenversicherung
4. Keine Krankenversicherung
5. Andere *(Bitte spezifizieren)* _____

5. Wie ist Ihre derzeitige Wohnsituation?

1. Ich lebe mit meinem Ehegatten zusammen
2. Ich lebe mit meinem Partner zusammen
3. Ich lebe als alleinerziehendes Elternteil mit meinen Kindern zusammen
4. Ich lebe allein oder in Wohngemeinschaft
5. Ich lebe bei meiner Ursprungsfamilie (d.h. mit meinen Eltern od. anderen Familienmitgliedern)
6. Ich lebe in einem Wohnheim
7. Ich bin obdachlos
8. Anderes (Bitte spezifizieren) _____

6. Die höchste Schulbildung, die Sie abgeschlossen haben:

1. Achte Klasse oder weniger
2. Hauptschulabschluss
3. Mittlere Reife
4. Abitur/Fachabitur/Berufsoberschule
5. Lehre
6. Fachhochschule
7. Universität
8. Promotion

7. Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation? *(Bitte kreuzen Sie alle Zutreffenden an)*

1. Ich habe eine Vollzeitbeschäftigung, die meinen Qualifikationen entspricht
2. Ich arbeite Vollzeit im Haushalt
3. Ich habe eine Vollzeitbeschäftigung, die unter meiner Qualifikation liegt
4. Ich habe eine Teilzeitbeschäftigung
5. Schule/Universität, Vollzeit
6. Schule/Universität, Teilzeit
7. Arbeitslos, aber arbeitsfähig
8. Ehrenamtliche Beschäftigung
9. Zeitlich begrenztes Rehabilitationsprogramm
10. Geschützter Arbeitsplatz
11. Unfähig zu arbeiten
12. Berentet

8. Anderes (Bitte spezifizieren) _____

8. Wie fühlen Sie sich zur Zeit bzw. wie sehr sind sie zur Zeit durch Ihre Erkrankung beeinträchtigt?

a) Manie

ausgeglichen, keine Beeinträchtigung

leicht, keine/geringe Beeinträchtigung; mögliche Schaffenssteigerung

mäßig, merkliche Schwierigkeiten

deutlich, bedeutende Schwierigkeiten im Verhalten, nicht produktiv

b) Depression

ausgeglichen, keine Beeinträchtigung

leicht, kann alles oder beinahe alles mühelos schaffen

mäßig, offensichtliche Beeinträchtigung bei der Arbeit / Zuhause; muss mich mehr als gewöhnlich anstrengen

deutlich, bedeutende Beeinträchtigung, kann nur noch Weniges in allen Lebensbereichen schaffen

c) Stimmungsschwankungen innerhalb des Tages

Bitte die Anzahl der Stimmungsumschwünge pro Tag eintragen: ____

9. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben, wenn Sie gesund sind und wenn Sie krank sind?

	1. sehr unzufrieden	2. unzufrieden	3. etwas unzufrieden	4. neutral	5. etwas zufrieden	6. zufrieden	7. sehr zufrieden
a) In der Depression							
b) In der Manie							
c) Wenn gesund							

10. Bitte schätzen Sie, wie oft Sie folgendes in Ihrem ganzen Leben schon erlebt haben?
(Ohne eine möglicherweise derzeitige Episode)

	0. Null	1. Eine	2. Zwei	3. Drei	4. Vier	5. 5 bis 10	6. 11 bis 20	7. 20+
a) Hypomanie/ manische Episoden								
b) Hospitalisierung wegen Manie								
c) Depressive Episoden								
d) Hospitalisierung wegen Depression								

Nochmals herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens.

Feedback-Fragebogen zum SMTP

(modifiziert nach: Schaub, LMU München, Quelle: Bäuml & Pitschel-Walz: Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen *und LIFE FUNCTIONING QUESTIONAIRE – STANLEY FOUNDATION BIPOLAR NETWORK)*

Ihre Initialen: __ __ Datum:__ __ / __ __ / __ __
Monat Tag Jahr

Liebe Teilnehmer/innen am „Selbstmanagement-Trainingsprogramm (SMTP) für Menschen in Selbsthilfegruppen mit bipolaren Störungen“,

ich möchte mich bei Ihnen für Ihre Teilnahme an diesem Projekt bedanken. Sie waren Teilnehme/in in der ersten Selbsthilfegruppe, die dieses Programm durchgeführt hat. Um das SMTP weiterzuentwickeln und zu optimieren, interessiert uns nun sehr Ihre Einschätzung zu dieser Konzeption. Daher möchte ich Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten und mit beiliegendem Rückumschlag an mich zurückzusenden. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und in anonymisierter Form ausgewertet. Die Teilnahme ist freiwillig.

Bitte kreuzen Sie die Antworten an, die Ihnen spontan am zutreffendsten erscheinen. Formulieren Sie in Stichpunkten ihren Standpunkt zu den offen gestellten Fragen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Ihre Meinung ist uns wichtig.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit.

---

1. Wie fühlen Sie sich zur Zeit bzw. wie sehr sind sie zur Zeit durch Ihre Erkrankung beeinträchtigt?

a) Manie

ausgeglichen, keine Beeinträchtigung

leicht, keine/geringe Beeinträchtigung; mögliche Schaffenssteigerung

mäßig, merkliche Schwierigkeiten

deutlich, bedeutende Schwierigkeiten im Verhalten, nicht produktiv

b) Depression

ausgeglichen, keine Beeinträchtigung

leicht, kann alles oder beinahe alles mühelos schaffen

mäßig, offensichtliche Beeinträchtigung bei der Arbeit / Zuhause; muss mich mehr als gewöhnlich anstrengen

deutlich, bedeutende Beeinträchtigung, kann nur noch Weniges in allen Lebensbereichen schaffen

c) Stimmungsschwankungen innerhalb des Tages

Bitte die Anzahl der Stimmungsumschwünge pro Tag eintragen: ____

2. Führte einer der unten aufgeführten Faktoren zu Schwierigkeiten, das SMTP durchzuführen?
(Bitte alle, die für den Zeitraum des Programms zutreffen, ankreuzen.)

1. Die meiste Zeit zu depressiv
2. Die meiste Zeit zu manisch
3. Meine Stimmung war nicht ausreichend stabil – zu viele Hochs und Tiefs.
4. Ich hatte Angst, weil ich befürchtete, eine neue Episode auszulösen.
5. Ich kam mit den anderen nicht zurecht.
6. Körperliche Symptome (z.B. Konzentrationsschwierigleiten, verschwommene Sicht, Müdigkeit) beeinträchtigten meine Leistungsfähigkeit.
7. Medikamentennebenwirkungen beeinträchtigten meine Leistungsfähigkeit.
8. Anderes *(Bitte erklären):* _____

3. Der Aufwand für die Durchführung des SMTP war für Sie

1	2	3	4
sehr groß	groß	gering	sehr gering

4. Würden sie dieses SMTP anderen Selbsthilfegruppen empfehlen?

1	2	3	4
ganz bestimmt	vielleicht	nein	auf gar keinen Fall

5. Wie interessant waren die folgenden Themen für Sie?

	1 sehr interessant	2 interessant	3 wenig interessant	4 nicht interessant
Krankheitsbild und Behandlung				
Frühwarnzeichen und der Umgang mit ihnen				
Palm-Life Chart und Alternativen				
Stabilisation sozialer Rhythmen				
Stress und Stressbewältigung				

Bitte ergänzen Sie für Sie wichtige Inhalte, die oben nicht aufgelistet sind:

	1 sehr interessant	2 interessant	3 wenig interessant	4 nicht interessant
.....				
.....				
.....				

6. Wie hilfreich fanden Sie die folgenden Bestandteile des SMTP?

	1 sehr hilfreich	2 hilfreich	3 wenig hilfreich	4 nicht hilfreich
Teil 1: Methodisches Vorgehen				
Teil 2: Informationsblätter				
Teil 3: Lernimpulse				
Teil 4: HausAufgaben				
Teil 5: Folien / Handout				
Teil 6: Anlagen				
Zubehör (Video, CD Progressive Relaxation)				

Bitte ergänzen Sie für Sie wichtige Bestandteile, die oben nicht aufgelistet sind:

	1 sehr hilfreich	2 hilfreich	3 wenig hilfreich	4 nicht hilfreich
.....				
.....				
.....				

7. Inwieweit haben Sie den Eindruck, dass Sie persönlich von diesem SMTP profitieren können?

1 sehr stark	2 stark	3 schwach	4 sehr schwach

Falls Sie 1 oder 2 angekreuzt haben, inwiefern können Sie profitieren?

.....

.....

.....

.....

8. Inwieweit haben Sie den Eindruck, dass die Gruppe von diesem SMTP profitieren konnte?

1	2	3	4
sehr stark	stark	wenig	gar nicht

Falls Sie 1 oder 2 angekreuzt haben, inwiefern konnte die Gruppe profitieren?

.....

.....

.....

.....

9. In dieser Frage haben sie die Möglichkeit, einzustufen, wie Sie sich in der Gruppe gefühlt haben. Kreuzen Sie bitte pro Zeile das Kästchen an, das Ihrer Einschätzung am nächsten kommt.

In der Gruppe fühlte ich mich meistens

	sehr	etwas	weder noch	etwas	sehr	
entspannt						angespannt
ausgeglichen						beunruhigt
abwesend						aufmerksam
unterfordert						überfordert
bestärkt						verunsichert
beruhigt						beunruhigt

10. Inwieweit hatten Sie den Eindruck, dass Sie Ihre Erfahrungen in die Gruppe einbringen konnten?

1	2	3	4	5
immer	oft	manchmal	selten	nie

11. Was hat Ihnen an diesem Programm gefallen?

.....

.....

.....

.....

12. Was hat Ihnen an diesem Programm nicht gefallen?

.....

.....

.....

.....

Bemerkungen, Anregungen, Verbesserungsvorschläge

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nochmals herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens.

-----Ursprüngliche Nachricht-----
Von: [redacted]
Gesendet: Mittwoch, 15. September 2004 09:49
An: projekt-bipolar@gmx.de
Betreff: Selbstmanagement- Trainingsprogramm

Sehr geehrte Frau Scheidhauer,
als Vertreterin der einzigen Bipolar- Selbsthilfegruppe Köln, eine weitere befindet sich im Aufbau, wende ich mich an Sie mit der Bitte, uns an Ihrem Selbstmanagement- Trainingsprogramm teilhaben zu lassen. Selbstmanagement, Eigenverantwortlichkeit und Selbstorganisation bilden von Anfang an den Kern unserer Arbeit und stellen an uns "versorgungsgewöhnte" Psychisch- Kranke bisher wenig kultivierte Anforderungen. Ihr Info- Blatt, welches ich auf der DGBS- Tagung mehr zufällig in die Hände bekam, machte spontan den Eindruck, dass dieses Programm für die Arbeit in unserer Gruppe von grossem Wert und Nutzen sein könnte. Wir sind eine sehr konstante Gruppe- keine Fluktuation, arbeiten 1x wöchtlich mit einander und sind ausnahmslos hochmotiviert, uns das, was uns selbst an sinnvollen Einflußmöglichkeiten im Zusammenhang mit unserer Erkrankung zur Verfügung steht ein zu setzen bzw. aus zu bilden.
Ich möchte Sie herzlich bitten, unter o.g. e-mail Adresse eine Nachricht zu unserem Anliegen zurück zu senden. Sie können mich auch gerne unter der Telnr. [redacted] erreichen.
Vielen Dank für Ihr Interesse- herzliche Grüsse- [redacted]

.....

Antwort:

Liebe Frau [redacted],

vielen Dank für Ihre Mail und Ihr Interesse an unserem Projekt!

Ab Ende September 04 wird die erste Selbsthilfegruppe über einen Zeitraum von 6 Wochen das Programm testen, dann wird dieser Probelauf ausgewertet und das Handbuch zum Programm anhand dieser Ergebnisse überarbeitet. Schon jetzt führe ich eine "Interessentenliste" und freue mich sehr, Sie in diese aufzunehmen zu dürfen. Wann wir das Programm an interessierte Selbsthilfegruppen weitergeben können, kann ich Ihnen zum heutigen Zeitpunkt leider noch nicht sagen.
Für weitere Auskünfte können Sie mich aber gern anrufen:

Heike Scheidhauer
Phone: 07761/95442
Mobil: [redacted]

Sobald wir soweit sind, Ihnen das Selbstmanagement-Trainingsprogramm anzubieten, hören Sie selbstverständlich wieder von mir.

Herzliche Grüße aus Wehr,

Heike Scheidhauer

Entwicklung eines Selbstmanagement - Trainingsprogramms in Selbsthilfegruppen für Patienten mit bipolaren Störungen

Scheidhauer H, Schärer L, Biedermann C, Freisen A und Langosch JM
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Freiburg

Abstract

Seit einigen Jahren absolvieren manisch-depressiv Erkrankte einer Selbsthilfevereinigung in Großbritannien mit Erfolg Selbstmanagement - Trainingsprogramme zur besseren Bewältigung ihrer Krankheitssymptome.
Das zu entwickelnde Selbstmanagement-Trainingsprogramm versteht sich als ein Modellprojekt im Rahmen der Selbsthilfe. Ausgehend vom Empowerment-Konzept bietet das in Modulen gestaltete Programm konkrete Bewältigungsstrategien, selbstbestimmt und unter Ausnutzung kollektiver Ressourcen den Alltag trotz Krankheit zu meistern.
Methodisch soll das SMTP nicht nur für eine, ausgewählte Gruppe konzipiert werden sondern allgemein für Selbsthilfegruppen bipolar Erkrankter anwendbar sein.

Zur Entwicklung dieses Programms werden die auf der Internetseite der DGBS veröffentlichten Selbsthilfegruppen bipolar Erkrankter interviewt.

Es erfolgt die Erprobung dieses Programms in einer Selbsthilfegruppe bipolar Erkrankter - mit Zwischenevaluation – sowie die Einführung des Programms in mehreren Selbsthilfegruppen (bundesweit). Erste Patientenbefragungen ergaben ein großes Interesse an der Entwicklung und Umsetzung dieses Programms. Die Bereitschaft, hier konstruktiv mitzuarbeiten kann als sehr hoch eingeschätzt werden. Dieses Programm ist ein Beispiel selbstverständlicher partnerschaftlicher Zusammenarbeit von Betroffenen und Professionellen und entspricht der von der Bundesregierung im Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitssystems verankerten Partizipation von Patienten.

Hintergrund

Treichel (2003) fordert in ihrem Artikel „Kommunikation mit Selbsthilfegruppierungen am Beispiel der Disease-Management-Programme" dass *„die Selbsthilfe ... durch ihr Feedback endlich bei der Weiterentwicklung der Programme eingebunden werden (muss)."* In der aktuellen Diskussion zu diesem Thema (Selbsthilfegruppenjahrbuch, 2003) wird allerdings die Möglichkeit, Patienten als Experten in eigener Sache und auf der Basis von zielgerichteten Programmen wirklich autark Verantwortung übernehmen zu lassen, nicht aufgeführt. Konkrete Selbstmanagementprogramme - *durchgeführt von Patienten* – scheint es bisher in strukturierter und evaluierter Form nicht zu geben. In dieser Hinsicht kann das in dieser Arbeit vorgestellte Konzept als ein Novum betrachtet werden.

Der Selbsthilfe kommt eine erhebliche gesellschaftliche Bedeutung zu. Selbsthilfegruppen wirken sekundärpräventiv in dem sie die Compliance der Patienten fördern, aktiv die individuelle Lebenssituation der Patienten bewältigen helfen und nicht zuletzt dem Risikofaktor Isolation entgegenwirken. So gesehen konnte die Selbsthilfe in den letzten Jahren zu einer „vierten Säule" im System gesundheitlicher Versorgung heranwachsen. Die Gesetzliche Krankenversicherung ist über den § 20, Abs. 4 SGB V zur Selbsthilfeförderung verpflichtet. Obwohl für diese Förderung jährliche Beträge zur Verfügung stehen, werden diese bei weitem nicht ausgeschöpft. (NAKOS 2003)

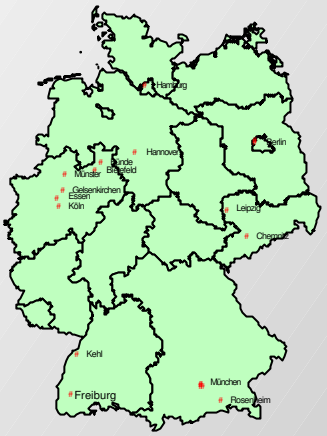
Patienten mit bipolarer Störung weisen ein hohes Risiko auf, Suizid zu begehen (Simpson und Jamison 1999). Mindestens jeder vierte Patient unternimmt einen Selbsttötungsversuch, 20 % versterben an Suizid (Berghöfer 2003, Simpson und Jamison 1999). Gefährdet sind vor allem junge Männer zu Beginn der Erkrankung und Patienten, die kurz zuvor aus dem Krankenhaus entlassen worden sind (Simpson und Jamison 1999, Angst et al. 1999).
Ein Bericht der WHO aus dem Jahr 2002 weist darauf hin, dass es weltweit eine deutliche Zunahme dieser Erkrankung gibt und bipolare Störungen zu den zehn Krankheitsbildern gehören, die am häufigsten zu einer Behinderung führen. Anders als bei einer reinen Depression, an der mehr Frauen erkranken, leiden unter einer bipolaren Störung Frauen und Männer gleich häufig. Die in der Literatur benannten Häufigkeiten weisen eine große Spannweite auf. Eine epidemiologische Studie aus Zürich ermittelte sogar eine Lebenszeit Prävalenz bis zu 12% (Angst und Gamma 2002).

Das zu entwickelnde Selbstmanagement-Trainingsprogramm soll sich an der Lebenssituation und den Alltagsanforderungen der Betroffenen orientieren. Die Patienten tragen maßgebend zum Erfolg oder Nichterfolg dieses Projektes bei – sie gestalten und leiten die einzelnen Module unabhängig und eigenverantwortlich. Dieser Anspruch eine besondere Herausforderung dar. Die „Lernenden" sind Patienten. Die „Lehrer" sind es ebenfalls. Abgesehen vom vergleichbaren „Leidensdruck" kann von einer äußerst heterogenen Gruppensituation ausgegangen werden. Sämtliche Entscheidungen befinden sich in einem Spannungsfeld von erzielbarem Lernerfolg, Gruppenerwartung und den jeweiligen Fähigkeiten aber auch Begrenzungen der Teilnehmer.

Die Geschichte der Medizin kennt zahlreiche Beispiele für Selbstmanagementstrategien. In den letzten Jahren lässt sich eine ausgesprochen hohe Zahl an Forschungsaktivitäten zu Patientenschulungen eruieren. Forschungstrends gehen in die Richtung, die Angebote stärker zu spezialisieren und indikationsspezifisch zu gestalten, die Didaktik von Patientenschulungen sowie die Methodik bei der Schulungsevaluation stehen im Mittelpunkt des wissenschaftlichen Interesses (Wilkening, 2002).

Methode

Abgeleitet aus dieser Zielstellung untergliedert sich das Forschungsvorhaben in folgende Teilschritte:

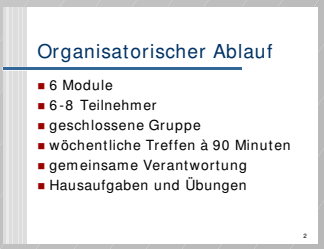


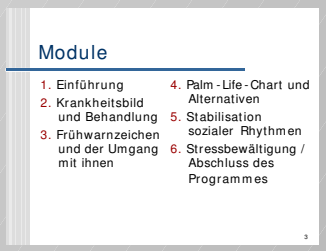
1. Standortbestimmung zur Beschreibung von Selbsthilfegruppen bipolar Erkrankter in der BRD
2. Entwicklung eines exemplarischen Selbstmanagement -Trainingsprogramms
3. Durchführung dieses Programms (Pilotstudie)
4. Zwischenevaluation des Programms
5. Evaluation der Anwendung des Programms bundesweit

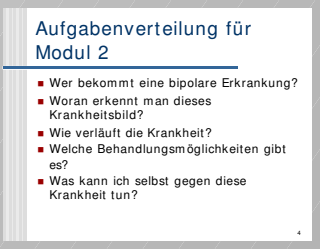
Derzeit erfolgt die Standortbestimmung und Entwicklung des Programms. Die Pilotstudie soll (etwa im September 2004) in einer Selbsthilfegruppe durchgeführt und im Sinne einer Feasibility-Studie evaluiert werden. Geplant ist die ständige Weiterentwicklung des Programms durch Patienten in Selbsthilfegruppen bipolarer allektiver Störungen.

Ergebnisse

Ein vorläufiger Entwurf für das Manual sowie die organisatorische Gestaltung des Programms liegt bereits vor:







Diskussion

Dieses Programm ist ein Beispiel selbstverständlicher partnerschaftlicher Zusammenarbeit von Betroffenen und Professionellen und entspricht der von der Bundesregierung im Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitssystems verankerten Partizipation von Patienten.

Entwicklung eines Selbstmanagement - Trainingsprogramms in Selbsthilfegruppen für Patienten mit bipolaren Störungen

Scheidhauer H, Schärer L, Biedermann C, Freisen A und Langosch JM
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Freiburg
Mattl W – Pädagogische Hochschule Freiburg

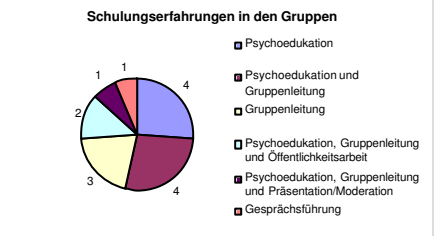
4. Jahrestagung - Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V.
09. September 2004 - Hamburg

Studie: Seit einigen Jahren absolvieren manisch-depressiv Erkrankte einer Selbsthilfevereinigung in Großbritannien mit Erfolg Selbstmanagement - Trainingsprogramme zur besseren Bewältigung ihrer Krankheitssymptome.
Das zu entwickelnde Selbstmanagement-Trainingsprogramm versteht sich als ein Modellprojekt im Rahmen der Selbsthilfe. Ausgehend vom Empowerment-Konzept bietet das in Modulen gestaltete Programm konkrete Bewältigungsstrategien, selbstbestimmt und unter Ausnutzung kollektiver Ressourcen den Alltag trotz Krankheit zu meistern.

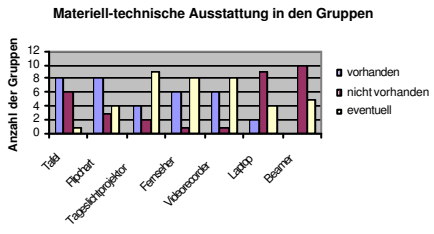
Methode: Zur Entwicklung dieses Programms wurden (im Zeitraum von Januar bis März 2004) die auf der Internetseite der DGBS veröffentlichten Selbsthilfegruppen bipolar Erkrankter interviewt und nach ihrer Meinung, Bedenken und Voraussetzungen für ein solches Selbstmanagement-Trainingsprogramm befragt.
Im Sommer 2004 erfolgt die Erprobung dieses Programms in einer Selbsthilfegruppe bipolar Erkrankter - mit Zwischenevaluation – sowie die Einführung des Programms in mehreren Selbsthilfegruppen (bundesweit).

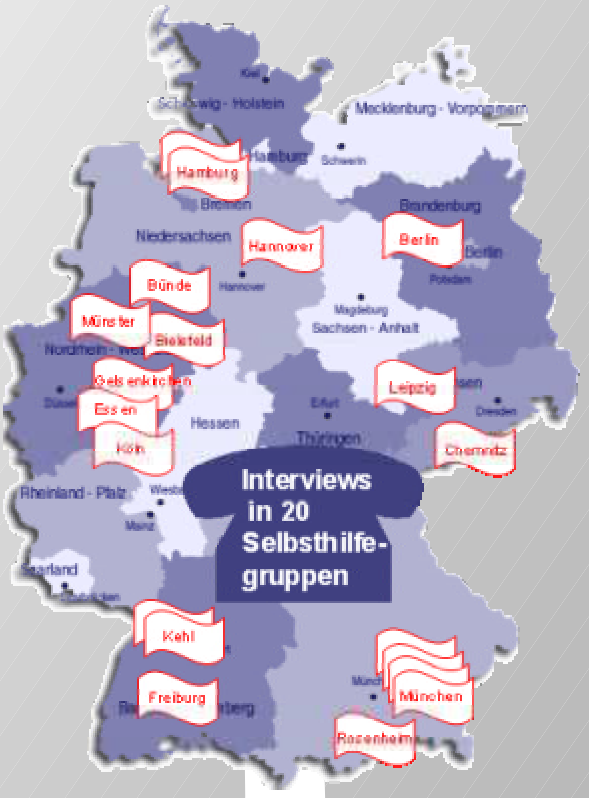
Erste Ergebnisse ergaben ein großes Interesse an der Entwicklung und Umsetzung dieses Programms. Die Bereitschaft, hier konstruktiv mitzuarbeiten kann als sehr hoch eingeschätzt werden. Dieses Programm ist ein Beispiel selbstverständlicher partnerschaftlicher Zusammenarbeit von Betroffenen und Professionellen und entspricht der grundsätzlichen Zielstellung der DGBS, Selbsthilfeinitiativen von Patienten und ihren Angehörigen zu unterstützen.

Ergebnisse der Interviews



Voraussetzungen





Beiträge / Anregungen

Informationen:
- zum Krankheitsbild und zur Behandlung
- zum Umgang mit Frühwarnzeichen
- Krisenintervention
- Gestaltung des Tagesablaufes
- zu rechtlichen Fragen

Das Programm soll:
- praktikabel
- machbar
- gut strukturiert
- nicht zu leicht/zu schwer sein
- Informationsmaterial bieten

Das Selbstmanagement-Trainingsprogramm

Module

1. Einführung
2. Krankheitsbild und Behandlung
3. Frühwarnzeichen und der Umgang mit ihnen
4. Palm-Life-Chart und Alternativen
5. Stabilisation sozialer Rhythmen
6. Stressbewältigung / Abschluss des Programmes

Organisatorischer Ablauf

- ca. 6-8 Teilnehmer
- 6 Module à 90 Minuten
- wöchentliche Treffen oder Wochenendseminar
- gemeinsame Verantwortung
- Gruppenabsprachen, Übungen, Hausaufgaben

Diskussion: Der Selbsthilfe kommt eine erhebliche gesellschaftliche Bedeutung zu. Selbsthilfegruppen wirken sekundärpräventiv in dem sie die Compliance der Patienten fördern, aktiv die individuelle Lebenssituation der Patienten bewältigen helfen. Patienten wollen und können ihr Schicksal selbst in die Hand nehmen.

Die Patienten tragen maßgebend zum Erfolg oder Nichterfolg dieses Projektes bei – sie gestalten und leiten die einzelnen Module unabhängig und eigenverantwortlich.

Handbuch

Selbst-
Management-
Trainings-
Programm

für Menschen in
Selbsthilfegruppen mit
bipolaren Störungen

Heike Scheidhauer

Zeichnung © Reinhard Gielen

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis 2
Einleitung 6
Vorwort 6
Wie entstand dieses Programm? 6
Was bietet dieses Programm? 6
Was bietet das Programm nicht? 7
Zum Aufbau dieses Handbuchs 8
Teil 1 8
Teil 2 8
Teil 3 8
Teil 4 8
Teil 5 8
Teil 6 8
Stundenvarianten 1-3 9
Kurzübersicht zu den Modulen 1 bis 3 10
Kurzübersicht zu den Modulen 4 bis 6 11
Methodisches Vorgehen in den einzelnen Modulen 12
Modul 1: Einführung in das Programm und Absprachen zum organisatorischen Ablauf 12
Modul 1: Bausteine 1-3 13
Modul 1: Bausteine 4-5 13
Modul 1: Baustein 6 15
Modul 2: Krankheitsbild und Behandlung 16
Modul 2: Bausteine 1-3 17
Modul 2: Baustein 4 18
Modul 2: Bausteine 5-6 19
Modul 3: Frühwarnzeichen und der Umgang mit ihnen 20
Modul 3: Bausteine 1-3 21
Modul 3: Bausteine 4-6 22
Modul 4: Palm-Life Chart und Alternativen 23
Modul 4: Bausteine 1-3 24
Modul 4: Bausteine 4-6 25
Modul 5: Stabilisation sozialer Rhythmen 26
Modul 5: Bausteine 1-3 27
Modul 5: Bausteine 4-6 28
Modul 6: Stressbewältigung / Abschluss des Programms 29

Modul 6: Bausteine 1-4 30
Modul 6: Bausteine 5-6 31
Teil 2: Informationsblätter 32
Info-1: Wer bekommt eine bipolare Erkrankung? 32
Info 2: Woran erkennt man dieses Krankheitsbild? 32
Info 3: Wie verläuft die Krankheit? 34
Info 4: Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es? 35
Übersicht 35
Zur medikamentösen Behandlung 36
Weitere Therapieoptionen 37
Psychotherapie und Psychoedukation 38
Info 5: Was kann ich selbst gegen diese Krankheit tun? 39
Info 6: Wie gründet man eine Selbsthilfegruppe? 39
Info 7: Wie funktionieren Selbsthilfegruppen? 40
Info 8: Wie können Schwierigkeiten in der Gruppenarbeit vermieden werden? 42
Gruppenregeln 42
Info 9: Was versteht man unter Frühwarnzeichen? 43
Synonyme 44
Begriff „Frühwarnzeichen“ 44
Individuelle Frühwarnzeichenliste 44
Zeitliche Abfolge individueller Frühwarnzeichen 45
Info 10: Progressive Relaxation – Entspannungstraining nach Jacobsen 45
Entspannungstraining und Gesundheit 46
Zusammenhang zwischen psychischer und muskulärer Spannung 46
Die Methode der Progressiven Relaxation 47
Forschungsergebnisse 47
Zum Erlernen der Methode 47
Info 11: Palm-Life-Chart und Alternativen 48
Erste Informationen zu Palm Lifechart (PLC) 48
Funktionen des Programms 49
Arbeitsgruppe Neue Medien 52
ChronoRecord Software 52
Info 12: Palm-Life-Chart jetzt auch online 52
Info-13: Palm-Life-Chart Zielsetzung 54
Info-14: Was sind soziale Rhythmen 54
Info-15: Wie kann ich meine Tagesstruktur stabilisieren? 55
Was bedeutet Soziales Rhythmus Training? 56
Soziale Rhythmus Metrik 56

Info-16: Soziale Rhythmus Metrik und Palm Life Chart 56
Elektronische Datenerfassung 57
Muss ich meinen Tag so gestalten wie es das Programm vorschreibt? 57
Ausblick 57
Info-17: Stress und Stressbewältigung? 57
Wie wird Stress definiert? 58
Wie reagieren wir auf Stress? 59
Teil 3: Lernimpulse 60
Lernimpulse 1 60
L-1.1: Häufigkeit 60
L-1.2: Behinderung 60
L-1.3: Symptome 60
L-1.4: Ursachen 60
L-1.5: Lebensereignisse 61
Lernimpulse 2 61
L-2.1: Klassifikationen 61
L-2.2: Depression 61
L-2.3: Manie / Hypomanie 61
L-2.4: Diagnose „Bipolar“ 61
Lernimpulse 3 61
L-3.1: Vulnerabilität 62
Lernimpulse 4 64
L-4.1: Medikamente 64
L-4.2: Psychoedukation 64
Lernimpulse 9 64
L-9.1: Synonyme für Frühwarnzeichen 64
L-9.2: Frühwarnzeichen und unangemessene Besorgnis 64
L-9.3: Frühwarnzeichen und Krankheitsbewältigung 65
L-9.4: Frühwarnzeichen und zeitliche Abfolge 65
Lernimpulse 10 65
L-10.1: Entspannungsempfindungen 65
L-10.2: Psyche und Körper 65
Lernimpulse 11 66
L-11.1: Tagebuchverfahren 66
L-11.2: Handbuch PLC 66
Lernimpulse 14 66
L-14.1: Biorhythmus 66
Lernimpulse 17 66

L-17.1: Stressoren 66
Teil 4: HausAufgabenblätter 67
HA-1: Mein Vertrag mit mir selbst 67
HA-2: Meine persönliche Frühwarnzeichen-Liste 68
HA-3: Meine persönlicher Vorsorgebogen 69
HA-4: Mein persönliches Life Chart 70
HA-5: Mein persönliches Trainingsprogramm 71
Teil 5: Handout 72
Teil 6: Anlagen 88
A-1: Video „Himmelhoch jauchzend zu Tode betrübt – Bipolare Erkrankungen“ 88
A-2: Telefonliste 89
A-3: Anwesenheitsliste 90
A-4: Checkliste Vorbereitung Modul 2 91
A-5: Liste der am häufigsten genannten Arzneimittel 92
A-6: Förderantrag 95
A-7: Checkliste Vorbereitung Modul 100
A-8: Frühwarnzeichenliste 101
A-9: Vorsorgebogen 104
A-10: Muster-Life Chart 107
A-11: Stimmungskalender 108
A-12: Formulare NIMH-LCM 109
A-13: Formular Soziale Rhythmus Metrik 114
A-14: Arbeitsblätter „Stress und Stressbewältigung“ 115
A-15: Abschluss 117
Index 118
Glossar 120
Zubehör 126

Einleitung

Vorwort

Das diesem Programm zu Grunde liegende Konzept basiert auf der Idee der „Manic *Depression* Fellowship" (MDF: www.mdf.org.uk), einer Selbsthilfevereinigung von manisch-depressiv Erkrankten in Großbritannien. Seit einigen Jahren absolvieren Betroffene in Großbritannien mit Erfolg Selbstmanagement - Trainingsprogramme (*SMTP*) zur besseren Bewältigung ihrer Krankheitssymptome[1]. Diese Programme wurden gezielt von Patienten für Patienten entworfen und werden ständig weiterentwickelt und aktualisiert. Die Grundidee besteht darin, dass **Betroffene Experten in eigener Sache** sind. Jede am Kurs teilnehmende Person bringt ihre persönlichen Erfahrungen sowie ihr individuelles Wissen ein.

Wie entstand dieses Programm?

Dieses Selbstmanagement-Trainingsprogramm entstand — initiiert durch Dr. Lars Schärer[2] und in Kooperation mit der Pädagogischen Hochschule Freiburg — im Rahmen einer Doktorarbeit. Wir haben uns die Idee der MDF zu Nutze gemacht und in intensiver Zusammenarbeit mit Betroffenen aus Selbsthilfegruppen Form und Inhalte für dieses Programm entwickelt. Alle beteiligten Selbsthilfegruppen waren zum Zeitpunkt des Projektbeginns (Januar 2004) auf der Internetseite der DGBS[3] (http://dgbs.de/adressen/selbsthilfegruppen/index.php) vertreten. Telefoninterviews, zahlreiche Gespräche, persönliche Kontakte, Briefwechsel, E-Mails und Einladungen zu den Selbsthilfegruppentreffen vermittelten uns ein Bild von den Wünschen, Bedürfnissen und Möglichkeiten der Menschen, für die dieses Programm gedacht ist. Zu einzelnen Themen und medizinischen Fragen wurden wir von erfahrenen Experten beraten.

Was bietet dieses Programm?

Nach Vorbild der Betroffenen aus Großbritannien ist dieses Selbstmanagement-Trainingsprogramm für die eigenständige Anwendung durch Menschen in Selbsthilfegruppen mit bipolaren Störungen konzipiert. Sie erhalten in der hier vorliegenden Form ein strukturiertes Handbuch mit verschiedenen Themen, Anregungen und Hilfsmitteln für die praktische Umsetzung in Ihrer Selbsthilfegruppe. Da jede Selbsthilfegruppe anders funktioniert und es keine festen Regeln, geschweige denn Vorschriften für die Selbsthilfegruppentreffen und -themen gibt, dient dieses Programm als **eine** Möglichkeit, sich innerhalb der Gruppe, auf der Basis gegenseitigen Verstehens und Austausches, mit konkreten Inhalten zu beschäftigen.

Dieses Programm wird in der vorliegenden Form erstmals in Selbsthilfegruppen erprobt und soll zu wissenschaftlichen Zwecken auf seinen Erfolg hin untersucht werden.

Es bietet die Möglichkeit, die Themen ganz nach den Bedürfnissen der einzelnen Gruppenmitglieder und je nach Wunsch — mit wechselnder Moderation — zu bearbeiten. Dazu werden insgesamt sechs Module à 90 Minuten in jeweils drei ***Varianten*** vorgeschlagen (Seite 9). Wenn Sie die Gruppenstunden gemeinsam planen und immer mal wieder andere Teilnehmer die Leitung übernehmen, verteilt sich die Verantwortung „auf mehrere Schultern" und beugt dem vor, dass Einzelne zu stark belastet werden.

Die Besonderheit dieses Programms besteht darin, dass Sie **ohne direkte Beteiligung von „Professionellen"** (nicht betroffenen Personen) die einzelnen Programminhalte während Ihrer Selbsthilfegruppentreffen ausführen. Als *Experten* Ihrer Krankheit **handeln** Sie sozusagen **als Ihre eigenen Mentoren**. Die *Selbsthilfegruppe* bietet den äußeren Rahmen hierfür, alle einzelnen Gruppenmitglieder können und sollen ihre Erfahrungen, ihr Wissen und ihre individuellen Taktiken, mit der Krankheit zurechtzukommen, einfließen lassen.

---

[1] In der Fachliteratur werden diese Arten von Bewältigungsstrategien als *coping* (engl.: klarkommen, zurechtkommen) bezeichnet. Gemeint ist das Bewältigen einer schweren Lebenssituation, einer Krise bzw. Krankheit.

[2] Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung für Psychiatrie und Psychosomatik, Hauptstr. 5, 79104 Freiburg

[3] Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (www.dgbs.de) Postfach 920249, 21132 Hamburg, Tel.: 040-85 40 88 83, E-Mail: info@dgbs.de

Was bietet das Programm nicht?

Das Selbstmanagement-Trainingsprogramm ist **keine *Therapie*** und kann und soll nicht die enge Zusammenarbeit mit Ihrem behandelnden Arzt, Psychologen oder anderen Fachpersonen ersetzen! Im Gegenteil: Für Personen, die gerade eine Krankheitsepisode durchleiden, kann es unter Umständen eine Überforderung darstellen.

Durch die Auseinandersetzung mit den in diesem Programm enthaltenen Themen setzten Sie sich intensiv mit Ihrer Krankheit auseinander. Sollte diese intensive Beschäftigung mit krankheitsrelevanten Fragen für Sie zu einer verstärkten Belastung und/oder intensiven gruppendynamischen Prozessen führen, gehen Sie bitte sorgfältig und verantwortungsbewusst mit sich selber und den anderen Gruppenteilnehmern um. Scheuen Sie sich nicht, bei Problemen Hilfe von Fachleuten in Anspruch zu nehmen!

Danksagung

Ohne die Zusammenarbeit mit den Betroffenen, ohne die vielen Ideen, Tipps aber auch kritischen Anmerkungen hätte dieses Programm nicht entstehen können.

Die Finanzierung aber auch die Herstellung und Bereitstellung von Materialien und Medien für dieses Forschungsprojekt wurde dankenswerterweise von der Firma Lilly unterstützt.

Ich möchte allen Beteiligten für Ihre Mitarbeit danken und wünsche Ihnen viel Erfolg bei der Durchführung dieses Programms!

Heike Scheidhauer

(Diplommedizinpädagogin)

Einleitung

0

Zum Aufbau dieses Handbuchs

Das vorliegende Handbuch besteht inhaltlich aus 6 Hauptteilen, die mit den methodischen Hinweisen aus Teil 1 in die Gruppenarbeit einbezogen werden. Ein Stichwortverzeichnis (siehe Index, Teil 7, Seite 118)sowie eine Auflistung von Zubehör (Seite 126) sollen das schnelle Verstehen fördern und zusätzliche Impulse verleihen. Begriffe, die im Textzusammenhang besonders bedeutsam sind, wurden **fett** markiert. Begriffe, die im Glossar (Teil 8, siehe Seite 120) näher erläutert werden, sind *kursiv* markiert und Begriffe, für die beide Eigenschaften zutreffen, erscheinen ***fett und kursiv***.

Teil 1

Hier finden Sie die **tabellarisch gestaltete Übersicht zum methodischen Vorgehen** in den einzelnen sechs Programmmodulen. Das Thema der Stunden, die vorzubereitenden Materialien sowie der inhaltliche und methodische Ablauf werden detailliert beschrieben und sollen auf diese Art eine didaktische Hilfe für die Gestaltung der einzelnen Module darstellen.

Teil 2

Auf den **Informationsblätter**n (Info-1 bis Info-17, Seiten 32 bis 57) werden grundlegende medizinische Informationen zum Krankheitsbild der bipolaren Störungen oder anderen Aspekten, die dieses Programm berühren, beschrieben. Diese Informationsblätter können selbstverständlich keinen Anspruch auf Vollständigkeit erfüllen. Vielleicht möchten Sie diese krankheitsspezifischen Informationen im Laufe der Zeit ergänzen, aktualisieren und durch eigene Aufzeichnungen und Recherchen erweitern... Bitte beachten Sie an dieser Stelle auch, dass sich medizinische Kenntnisse rasant entwickeln und somit jeweils nur einen „vorläufigen“ Stand des heutigen Wissens repräsentieren können.

Möglicherweise haben Sie in Ihrer Gruppe das Bedürfnis, das ein oder andere Thema ausführlicher zu behandeln. Für diesen Zweck ist Teil 3 des Handbuchs vorgesehen.

Teil 3

Hier können Ihnen die als **Lernimpulse** bezeichneten zusätzlichen Anregungen vielleicht als Anhaltspunkte dienen. Die Lernimpulse werden auf den Seiten 60 bis 66 unter L-1.1 bis L-17.1 zusammengefasst. Die erste Ziffer bezieht sich immer auf das jeweilige Informationsblatt, zu dessen Inhalt mit den Lernimpulsen zusätzliche Anregungen erfolgen. Selbstverständlich lassen sich gruppenspezifische Lernimpulse hinzufügen und möglicherweise auch während späterer Gruppentreffen bearbeiten.

Teil 4

Der Teil 4 enthält **HausAufgabenblätter** zum Nachbereiten, Vorbereiten und Vertiefen der während der Module besprochenen Inhalte. Bitte bearbeiten Sie diese Blätter regelmäßig und tragen Sie auf diese Art zu Ihrem persönlichen Erfolg dieses SMTP bei.

Teil 5

Damit Sie sich während der einzelnen Stunden persönliche Notizen machen können und sich die einzelnen Informationen besser merken, sind sämtliche zum Programm gehörenden Folien „in Kleinformat“ als sogenanntes **Handout** zusammengefasst.

Teil 6

Dieser Teil beinhaltet als **Anlage** diverse sonstige Materialien, die Sie benötigen könnten. Wie auch die anderen zum Handbuch gehörenden Teile stellen die hier zusammengestellten Formulare einen „Anfang“ dar und können (und sollen) während der Selbsthilfegruppenarbeit nach und nach erweitert werden.

Stundenvarianten 1-3

Drei verschiedene Vorgehensweisen für Ihre Gruppentreffen schlagen wir Ihnen in diesem SMTP vor. Die untenstehende Abbildung soll verdeutlichen, wie Sie aus den drei Varianten auswählen können:

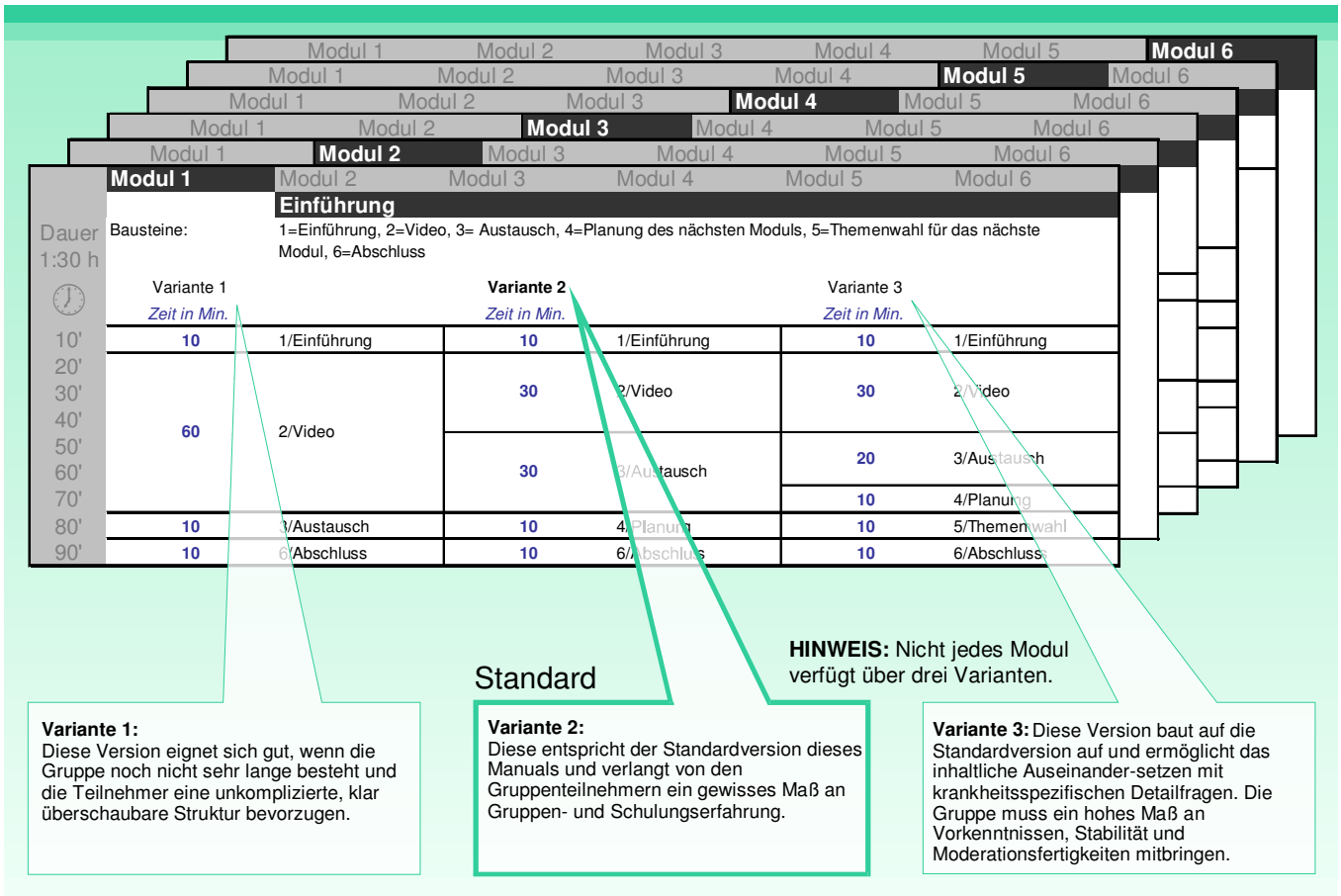


Abbildung 1: Variantenauswahl innerhalb der einzelnen Module

Jedes *Modul* ist für jeweils 90 Minuten (ohne Pause) konzipiert. Jedes Modul setzt sich aus mehreren Bausteinen zusammen. In jedem Modul gibt es inhaltliche Anpassungen, das heißt die Bausteine variieren inhaltlich von Gruppenstunde zu Gruppenstunde.

Kurzübersicht zu den Modulen 1 bis 3

Modul 1 | Modul 2 | Modul 3 | Modul 4 | Modul 5 | Modul 6

Einführung

Dauer 1:30 h

Bausteine: 1=Einführung, 2=Video, 3= Austausch, 4=Planung des nächsten Moduls, 5=Themenwahl für das nächste Modul, 6=Abschluss

	Variante 1 *Zeit in Min.*		**Variante 2** *Zeit in Min.*		Variante 3 *Zeit in Min.*	
10'	**10**	1/Einführung	**10**	1/Einführung	**10**	1/Einführung
20'						
30'			**30**	2/Video	**30**	2/Video
40'						
50'	**60**	2/Video				
60'			**30**	3/Austausch	**20**	3/Austausch
70'					**10**	4/Planung
80'	**10**	3/Austausch	**10**	4/Planung	**10**	5/Themenwahl
90'	**10**	6/Abschluss	**10**	6/Abschluss	**10**	6/Abschluss

Modul 1 | **Modul 2** | Modul 3 | Modul 4 | Modul 5 | Modul 6

Krankheitsbild und Behandlung

Dauer 1:30 h

Bausteine: 1=Einführung, 2=Video, 3= Gruppe, 4=Hauptthema, 5=Themenwahl für das nächste Modul, 6=Abschluss

	Variante 1 *Zeit in Min.*		**Variante 2 und 3** *Zeit in Min.*	
10'	**10**	1/Einführung	**10**	1/Einführung
20'				
30'	**20**	3/Gruppe	**30**	2/Video
40'				
50'				
60'	**40**	4/Hauptthema	**30**	4/Hauptthema
70'				
80'			**10**	5/Themenwahl
90'	**20**	6/Abschluss	**10**	6/Abschluss

Modul 1 | Modul 2 | **Modul 3** | Modul 4 | Modul 5 | Modul 6

Frühwarnzeichen und der Umgang mit ihnen

Dauer 1:30 h

Bausteine: 1=Einführung, 2=Hauptthema, 3= Austausch, 4=Lernimpuls, 5=Zwischenbilanz, 6=Abschluss

	Variante 1 und 2 *Zeit in Min.*		Variante 3 *Zeit in Min.*	
10'	**20**	1/Einführung	**15**	1/Einführung
20'				
30'	**20**	2/Hauptthema	**30**	2/Hauptthema
40'				3/Austausch
50'	**20**	3/Austausch	**15**	4/Lernimpuls
60'				
70'	**15**	5/Zwischenbilanz	**15**	5/Zwischenbilanz
80'				
90'	**15**	6/Abschluss	**15**	6/Abschluss

Kurzübersicht zu den Modulen 4 bis 6

Modul 1 | Modul 2 | Modul 3 | **Modul 4** | Modul 5 | Modul 6

Palm-Life-Chart und Alternativen

Dauer 1:30 h

Bausteine: 1=Einführung und Rückblick, 2=Austausch, 3=Hauptthema, 4=Lernimpuls, 5=Planung, 6=Abschluss

	Variante 1		**Variante 2**		Variante 3	
	Zeit in Min.		*Zeit in Min.*		*Zeit in Min.*	
10'		1/Einführung		1/Einführung	20	1/Einf.+Rückbl.
20'	40	und Rückblick	30	und Rückblick		2/Austausch
30'		2/Austausch		2/Austausch	10	5/Planung
40'			10	5/Planung	30	3/Hauptthema
50'		3/Hauptthema				
60'	30		40	3/Hauptthema		2/Austausch
70'		2/Austausch		2/Austausch	20	4/Lernimpuls
80'	20	6/Abschluss				
90'			10	6/Abschluss	10	6/Abschluss

Modul 1 | Modul 2 | Modul 3 | Modul 4 | **Modul 5** | Modul 6

Stabilisation sozialer Rhythmen

Dauer 1:30 h

Bausteine: 1=Einführung, 2=Hauptthema, 3= Austausch, 4=Lernimpuls, 5=Planung, 6=Abschluss

	Variante 1		**Variante 2**		Variante 3	
	Zeit in Min.		*Zeit in Min.*		*Zeit in Min.*	
10'	20	1/Einführung	20	1/Einführung	20	1/Einführung
20'						
30'						
40'	30	2/Hauptthema	30	2/Hauptthema	30	2/Hauptthema
50'						
60'					10	4/Lernimpuls
70'	20	3/Austausch	20	3/Austausch	10	3/Austausch
80'			10	5/Planung	10	5/Planung
90'	20	6/Abschluss	10	6/Abschluss	10	6/Abschluss

Modul 1 | Modul 2 | Modul 3 | Modul 4 | Modul 5 | **Modul 6**

Stressbewältigung / Abschluss des Programms

Dauer 1:30 h

Bausteine: 1=Einführung, 2=Hauptthema, 3= Austausch, 4=Lernimpuls, 5=Planung, 6=Abschluss

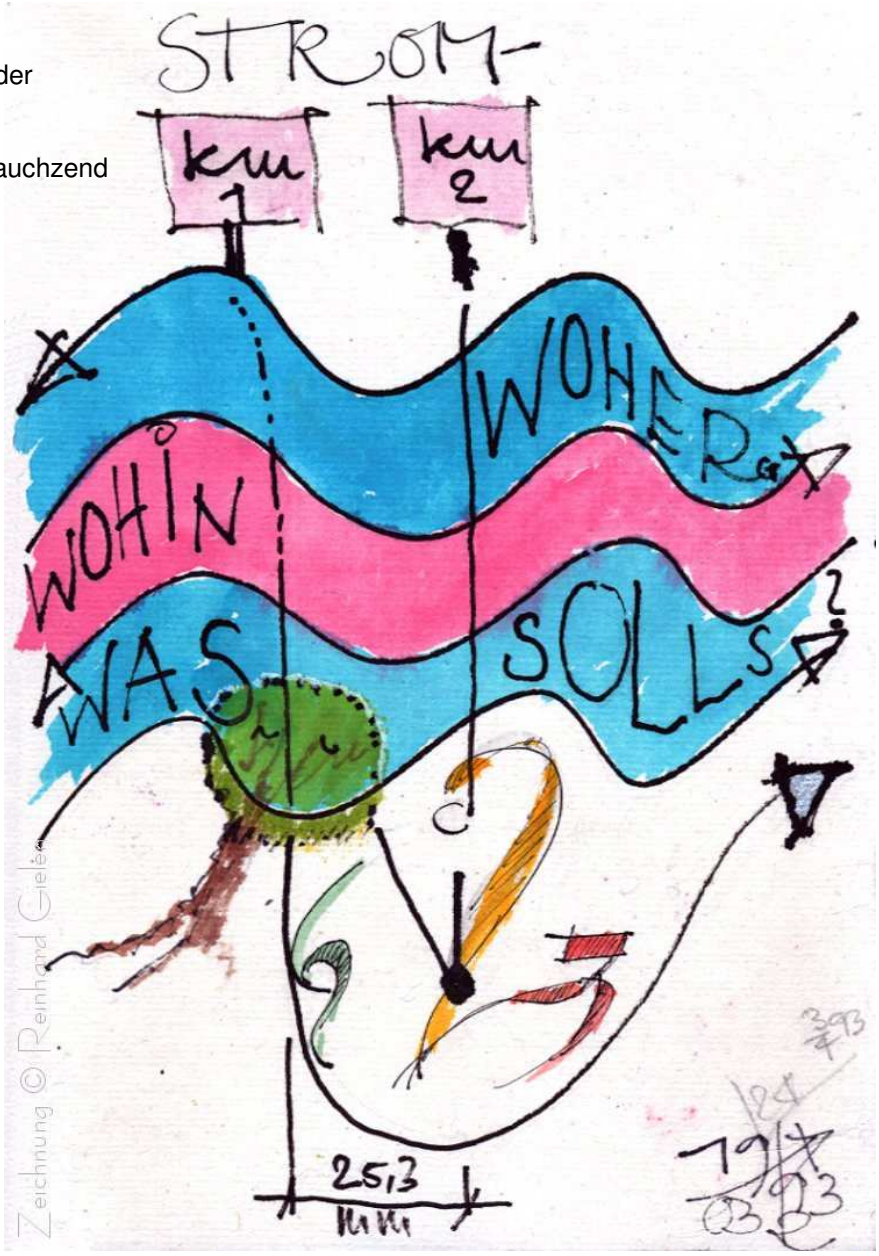
	Varianten 1-3	
	Zeit in Min.	
10'	10	1/Einführung
20'		2/Hauptthema
30'		
40'		
50'	60	3/Austausch
60'		
70'		4/Lernimpuls
80'	10	5/Planung
90'	10	6/Abschluss

Methodisches Vorgehen in den einzelnen Modulen

Modul 1: Einführung in das Programm und Absprachen zum organisatorischen Ablauf

Benötigte Materialien:

- Handbuch *SMTP* für jede Teilnehmerin/jeden Teilnehmer[4]
- Schreibzeug
- Tageslichtprojektor
- Fernsehgerät und Videorecorder
- *Folien* 1- 5
- Videokassette „Himmelhoch jauchzend zu Tode betrübt – Bipolare Erkrankungen“
- Wollknäuel



[4] Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im nachfolgenden Text für die männliche und weibliche Form entweder die Kurzform wie zum Beispiel TeilnehmerIn oder die männliche Form verwendet.

Modul 1: Bausteine 1-3

Modul 1 Baustein 1	Modul 2 Baustein 2	Modul 3 Baustein 3	Modul 4 Baustein 4	Modul 5 Baustein 5	Modul 6 Baustein 6

Einführung: Dauer ca. 10 min

Ziel

Die TeilnehmerInnen erhalten Informationen zur Entstehung, zum organisatorischen und inhaltlichen Ablauf des SMTP.

Inhalt

siehe Folien 1-4

Ablauf

Begrüßung. Die Gruppenleiterin/der Gruppenleiter stellt das Programm vor. Zur besseren Visualisierung werden die Folien verwendet.

Das Handbuch wird verteilt. In der Zeit, in der die TeilnehmerInnen das Handbuch „überfliegen“ bereitet die Gruppenleiterin/der Gruppenleiter das Fernsehgerät und den Videorecorder vor...

Bemerkungen

Das Handout im Teil 5 kann für persönliche Notizen verwendet werden.

Modul 1 Baustein 1	Modul 2 **Baustein 2**	Modul 3 Baustein 3	Modul 4 Baustein 4	Modul 5 Baustein 5	Modul 6 Baustein 6

Video: Dauer ca. 60 min bzw. 30 min, je nach Variante (s.u.)

Ziel

Es werden grundlegende Kenntnisse zum Krankheitsbild der bipolaren Störungen vermittelt und an exemplarischen Patienten-Beispielen individuelle Erscheinungsformen aufgezeigt.

Inhalt

Die Inhalte des Videos sind in der Anlage 1 skizziert.

Ablauf

Die TeilnehmerInnen sehen sich gemeinsam das Video an.

Bemerkungen

Das Video „Himmelhoch jauchzend zu Tode betrübt...“ ist ein audiovisuelles Lernprogramm. Im Wesentlichen entspricht der Inhalt des Films auch den Inhalten der einzelnen Module. Konkrete Bewältigungsstrategien (Coping = klarkommen, zurechtkommen) werden im Rahmen dieses SMTP in der Gruppe miteinander erarbeitet.

Variante 1: Gruppen, die sich für Variante 1 entschieden haben, schauen das Video komplett an.

Variante 2 und 3: Gruppen, die sich für Variante 2 und 3 entschieden haben sehen zunächst nur die erste Hälfte, also etwa 30 Minuten.

Modul 1 Baustein 1	Modul 2 Baustein 2	Modul 3 **Baustein 3**	Modul 4 Baustein 4	Modul 5 Baustein 5	Modul 6 Baustein 6

Austausch: Dauer je nach gewählter Variante (s.u.)

Ziel

Reflexion, Erfahrungsaustausch

Inhalt/Ablauf

Reflexion, Erfahrungsaustausch

Bemerkungen

Niemand wird gezwungen, etwas zu sagen. Es soll nur reden, wer möchte. Auch Schweigen ist in Ordnung.

Variante 1: ca. 10 Min. ⇨ dann weiter mit Baustein 6
Variante 2: ca. 30 Min. ⇨ dann weiter mit Baustein 4
Variante 3: ca. 20 Min. ⇨ dann weiter mit Baustein 4

Modul 1: Bausteine 4-5

Modul 1 Baustein 1	Modul 2 Baustein 2	Modul 3 Baustein 3	Modul 4 **Baustein 4**	Modul 5 Baustein 5	Modul 6 Baustein 6

Planung: ca. 10 min (entfällt für Variante 1)

Ziel

Reflexion, Erfahrungsaustausch

Inhalt

Aufgabenverteilung für Modul 2: siehe Folie 5

Ablauf

Die Gruppenleiterin/der Gruppenleiter stellt anhand der Folie 5 die Lerninhalte des zweiten Moduls vor.
Die TeilnehmerInnen beraten, wer zu welchen Inhalten beim nächsten Mal berichten kann.
Als organisatorische Hilfestellung kann die in Anlage 4 enthaltene Checkliste dienen.

Bemerkungen

Hinweis: Es soll vermieden werden, dass die Gruppenleiterin/der Gruppenleiter die alleinige Verantwortung und permanente Moderation des Programms zu tragen haben!

Als Hilfsmittel zur Vorbereitung von Modul 2 stehen für alle Gruppenmitglieder die Folien (6-17) sowie die Informationsblätter (1-8) zur Verfügung.
Das ungefähre Zeitraster kann dem Stundenablauf für Modul 2 entnommen werden.

Modul 1 Baustein 1	Modul 2 Baustein 2	Modul 3 Baustein 3	Modul 4 Baustein 4	Modul 5 **Baustein 5**	Modul 6 Baustein 6

Themenwahl: ca. 10 min (nur für Variante 3)

Ziel

Vorbereitung des nächsten Treffens
Absprache selbst gewählter Ziele und Inhalte für Modul 2

Inhalt

siehe Lernimpulse 1.1 – 4.1

Ablauf

Die Teilnehmer beraten, welchen dieser Themenbereiche sie beim nächsten Treffen besprechen wollen, wer welche Materialien mitbringen kann und wer was vorbereitet.

Bemerkungen

Die Auseinandersetzung mit ergänzenden Inhalten kann selbstverständlich auch zu einem späteren Zeitpunkt geschehen.

Modul 1: Baustein 6

Modul 1 Baustein 1	Modul 2 Baustein 2	Modul 3 Baustein 3	Modul 4 Baustein 4	Modul 5 Baustein 5	Modul 6 **Baustein 6**

Abschluss: ca. 10 min

Ziel

Organisatorisches und Terminabsprachen
Im Idealfall hält sich die Gruppe geschlossen an die wöchentlichen Treffen à ca. 90 Minuten.
Hinweis: Dokumentieren Sie Ihre Anwesenheit – und damit Teilnahme am Programm – anhand der Liste in Anlage 3.
Hinweis: Beraten Sie in Ihrer Gruppe, ob es nicht sinnvoll ist, eine Telefonliste zu erstellen. Eine Vorlage hierfür finden Sie in der Anlage 2.
Selbstmanagement der Krankheit, Eigenverantwortung übernehmen
Stundenausklang

Inhalt/Ablauf

Bevor die Gruppe in einer Feedback-Runde die erste Stunde des SMTP abschliesst, verweist die Gruppenleiterin/der Gruppenleiter auf das erste HausAufgabenblatt im Teil 4 des SMTP.
Die Gruppe sitzt im Kreis. Der erste Teilnehmer hält ein Wollknäuel in den Händen, schildert kurz seine Gedanken zum Ablauf und Inhalt des ersten Moduls. Er/sie wickelt den Faden des Wollknäuels ein wenig ab und wirft das Knäuel einem anderen Teilnehmer zu. Auch dieser äußert sich, hält mit der einen Hand den Faden fest und schickt das Wollknäuel einem weiteren Teilnehmer zu... usw. bis alle an der Reihe waren.

Bemerkungen

Das am Schluss entstandene Netz aus dem Wollfaden symbolisiert das gemeinsame Ziel und Zusammengehörigkeitsgefühl in der Gruppe.
Die Gruppenmitglieder füllen das HausAufgabenblatt zu Hause aus und bringen es zum nächsten Mal mit.

Modul 2: Krankheitsbild und Behandlung

Benötigte Materialien:

- Handbuch *SMTP* für jede Teilnehmerin/jeden Teilnehmer (wurde in der letzten Stunde verteilt und wird in jedem *Modul* benutzt)
- Tageslichtprojektor
- *Folien* 6-15 (bzw. bis17)
- Fotomappe „Zukunft“

Variante 2 und 3 benötigen zusätzlich:

- Fernsehgerät und Videorecorder
- Videokassette „Himmelhoch jauchzend zu Tode betrübt – Bipolare Erkrankungen
- Zusatzfolien (ohne Handout)

Zeichnung © Reinhard Gielen

Modul 2: Bausteine 1-3

Modul 1	**Modul 2**	Modul 3	Modul 4	Modul 5	Modul 6
Baustein 1	Baustein 2	Baustein 3	Baustein 4	Baustein 5	Baustein 6

Einführung: Dauer ca. 10 min

Ziel	Begrüßung, Blitzlicht
Inhalt/Ablauf	Anwesenheitsliste (Anlage 3) zirkulieren lassen Wie erging es mir im beim ersten Treffen? Was nehme ich mir für dieses Programm vor? (auf das HausAufgabenblatt 1 Bezug nehmen)
Bemerkungen	Tageslichtprojektor bereitstellen **Hinweis:** Bitte beachten Sie, dass wenn die „Blitzlichtrunde“ länger dauert, die Gesamtzeit von 90 Minuten nicht ausreicht.

Modul 1	**Modul 2**	Modul 3	Modul 4	Modul 5	Modul 6
Baustein 1	**Baustein 2**	Baustein 3	Baustein 4	Baustein 5	Baustein 6

Video: Dauer ca. 30 min (nicht für Variante 1)

Ziel	(siehe Modul 1)
Inhalt/Ablauf	Gruppen, die sich für Variante 2 und 3 entschieden haben sehen sich die zweite Hälfte des Videos an.

Modul 1	**Modul 2**	Modul 3	Modul 4	Modul 5	Modul 6
Baustein 1	Baustein 2	**Baustein 3**	Baustein 4	Baustein 5	Baustein 6

Gruppe: ca. 20 min (nur für Variante 1)

Ziel	Die Gruppe einigt sich auf „Regeln“ des gemeinsamen Arbeitens. Schaffung eines konstruktiven Gruppenklimas
Inhalt/Ablauf	Anhand des Informationsblattes 8 und der dazu gehörenden Folien 16-17 einigen sich die TeilnehmerInnen auf gruppenspezifische Regeln. Klären Sie untereinander, ob Sie sich mit den hier vorgeschlagenen Gruppenregeln identifizieren können, bzw. welche Regeln Sie für wichtig erachten.
Bemerkungen	Tipps für Zusatzmaterialien und Bestellmöglichkeiten finden Sie auf den Informationsblättern 6-7 sowie in der Anlage 6.

Modul 2: Baustein 4

Modul 1 Baustein 1	**Modul 2** Baustein 2	Modul 3 Baustein 3	Modul 4 **Baustein 4**	Modul 5 Baustein 5	Modul 6 Baustein 6

Thema: Dauer ca. 40 min (Variante 1) bzw. 30 min (Variante 2 und 3)

Ziel

Aneignung von Wissen zum Krankheitsbild und zur Behandlung der bipolaren Störungen.
Erfahrungsaustausch
Eigenverantwortung übernehmen
Selbstmanagement der Krankheit

Inhalt/Ablauf

Variante 1: Ein Gruppenmitglied stellt einführend anhand der Folie 5 die Lerninhalte des zweiten Moduls vor.
Die Folie 7 wird aufgelegt.
Die Teilnehmer lesen gemeinsam das erste Informationsblatt und tauschen im Anschluss daran kurz ihre Meinung hierzu aus.
In gleicher Weise kann nun auch mit den Informationsblättern 2-5 und den jeweils dazu gehörigen Folien verfahren werden.

Variante 2 Jeweils 1-2 Teilnehmer berichten zu den Inhalten der Informationsblätter 1-5 bzw. referieren anhand der Folien 6-15.

und 3: Die Lernimpulse 1.1 bis 4.2 (eine Auswahl) werden thematisiert.

Die Gruppenmitglieder füllen das HausAufgabenblatt 2 zu Hause aus und bringen es zum nächsten Mal mit.

Hinweis: Das HausAufgabenblatt 2 "Meine persönliche Frühwarnzeichen-Liste" bereitet das Hauptthema von Modul 3 aber auch die weiteren Module 4-6 vor. Ausgehend von individuellen Frühwarnzeichen sollen später individuelle Stressoren und entsprechende Handlungspläne (Notfallpläne) erarbeitet werden.

Bemerkungen

Es ist durchaus möglich, dass Sie ein Thema besonders interessiert und Sie dafür länger Zeit benötigen.
Sprechen Sie sich ab, ob Sie diesem Thema auf Kosten der anderen Vorrang geben wollen oder es auf später „vertagen“.
Benutzen sie für persönliche Notizen das Handout (Teil 5 des Handbuchs).
Dieses Selbstmanagement-Trainingsprogramm ist bewusst so konzipiert, dass auch noch nach den sechs Modulen Themen offen sind.

Modul 2: Bausteine 5-6

Modul 1 Baustein 1	**Modul 2** Baustein 2	Modul 3 Baustein 3	Modul 4 Baustein 4	Modul 5 **Baustein 5**	Modul 6 Baustein 6

Themenwahl: ca. 10 min (nicht für Variante 1)

Ziel	Vorbereitung des nächsten Treffens Absprache selbst gewählter Ziele und Inhalte für Modul 3
Inhalt	siehe Lernimpulse 1.1 – 4.1
Ablauf	Die Teilnehmer beraten, welchen dieser Themenbereiche sie beim nächsten Treffen besprechen wollen, wer welche Materialien mitbringen kann und wer was vorbereitet (vgl. Anlage 7). Selbstverständlich können auch andere Fragen gewählt (neue Lernimpulse „erfunden“) werden...
Bemerkungen	Diese hier zusätzlich gewählte Thematik ergänzt das Hauptthema „Frühwarnzeichen“ von Modul 3. Bitte beachten sie bei der Vorbereitung das Zeitraster für Modul 3 in der Kurzübersicht in der Einleitung**.**

Modul 1 Baustein 1	**Modul 2** Baustein 2	Modul 3 Baustein 3	Modul 4 Baustein 4	Modul 5 Baustein 5	Modul 6 **Baustein 6**

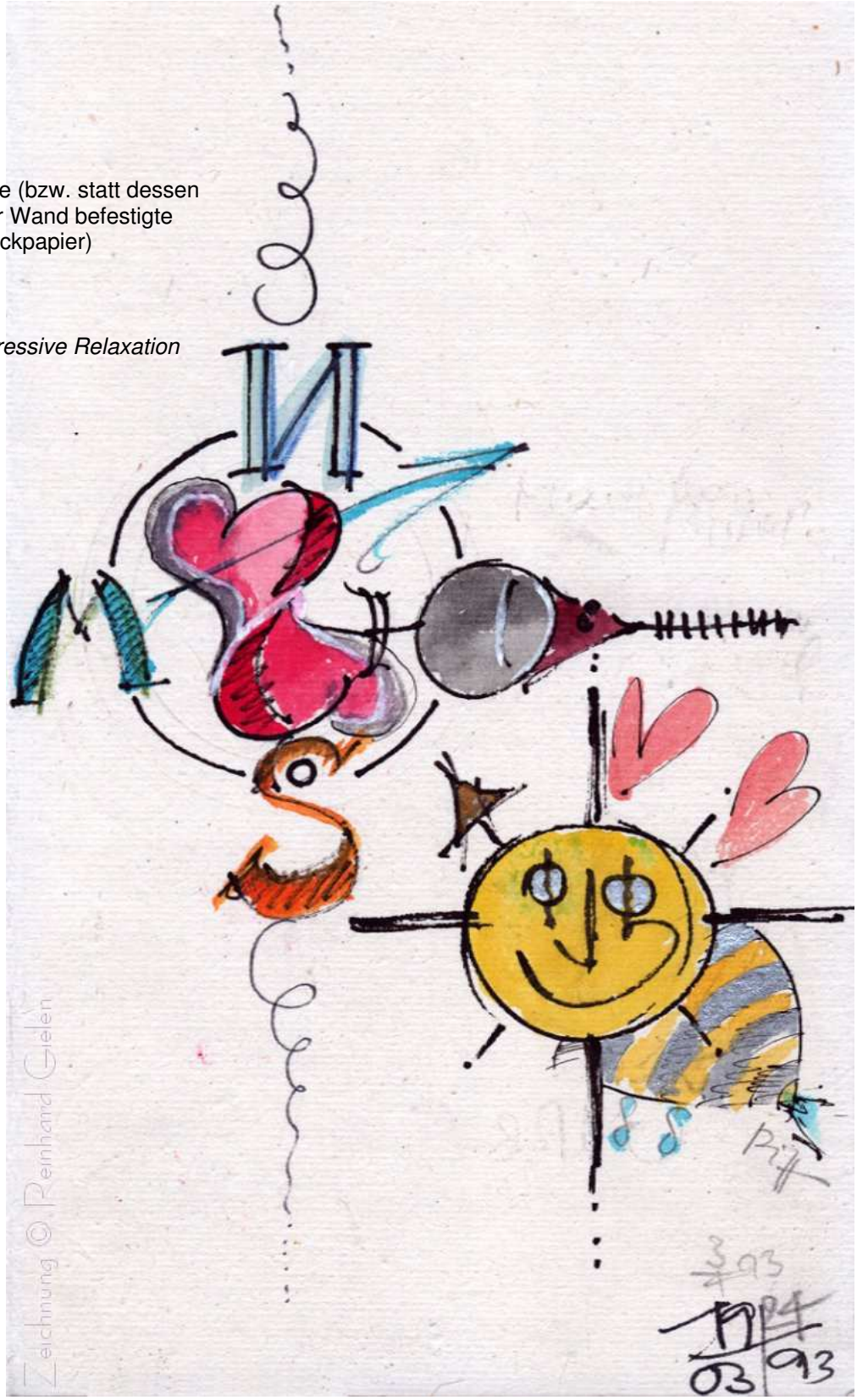
Abschluss: Dauer ca. 20 min (Variante 1) bzw. 10 min (Variante 2 und 3)

Ziel	Feedback zur heutigen Sitzung Stundenausklang
Inhalt/Ablauf	Die Gruppe sitzt im Kreis. Auf Tischen (oder dem Fußboden) werden - für alle gut sichtbar – ca. 20 Fotos aus der Fotomappe ausgelegt. Die Teilnehmer sehen sich diese Fotos kurz an und wählen sich jeder ein Foto aus. Im Anschluss teilt jeder den anderen seine Gedanken und Gefühle zu diesem Foto mit. Schildern Sie, wie es Ihnen jetzt geht, berichten Sie auch, wie Sie die heutige Sitzung erlebt haben.
Bemerkungen	Diese Fotomappe enthält zahlreiche weitere Anregungen für zukünftige Gruppentreffen... **Hinweis:** Für die nächsten Module wird zusätzlich ein CD-Player benötigt.

Modul 3: Frühwarnzeichen und der Umgang mit ihnen

Benötigte Materialien:

- Handbuch *SMTP*
- Tageslichtprojektor
- *Folien* 18-27
- Fotomappe „Zukunft“
- Flipchart, Edding-Stifte (bzw. statt dessen eine Tafel oder an der Wand befestigte Plakate - z. B. aus Packpapier)
- CD-Player
- Trias-Relax-CD:
  Stressfrei durch *Progressive Relaxation*



Modul 3: Bausteine 1-3

Modul 1	Modul 2	**Modul 3**	Modul 4	Modul 5	Modul 6
Baustein 1	Baustein 2	Baustein 3	Baustein 4	Baustein 5	Baustein 6

Einführung: ca. 20 min (Variante 1 und 2) bzw. 15 min (Variante 3)

Ziel

Begrüßung
Wahrnehmungsschulung

Inhalt/Ablauf

Anwesenheitsliste (Anlage 3) zirkulieren lassen
Vorbereitung: Die Bilder aus der Fotomappe auslegen.
Aufgabe: Sich anhand eines Bildes mit sich selber auseinandersetzen und damit zugleich etwas über die eigene Wahrnehmung erfahren.
Ausführung: Jeder Gruppenteilnehmer sucht sich ein Bild heraus, was ihn ganz besonders anspricht. Beantworten Sie zunächst für sich persönlich und dann anschließend vor der Gruppe die Frage:
„Ich habe mir zum Thema Frühwarnzeichen dieses Bild herausgesucht, weil...“
Hinweis: Weitere methodische Hinweise können Sie auf der S. 5 und S.15 in der Broschüre „Mit Fotos arbeiten“ nachschlagen.

Bemerkungen

Tageslichtprojektor bereitstellen

Modul 1	Modul 2	**Modul 3**	Modul 4	Modul 5	Modul 6
Baustein 1	**Baustein 2**	**Baustein 3**	Baustein 4	Baustein 5	Baustein 6

Hauptthema und Austausch: ca. 40 min (Variante 1 und 2) bzw. 30 min (Variante 3)

Ziel

Sensibilisierung für individuelle Frühwarnzeichen

Ausgehend von individuellen Frühwarnzeichen sollen individuelle Handlungspläne (Notfallpläne) erarbeitet werden.
Krankheitsbewältigung
Vorbeugung neuer Episoden

Inhalt/Ablauf

1. Informieren Sie sich anhand des Informationsblattes 9 und der dazu gehörenden Folien 18-23 zur Thematik Frühwarnzeichen.
2. Tauschen Sie sich – am besten erst einmal zu zweit - aus, welche individuellen Gruppendiskussion:
3. Warum ist es gerade in der Gruppe sinnvoll, diese Thematik zu besprechen?
4. Was bringt es mir, wenn ich / meine Angehörigen oder andere vertraute Personen diese Frühwarnzeichen an mir kennen?
5. Fassen Sie die Ergebnisse Ihrer Überlegungen nochmals zusammen.

Hinweis: Verwenden Sie hierfür ein Flipchart bzw. statt dessen an der Wand befestigte Plakate.

Variante 3: vgl. Lernimpulse 9.1-9.4
Hausaufgabe: siehe HausAufgabenblatt 3
und Anlage 9

Bemerkungen

Dieses HausAufgabenblatt bereitet das Hauptthema von Modul 3 nach und gleichzeitig die kommenden Module vor...

Modul 3: Bausteine 4-6

Modul 1 Baustein 1	Modul 2 Baustein 2	**Modul 3** Baustein 3	Modul 4 **Baustein 4**	Modul 5 Baustein 5	Modul 6 Baustein 6

Lernimpuls: ca. 15 min (nur für Variante 3)

Ziel
von der Gruppe selbst definiert

Inhalt/Ablauf
Zeit für die Auseinandersetzung mit selbstgewählten Inhalten...

Bemerkungen
vgl. Lernimpulse 1.1-4.2 (siehe Modul 2)

Modul 1 Baustein 1	Modul 2 Baustein 2	**Modul 3** Baustein 3	Modul 4 Baustein 4	Modul 5 **Baustein 5**	Modul 6 Baustein 6

Zwischenbilanz: ca. 15 min

Ziel
Optimierung der Gruppentreffen

Inhalt/Ablauf
Sie haben nun bereits drei von sechs Modulen dieses Selbstmanagement-Trainingsprogramms absolviert – Zeit für eine Zwischenbilanz:
Tauschen Sie sich in der Gruppe zum bisherigen Verlauf des Programms aus:
o Was gefällt mir?
o Was gefällt mir nicht?
o Welche Änderungsvorschläge kann ich einbringen?

Modul 1 Baustein 1	Modul 2 Baustein 2	**Modul 3** Baustein 3	Modul 4 Baustein 4	Modul 5 Baustein 5	Modul 6 **Baustein 6**

Abschluss: ca. 15 min

Ziel
Wahrnehmungsschulung
Entspannung

Inhalt
siehe Folien 24-27
vgl. auch Informationsblatt 10
Variante 3: vgl. Lernimpulse 10.1-10.2

Ablauf
Probieren Sie die Entspannungsmethode „Progressive Relaxation“ anhand der CD (Zubehör) aus. Zum Einstieg bietet sich die erste Übung „Entspannung der Arme“ an. Setzen Sie sich bequem auf einen Stuhl mit Rückenlehne.

Bemerkungen
Genauere Anweisungen und weitere Tipps können Sie auch dem Begleitheft im Inneren der CD-Hülle entnehmen.
Hinweis: Die Entspannungsmethode "Progressive Relaxation" soll auch am Ende von Modul 4, 5 und 6 geübt werden.

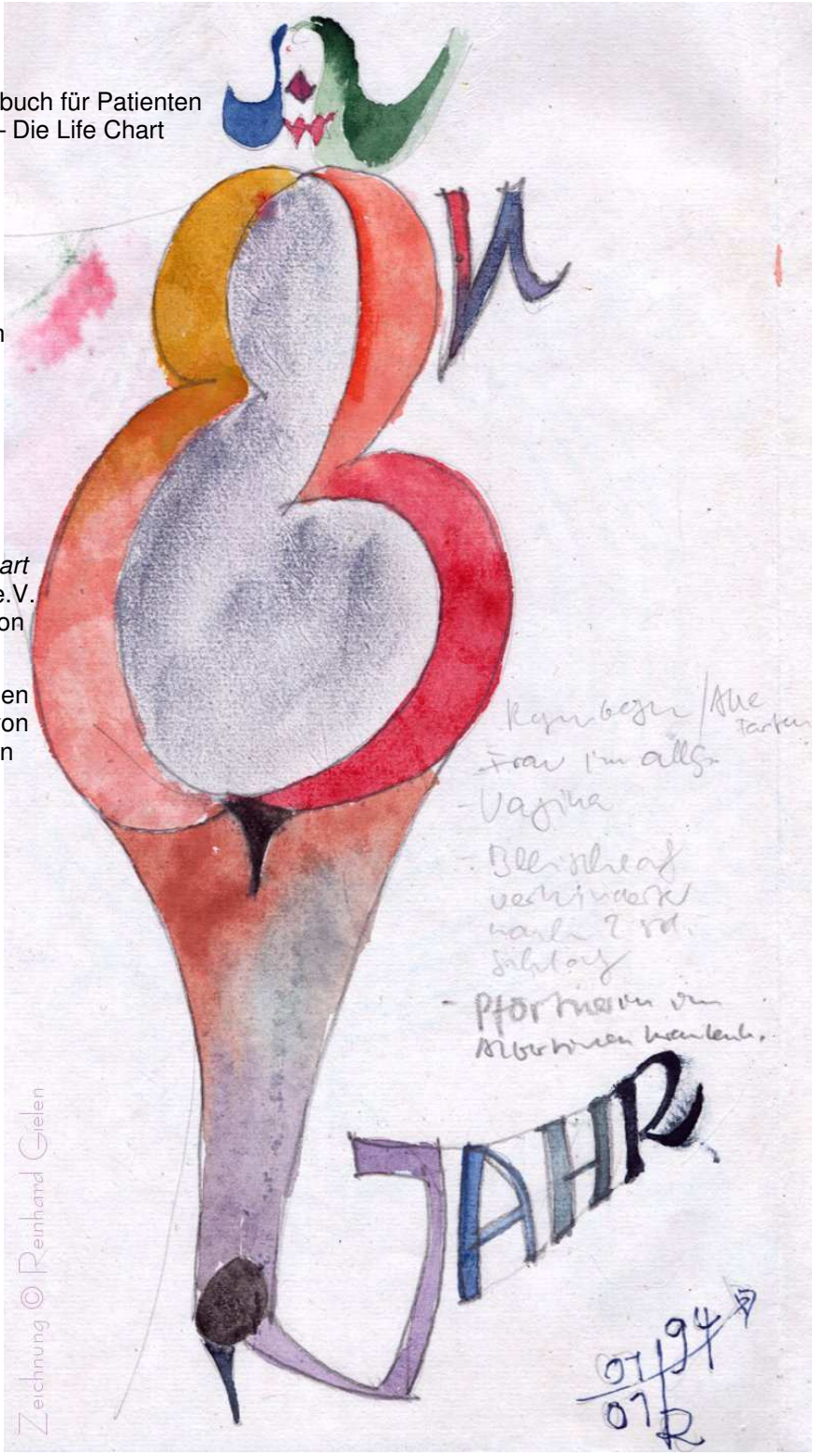
Modul 4: Palm-Life Chart und Alternativen

Benötigte Materialien:

- Handbuch *SMTP*
- Handbuch „Elektronisches Tagebuch für Patienten mit bipolarer affektiver Störung – Die Life Chart Methode“ (*PLC*)
- Tageslichtprojektor
- *Folien* 28-34
- CD-Player
- Trias-Relax-CD: Stressfrei durch *Progressive Relaxation*

(Wenn vorhanden) folgende zusätzliche Materialen:

- Computer mit Internetzugang
- G. Leverich, R. Post: Die *LifeChart* Methode. Herausgeber: DGBS e.V. (Deutsche Fassung: übersetzt von L. Schärer)
- Patientenbroschüren, die Vorlagen für die tägliche Dokumentation von Stimmung, Medikation etc. bieten



Modul 4: Bausteine 1-3

Modul 1	Modul 2	Modul 3	**Modul 4**	Modul 5	Modul 6
Baustein 1	**Baustein 2**	Baustein 3	Baustein 4	Baustein 5	Baustein 6

Einführung und Rückblick / Austausch: Dauer je nach gewählter Variante (s.u.)

Ziel

Gruppenprozess optimieren
gemeinsame Ziele definieren
Erfahrungsaustausch, individuelle Handlungspläne für Notfälle parat haben

Inhalt/Ablauf

Begrüßung
Anwesenheitsliste (Anlage 3) zirkulieren lassen
Tragen sie miteinander nochmals zusammen, was Sie für die weitere Gestaltung dieses Programms während der Zwischenbilanz in der letzten Stunde beschlossen haben... (siehe Baustein 5 / Modul 3).
Versuchen sie, die gemeinsam gesetzten Ziele zu verwirklichen.
siehe HausAufgabenblatt 3
siehe Anlage 9
Hinweis: Nutzen Sie Ihre Notizen sowie Ihren persönlichen Vorsorgebogen, um sich in der Gruppe zu dieser Zielsetzung auszutauschen.

Bemerkungen

Variante 1: ca. 40 Min. ⇨ dann weiter mit Baustein 3
Variante 2: ca. 30 Min. ⇨ dann weiter mit Baustein 5
Variante 3: ca. 20 Min. ⇨ dann weiter mit Baustein 5

Modul 1	Modul 2	Modul 3	**Modul 4**	Modul 5	Modul 6
Baustein 1	**Baustein 2**	**Baustein 3**	Baustein 4	Baustein 5	Baustein 6

Austausch und Hauptthema: Dauer je nach gewählter Variante (s.u.)

Ziel

Kennen lernen der Methode Palm-Life Chart
Erfahrungsaustausch zu Tagebuchverfahren
Anwendung der Life Chart Methode
Vorbeugung neuer Episoden

Inhalt/Ablauf

1. Anhand der Informationsblätter 11-13 und der dazu gehörenden Folien 28-34 informieren sich die Teilnehmer zur Thematik Palm-Life Chart.
2. Tauschen Sie sich in der Gruppe zu den Inhalten der Informationsblätter aus (vgl. auch Anlage 10).
3. Versuchen Sie, offene Fragen zu klären.
4. Nutzen Sie das HausAufgabenblatt 4 ("Mein persönliches Life Chart") und gegebenenfalls die Anlage 11-12
um über die Zeitspanne von (zunächst) einem Monat ein persönliches Tagebuch zu ihrer Medikation, Stimmung, dem Schlaf usw. anzufertigen.

Hinweis: Im Zubehör dieses SMTP finden Sie das Handbuch zur Life-Chart Methode.

Variante 1: ca. 30 Min. ⇨ dann weiter mit Baustein 6
Variante 2: ca. 40 Min. ⇨ dann weiter mit Baustein 6
Variante 3: ca. 30 Min. ⇨ dann weiter mit Baustein 4

Modul 4: Bausteine 4-6

Modul 1 Baustein 1	Modul 2 Baustein 2	Modul 3 Baustein 3	**Modul 4 Baustein 4**	Modul 5 Baustein 5	Modul 6 Baustein 6

Lernimpuls: ca. 20 min (nur für Variante 3)

Ziel
von der Gruppe selbst definiert

Inhalt/Ablauf
Zeit für die Auseinandersetzung mit selbstgewählten Inhalten...

Bemerkungen
vgl. Lernimpulse
⇨ weiter mit Baustein 6

Modul 1 Baustein 1	Modul 2 Baustein 2	Modul 3 Baustein 3	**Modul 4** Baustein 4	Modul 5 **Baustein 5**	Modul 6 Baustein 6

Planung: ca. 10 min (nicht für Variante 1)

Ziel
von der Gruppe selbst definiert

Inhalt/Ablauf
Überlegen sie sich, in welcher Art und Weise Sie das heutige Thema bearbeiten wollen und wie viel Zeit Sie für die Auseinandersetzung mit selbstgewählten Inhalten einplanen...
vgl. Lernimpulse
⇨ siehe Baustein 2 und 3

Modul 1 Baustein 1	Modul 2 Baustein 2	Modul 3 Baustein 3	**Modul 4** Baustein 4	Modul 5 Baustein 5	Modul 6 **Baustein 6**

Abschluss: Dauer je nach gewählter Variante

Ziel
Wahrnehmungsschulung
Entspannung

Inhalt/Ablauf
(siehe Modul 3)
Setzen Sie sich bequem auf einen Stuhl mit Rückenlehne (genauere Anweisungen können Sie auch dem Begleitheft im Inneren der CD-Hülle entnehmen).

Variante 1: Erste Übung „Entspannung der Arme“ und zweite Übung „Entspannung von Gesicht und Schultern“.

Variante 2 und 3: Zweite Übung „Entspannung von Gesicht und Schultern“.

Modul 5: Stabilisation sozialer Rhythmen

Benötigte Materialien:

- Handbuch *SMTP*
- Handbuch „Elektronisches Tagebuch für Patienten mit bipolarer affektiver Störung – Die Life Chart Methode“ (*PLC*)
- Tageslichtprojektor
- *Folien* 35-38
- CD-Player
- Trias-Relax-CD: Stressfrei durch *Progressive Relaxation*

Modul 5: Bausteine 1-3

Modul 1	Modul 2	Modul 3	Modul 4	**Modul 5**	Modul 6
Baustein 1	Baustein 2	Baustein 3	Baustein 4	Baustein 5	Baustein 6

Einführung: ca. 20 min

Ziel

Begrüßung
Blitzlicht
Einstimmung in das heutige Thema

Inhalt/Ablauf

Begrüßung
Anwesenheitsliste (Anlage 3) zirkulieren lassen
Blitzlicht: Wie geht es mir heute?
Übung zum Thema: Bilden sie Zweiergruppen und erzählen Sie sich gegenseitig Ihren Tagesablauf (so, wie er üblicherweise abläuft).
vgl. Folie 36

Modul 1	Modul 2	Modul 3	Modul 4	**Modul 5**	Modul 6
Baustein 1	**Baustein 2**	Baustein 3	Baustein 4	Baustein 5	Baustein 6

Hauptthema: ca. 30 min

Ziel

Aneignung von Wissen zur Thematik „Soziale Rhythmen“
Anwendung der Methode „Soziale Rhythmus Metrik“ (?)

Inhalt/Ablauf

Lesen Sie die Informationsblätter 14-16.
vgl. Folien 37-39
vgl. Anlage 13
Tauschen Sie sich in der Gruppe zu den Inhalten der Informationsblätter aus.
Versuchen Sie, offene Fragen zu klären.
Überlegen sie sich, ob die Methode „Soziale Rhythmus Metrik“ möglicherweise ein Weg für Sie ist...

Bemerkungen

Variante 3: ⇨ weiter mit Baustein 4

Modul 1	Modul 2	Modul 3	Modul 4	**Modul 5**	Modul 6
Baustein 1	Baustein 2	**Baustein 3**	Baustein 4	Baustein 5	Baustein 6

Austausch: ca. 20 min (Variante 1 und 2) bzw. 10 min (Variante 3)

Ziel

Erfahrungsaustausch
Selbstmanagement der Erkrankung
Persönliches Frühwarnsystem
Vorbeugung neuer Episoden

Inhalt/Ablauf

Tauschen Sie in der Gruppe Ihre Erfahrungen mit der Life Chart Methode aus.
vgl. Anlage 11-12
Nutzen Sie das HausAufgabenblatt 4 (Mein persönliches Life Chart) und gegebenenfalls die Anlage 11-12 um ein persönliches Tagebuch zu ihrer Medikation, Stimmung, dem Schlaf usw. anzufertigen.
Kommen Sie in diesem Zusammenhang nochmals auf den Vorsorgebogen (Anlage 9, HausAufgabenblatt 3) zu sprechen.
Sehen sie sich gemeinsam die nächste Hausaufgabe (HausAufgabenblatt 5) an.

Bemerkungen

⇨ weiter mit Baustein 5

Modul 5: Bausteine 4-6

Modul 1 Baustein 1	Modul 2 Baustein 2	Modul 3 Baustein 3	Modul 4 **Baustein 4**	**Modul 5** Baustein 5	Modul 6 Baustein 6

Lernimpuls: ca. 10 min (nur für Variante 3)

Ziel
von der Gruppe selbst definiert

Inhalt/Ablauf
Beraten Sie, in welcher Art und Weise Sie das heutige Thema bearbeiten wollen und wie viel Zeit Sie für die Auseinandersetzung mit selbstgewählten Inhalten einplanen...

Bemerkungen
vgl. Lernimpulse
⇨ weiter mit Baustein 3

Modul 1 Baustein 1	Modul 2 Baustein 2	Modul 3 Baustein 3	Modul 4 Baustein 4	**Modul 5 Baustein 5**	Modul 6 Baustein 6

Planung: ca. 10 min (nicht für Variante 1)

Ziel
Vorbereitung des nächsten Treffens

Inhalt
Aufgabenverteilung für Modul 6:
siehe Folien 43-47
und Anlage 14

Ablauf
Die TeilnehmerInnen beraten, wer welche Inhalte beim nächsten Mal moderieren kann.
Als organisatorische Hilfestellung kann die in Anlage 7 enthaltene Checkliste dienen.

Bemerkungen
Als Hilfsmittel zur Vorbereitung von Modul 6 stehen für alle Gruppenmitglieder die Folien 39-47, die Anlage 14 sowie das Informationsblatt 17 zur Verfügung.
Das ungefähre Zeitraster kann dem Stundenablauf für Modul 6 entnommen werden.

Modul 1 Baustein 1	Modul 2 Baustein 2	Modul 3 Baustein 3	Modul 4 Baustein 4	**Modul 5** Baustein 5	Modul 6 **Baustein 6**

Abschluss: Dauer je nach gewählter Variante

Ziel
Wahrnehmungsschulung
Entspannung

Inhalt/Ablauf
Setzen Sie sich bequem auf einen Stuhl mit Rückenlehne (genauere Anweisungen können Sie auch dem Begleitheft im Inneren der CD-Hülle entnehmen).

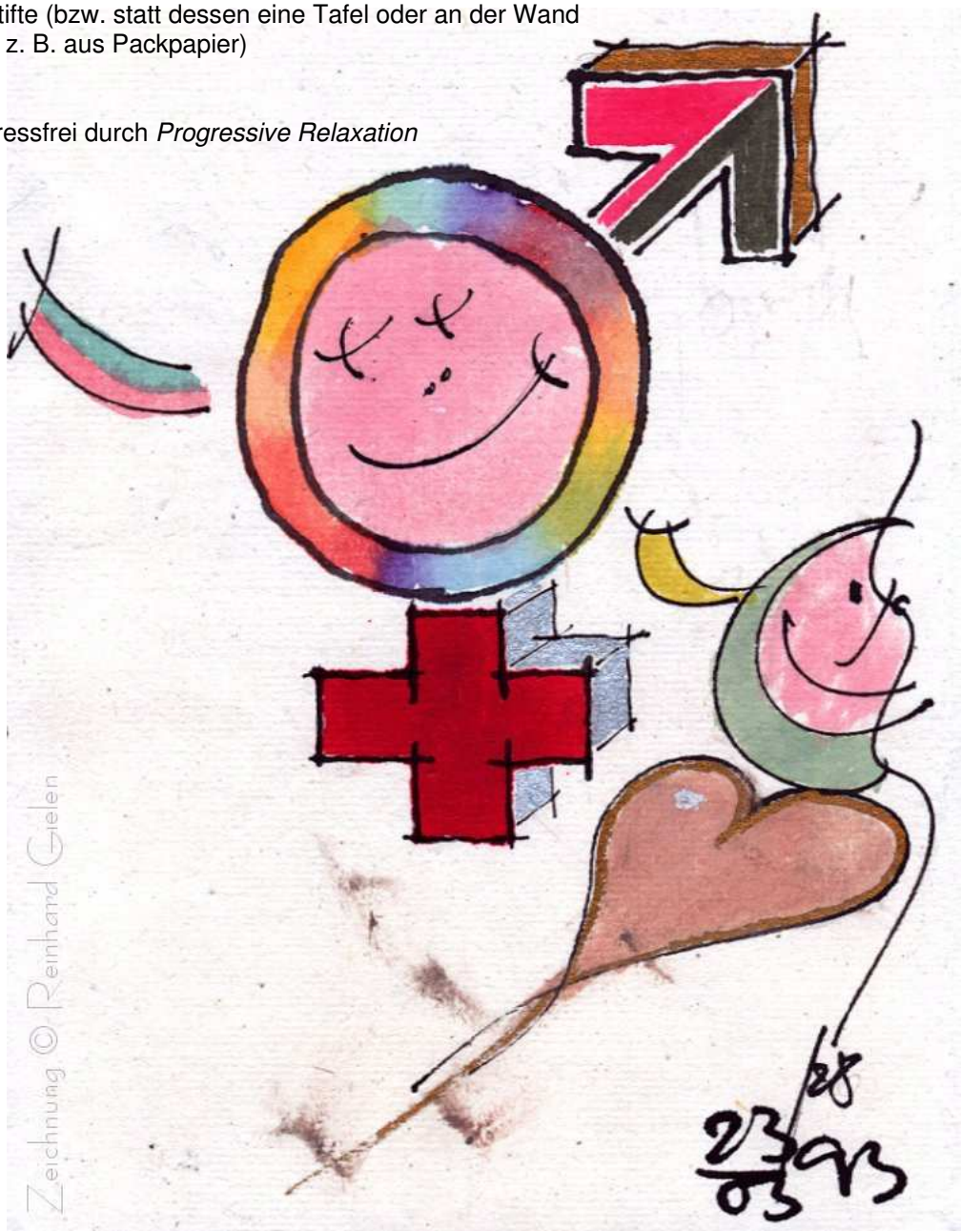
Variante 1: Zweite Übung „Entspannung von Gesicht und Schultern“ und dritte Übung „Entspannung des Leibes“.

Variante 2 und 3: Dritte Übung „Entspannung des Leibes“.

Modul 6: Stressbewältigung / Abschluss des Programms

Benötigte Materialien:

- Handbuch *SMTP*
- Tageslichtprojektor
- *Folien* 39-47
- Fotomappe „Zukunft“
- Flipchart, Edding-Stifte (bzw. statt dessen eine Tafel oder an der Wand befestigte Plakate - z. B. aus Packpapier)
- CD-Player
- Trias-Relax-CD: Stressfrei durch *Progressive Relaxation*



Modul 6: Bausteine 1-4

Modul 1	Modul 2	Modul 3	Modul 4	Modul 5	**Modul 6**
Baustein 1	Baustein 2	Baustein 3	Baustein 4	Baustein 5	Baustein 6

Einführung: ca. 10 min

Ziel

Begrüßung
Einstimmung in das heutige Thema

Inhalt/Ablauf

Begrüßung
Anwesenheitsliste (Anlage 3) zirkulieren lassen
Vorbereitung: Aus der Fotomappe eine Bildauswahl auslegen.
Ausführung: Jeder Gruppenteilnehmer sucht sich ein Bild heraus, was ihn zum Thema Stress ganz besonders anspricht. Beantworten Sie zunächst für sich persönlich und dann anschließend vor der Gruppe die Frage:
„Ich habe mir zum Thema Stress dieses Bild herausgesucht, weil...“
Hinweis: Weitere methodische Tipps können Sie auf der S. 5 und S.15 in der Broschüre „Mit Fotos arbeiten“ nachschlagen.

Modul 1	Modul 2	Modul 3	Modul 4	Modul 5	**Modul 6**
Baustein 1	**Baustein 2**	**Baustein 3**	**Baustein 4**	Baustein 5	Baustein 6

Hauptthema, Austausch, Lernimpuls: ca. 60 min

Ziel

Aneignung von Wissen zur Thematik „Stress und Stressbewältigung“
Erfahrungsaustausch
Erarbeitung von Bewältigungsstrategien

Inhalt/Ablauf

Lesen Sie das Informationsblatt 17.
vgl. Folien 39-46
Tauschen Sie sich in der Gruppe zu den Inhalten der Informationsblätter aus.
Versuchen Sie, offene Fragen zu klären.
Bearbeiten sie in der Gruppe die Lernimpulse auf den Arbeitsblättern Anlage 14.
vgl. Lernimpulse17.1 bis 17.4

Bemerkungen

Variante 1: Die Gruppe geht gemeinsam die einzelnen Fragen / Lernimpulse auf den Arbeitsblättern der Anlage 14 durch...

Variante 2 und 3: Die Moderation erfolgt wie im Modul 5 geplant durch einzelne Gruppenmitglieder.

Modul 6: Bausteine 5-6

Modul 1 Baustein 1	Modul 2 Baustein 2	Modul 3 Baustein 3	Modul 4 Baustein 4	Modul 5 **Baustein 5**	**Modul 6** Baustein 6

Planung: ca. 10 min

Ziel

Selbstmanagement

Inhalt

Planen Sie eine Gruppenaktivität, die Ihnen gemeinsam Freude bringt!
vgl. Lernimpuls 17.5
und Folie 47

Modul 1 Baustein 1	Modul 2 Baustein 2	Modul 3 Baustein 3	Modul 4 Baustein 4	Modul 5 Baustein 5	**Modul 6 Baustein 6**

Abschluss: ca. 10 min

Ziel

Wahrnehmungsschulung
Entspannung

Inhalt/Ablauf

Setzen Sie sich bequem auf einen Stuhl mit Rückenlehne (genauere Anweisungen können Sie auch dem Begleitheft im Inneren der CD-Hülle entnehmen).
Vierte Übung „Entspannung der Beine, umfassende Entspannung“.

Glückwunsch!

Sie haben alle sechs Module dieses Selbstmanagement-Trainingsprogramms beendet. Ich wünsche Ihnen, dass Sie auch in der Zukunft aus diesem Programm „schöpfen“ können und es Ihnen eine Hilfe für den Umgang mit Ihrer Erkrankung aber auch für die Gestaltung Ihrer Gruppenstunden darstellt.

Heike Scheidhauer

Teil 2: Informationsblätter

Info-1: Wer bekommt eine bipolare Erkrankung?

- Männer und Frauen sind gleich häufig betroffen
- nach Schätzungen mindestens 1,5 Mill. Menschen in Deutschland
- Viele Berühmtheiten: so zum Beispiel Hemingway, van Gogh, Churchill...waren erkrankt

Anders als bei einer reinen *Depression*, an der mehr Frauen erkranken, leiden unter einer bipolaren Störung Frauen und Männer gleich häufig. In der Fachliteratur lassen sich unterschiedliche Zahlenangaben zur **Häufigkeit** dieses Krankheitsbildes in der Bevölkerung recherchieren.

siehe Lernimpuls 1.1

Ungefähr jeder hundertste Mensch erkrankt im Laufe seines Lebens an einer bipolaren Erkrankung, das bedeutet hochgerechnet eine Zahl von etwa 1,5 Millionen Menschen in Deutschland. Ein Bericht der WHO aus dem Jahr 2002 weist darauf hin, dass es weltweit eine deutliche Zunahme dieser Erkrankung gibt und bipolare Störungen zu den zehn Krankheitsbildern gehören, die am häufigsten zu einer ***Behinderung*** führen.

siehe Lernimpuls 1.2

Menschen mit einer bipolaren Erkrankung entstammen in der Mehrzahl Familien mit einem höheren Bildungs- und Einkommensniveau. Die meisten der Betroffenen erleben ihre erste Krankheitsepisode vor dem 25. Lebensjahr, die ersten *Krankheitszeichen* (***Symptome***) treten gewöhnlich zwischen 15 und 25 Jahren auf. Männer erleben häufiger als erstes eine manische, Frauen eher eine depressive Phase.

siehe Lernimpuls 1.3

Viele kreative Menschen waren/sind bipolar erkrankt, so zum Beispiel Ernest Hemingway, Virginia Woolf, Vincent van Gogh, Hermann Hesse oder Ludwig van Beethoven, um nur einige zu nennen.

Über die **Ursachen** dieser Krankheit werden mehrere Faktoren beschrieben. Neben der genetischen Veranlagung geht man heute davon aus, dass bestimmte äußere Faktoren hinzukommen müssen, damit diese Erkrankung ausbricht. Wenn ein Elternteil erkrankt ist, besteht das Risiko, ebenfalls zu erkranken 20 Prozent. Die anlagebedingte Verletzlichkeit des Nervensystems kann zu einer Störung des Gleichgewichts verschiedener chemischer Botenstoffe (Neurotransmitter) führen. Im Mittelpunkt der Forschung stehen hier unter anderen die *Neurotransmitter* Noradrenalin, *Serotonin*, Dopamin oder auch Acetylcholin.

siehe Lernimpuls 1.4

Schwer belastende psychosoziale ***Lebensereignisse*** wie der Tod eines nahen Angehörigen, die Ablösung vom Elternhaus, Lehr- oder Studienbeginn gelten als möglicherweise krankheitsauslösende äußere Faktoren[5].

siehe Lernimpuls 1.5

---

[5] Literatur: B. Voll, A. Erfurth: Patientenbroschüre – bipolar, Wiesbaden; www.who.int (10.04.04); B. Voll, A. Erfurth: Bipolare Erkrankungen – Antworten zum Krankheitsbild, Wiesbaden

Walden J, Grunze H (2000) Bipolare affektive Störungen - Ursache und Behandlung. 2. Auflage. Thieme. Stuttgart

Info 2: Woran erkennt man dieses Krankheitsbild?

- Die Krankheit betrifft nicht nur Stimmung und Gefühle.
- Sie hat auch Auswirkungen auf das Denken und den Körper.
- Sie beeinträchtigt das Sozialverhalten und die Fähigkeit, das Leben zu bewältigen.

↳ **siehe Lernimpuls 2.1**

- Die wichtigsten Symptome einer ***Depression*** sind:
-
- Gedrückte Stimmung, meistens oder fast jeden Tag
- Kein Interesse an schönen Dingen
- Ab- oder Zunahme des Appetits
- Schlafstörungen
- Psychomotorische Erregung oder Verlangsamung
- Störung des Antriebs, Müdigkeit, Energieverlust
- Gefühl der Wertlosigkeit, Schuldgefühle
- Denk- und Konzentrationsstörungen, Entschlusslosigkeit
- Ständige Gedanken an den Tod – bis zu Suizidplänen
- Angst und paranoide Symptome
- Hypochondrie
-

Die depressiven Phasen bei einer bipolaren Erkrankung unterscheiden sich nicht von denen der unipolaren Depression.

↳ **siehe Lernimpuls 2.2**

Bei der bipolaren Erkrankung erleben die Betroffenen aber immer wieder Phasen der Manie oder Hypomanie. Und das sind die wichtigsten Symptome einer ***Manie*** oder ***Hypomanie***:

-
- Übersteigertes Selbstwertgefühl oder Größenideen
- vermindertes Schlafbedürfnis
- Intensives Hochgefühl, Glücksempfinden und Euphorie
- vermehrter Rededrang und Distanzlosigkeit gegenüber anderen
- Sprunghaftigkeit der Gedanken; die Betroffenen lassen sich leicht ablenken
- Flucht in vermeintlich grandiose Ideen oder das Gefühl des Gedankenrasens
- Vergnügungssucht, Einkaufsorgien, sexuelle Eskapaden
- erhöhte Reizbarkeit, vor allem bei Widerspruch.[6]

↳ **siehe Lernimpuls 2.3**

↳ **siehe Lernimpuls 2.4**

[6] Quelle: Drehbuch „Himmelhoch jauchzend..."

Info 3: Wie verläuft die Krankheit?

„Es gibt immer mal gemischte Zustände...wo ich mich jetzt eigentlich ziemlich stabil fühle, und meine Medikamente nehme und hoffnungsvoll bin, dass ich die Krankheit einigermaßen im Griff hab' ... immer mal Tage und Stunden, wo ich trotzdem mutlos werde und denke; das hat alles keinen Sinn mehr. Wie soll denn das weiter gehen und das verfliegt dann aber relativ schnell wieder."

(Patient im Video „Himmelhoch jauchzend...")

Der Verlauf umfasst sämtliche Phänomene und *Symptome*, die während der gesamten Lebenszeit des Patienten nach Ausbruch der Erkrankung auftreten. Verlaufsmerkmale affektiver bipolarer Erkrankungen lassen sich durch:

- Erkrankungsalter,
- Krankheitsdauer,
- bisherige *Episode*nzahl,
- Dauer und Art (Manie, Hypomanie, Depression, Mischzustand) der Episoden sowie durch
- die interepisodischen Intervalle beschreiben.

Ein Krankheitszyklus umfasst den Beginn einer *Episode* und den nachfolgenden Zeitraum. Das Verlaufsmuster bei dieser Erkrankung kann als äußerst individuell und variantenreich charakterisiert werden. Typisch ist ein periodischer Verlauf, der durch *Rückfälle* und episodenfreie Intervalle gekennzeichnet ist. Auch wenn die meisten Krankheitszeichen während der Phasen zwischen den Episoden verschwinden, ist es aber eher selten, dass alle Symptome rückläufig sind. In 40% der Fälle gelingt es nicht, wieder voll funktionstüchtig allen entsprechenden Rollen in Familie, Beruf etc. gerecht zu werden (*funktionale Remission*[7]).

Neben der lebenslangen ***Vulnerabilität***[8] besteht auch in den episodenfreien Phasen eine Neigung zu Stimmungsschwankungen. 85 bis 95% der Erkrankten erleiden im Laufe ihres Lebens nach einer ersten Krankheitsphase noch acht bis zehn weitere Episoden. Dabei kann der Abstand zwischen zwei Episoden fünf Jahre oder länger betragen. Mit zunehmendem Alter werden die Episoden häufiger und schwerwiegender, die zeitlichen Abstände variieren von weniger als 48 Stunden bis zu mehrere Jahre. Auch wenn sich die Phasenfrequenz bei optimaler *Therapie* nicht zwangsläufig erhöhen muss, erfahren doch die meisten der Betroffenen über lange Strecken ihres Lebens eine erhebliche Einbuße an Lebensqualität.

siehe Lernimpuls 3.1

[7] Quellen: Erfurth 2002, Marneros 2000, Voll & Erfurth, Wiesbeck 2003

[8] Dieser Begriff wird von verschiedenen Autoren für die erhöhte Verletzlichkeit des Nervensystems verwendet. Der Lernimpuls 3.1 thematisiert die Vulnerabilität.

Menschen mit bipolarer Störung weisen ein hohes Risiko auf, *Suizid* zu begehen. Mindestens jeder vierte Patient unternimmt einen Selbsttötungsversuch, 20 % versterben an Suizid. Gefährdet sind vor allem junge Männer zu Beginn der Erkrankung und Patienten, die kurz zuvor aus dem Krankenhaus entlassen worden sind. [9]

Es ist kaum vorhersagbar, wer einen prognostisch günstigen oder eher ungünstigen Verlauf der Erkrankung entwickelt. Bisher konnten keine klaren soziodemografisch Variablen ermittelt werden, welche die Dynamik der Krankheit „bestimmen". Wer zunächst einen ungünstigen Verlauf aufweist, hat eine gewisse Wahrscheinlichkeit, dass sich der Verlauf auch weiterhin so verhält. [10]

Info 4: Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Übersicht

Das durch akute *Manien*, *Mischzustände* und *Depressionen* gekennzeichnete Krankheitsbild weist eine große Variation an Symptomen auf. Daraus ergibt sich auch therapeutisch der Anspruch an eine differenzierte, individuelle Vorgehensweise. Neben der *medikamentösen Behandlung* in den verschiedenen Phasen stehen weitere Therapieoptionen zur Verfügung.

Das sind beispielsweise

- die *Elektrokrampftherapie*,
- die *Lichttherapie*,
- der Schlafentzug,
- die Psychotherapie und
- die *Psychoedukation*.

Die Behandlung bipolarer Erkrankungen lässt sich in drei eng miteinander zusammenhängende Abschnitte unterteilen:

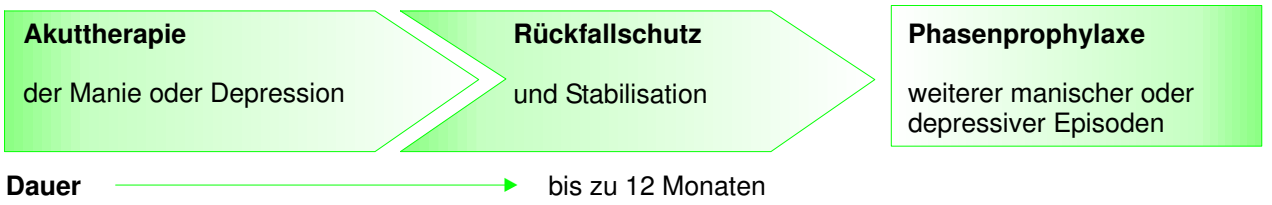


Abbildung 2: Phasen der Therapie bei bipolaren Störungen (modifiziert nach Voll & Erfurth)

Die *Behandlung* richtet sich nach dem individuellen Erscheinungsbild der Krankheitssymptome. Marneros[11] benennt vier Kriterien, an denen sich die Therapie bipolarer Erkrankungen orientieren soll:

- an der Art der aktuellen Episode,
- an der Intensität der Symptomatik,
- an der *Komorbidität*[12] und an

[9] Simpson und Jamison 1999, Berghöfer 2003, Angst et al. 1999

[10] Erfurth 2002, Marneros 2000, Voll & Erfurth, Wiesbeck 2003

[11] Marneros A (2000) Manisch-depressive und andere bipolare Erkrankungen – Ein Leitfaden für Klinik und Praxis. Thieme. Stuttgart; New York

[12] Unter Komorbidität versteht man das gleichzeitige Bestehen verschiedener Krankheiten (zum Beispiel Alkoholabhängigkeit, Angststörungen).

- der Anzahl der vorangegangenen Episoden.

Zur medikamentösen Behandlung

(Die in diesem Abschnitt beschriebene Vorgehensweise wurde weitestgehend dem Film „Himmelhoch jauchzend zu Tode betrübt – Bipolare Erkrankungen“ (2003). Ein audio-visuelles Lernprogramm. Fa. Lilly entnommen.)

In der Regel erhalten Menschen mit bipolaren Störungen heute mehrere verschiedene Medikamente welche an die aktuelle Krankheitsphase angepasst werden.[13]

Folgende Ziele bestimmen das Vorgehen:

- zunächst die akuten Symptome unter Kontrolle zu bringen
- diesen Erfolg zu halten,
- und dann weitere Krankheitsepisoden zu verhüten.

siehe Lernimpuls 4.1

Akuttherapie

der Manie oder Depression

1. Die Akuttherapie: Ihr Ziel ist, den Patienten aus seiner momentanen Krankheitsepisode „herauszuholen“. Das reduziert den akuten Leidensdruck und stellt die Krankheitseinsicht des Patienten wieder her. Sowohl bei akuten manischen als auch bei akuten depressiven Episoden gibt man möglichst als Basistherapeutikum gleich von Beginn an so genannte Stimmungsstabilisierer – auch “mood stabilizer” oder Phasenprophylaktika genannt.

Zu den Stimmungsstabilisierern zählten bisher in erster Linie

- *Lithium*,
- Medikamente aus der Gruppe der Antiepileptika, vor allem Valproat, Carbamazepin und Lamotrigin.

Seit Kurzem ist auch das atypische Neuroleptikum Olanzapin für die Therapie bipolarer Störungen zugelassen.

Lithium-Salze werden schon seit 1949 als Medikamente eingesetzt. Bei akuter Manie oder Hypomanie normalisiert Lithium das gestörte Schlafmuster. Charakteristische Symptome wie Redefluss, Bewegungsdrang, Größenideen, Euphorie und verminderte Urteilskraft schwinden. Für den Wirkmechanismus von Lithium gibt es viele gut fundierte Theorien, für die der Beweis aber noch aussteht.

Handelt es sich um eine akute depressive Episode im Rahmen einer bipolaren Erkrankung, werden neben Stimmungsstabilisierern Antidepressiva eingesetzt. Antidepressiva haben bei den monopolaren Depressionen ihre Wirksamkeit erwiesen und sind auch bei bipolaren Depressionen erfolgreich. Allerdings hatten ältere Antidepressiva häufig erhebliche Nebenwirkungen. Mit der Einführung von Fluoxetin begann die Ära der selektiven *Serotonin-Wiederaufnahmehemmer*, der „SSRI“[14]. Sie sind besser verträglich als die älteren Antidepressiva. Mit den SSRI fällt die Entscheidung, auch bei bipolarer Depression Antidepressiva zu verordnen, leicht.

Bei der Langzeitbehandlung bipolarer Depressionen mit Antidepressiva besteht das Risiko, damit eine manische Phase auszulösen. Dieses sogenannte Kipp-Phänomen oder „*Switch*-Phänomen“ kann bei allen Antidepressiva auftreten und ist bei trizyklischen Antidepressiva häufiger.

---

[13] Eine Stichprobe der „Arbeitsgemeinschaft Arzneimitteltherapie bei psychiatrischen Erkrankungen“ (AGATE) aus dem Jahr 2002 ergab, dass beispielsweise Patienten mit Manien durchschnittlich mehr als drei Wirkstoffe erhalten.

[14] Die Abkürzung SSRI steht für Selektive Serotonin Rückaufnahme Inhibitoren.

Man nimmt an, dass die neueren selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer eine wesentlich niedrigere „Switch-Rate“ haben.

Bei Mischzuständen sollte man allerdings auf Antidepressiva verzichten und stattdessen Stimmungsstabilisierer geben. Gerade wegen des hohen Suizidrisikos sollte hier ein Facharzt hinzugezogen werden.

Bei einer akuten manischen Episode im Rahmen einer bipolaren Erkrankung sind Neuroleptika sehr wirksam. Heute ist es ratsam, auf eine langfristige Einnahme von sog. „Klassischen Neuroleptika“ zu verzichten, sie haben Nebenwirkungen und bringen ein hohes Risiko mit sich Bewegungsstörungen und Depressionen auszulösen.

Mit den atypischen Neuroleptika begann eine neue Ära. Die Atypika haben ein wesentlich günstigeres Wirkungs-Nebenwirkungs-Profil als herkömmliche Neuroleptika. Sie führen zu praktisch keinen Bewegungsstörungen und auch nicht zu einer erhöhten Switch-Rate. Damit gibt es keine Einwände mehr, diese Medikamente bei akuter Manie oder Hypomanie im Rahmen einer bipolaren Erkrankung einzusetzen.

Als erstes atypisches Neuroleptikum für die Akutbehandlung der manischen Episoden im Rahmen einer bipolaren Erkrankung wurde Olanzapin zugelassen Klinische Studien ergaben, dass Olanzapin spezifisch antimanisch wirkt. Die manischen Symptome werden wirksam therapiert und dysphorische Zustände verbessert.

Welcher Stimmungsstabilisierer oder ggf. Kombination zur Anwendung kommt, muss an Hand des bisherigen Krankheitsverlaufs, der aktuellen Symptomatik sowie der individuellen Verträglichkeit entschieden werden. Nicht zuletzt sind die Wünsche und Bedenken des Patienten zu berücksichtigen.

Rückfallschutz

und Stabilisation

2. Der Rückfallschutz: Ein medikamentöser Rückfallschutz ist immer notwendig, um Rückfälle in die alte Episode wirksam zu verhindern und die Stimmungslage zu normalisieren. Das ermöglicht dem Patienten, sich sozial und beruflich wieder zu rehabilitieren. Diese Phase der Therapie dauert etwa sechs bis 12 Monate.

Die Akutmedikation, d.h. die antidepressive oder antimanische Medikation, kann jetzt auf das Maß reduziert werden, das zur Erhaltung der ausgeglichenen Stimmung notwendig ist.

Falls noch nicht während der Akuttherapie begonnen, wird jetzt ein Stimmungsstabilisierer gegeben. Er hilft, weitere Episoden zu verhindern.[15]

Phasenprophylaxe

weiterer manischer oder depressiver Episoden

3. Phasenprophylaxe: Damit ist jetzt Phase 3 der Therapie erreicht. Ziel ist es, weitere Krankheitsepisoden langfristig zu verhindern. Der Patient muss überzeugt und motiviert werden, dass er auch in phasenfreien Intervallen weiter medikamentös behandelt werden muss, damit keine neuen Episoden auftreten. Diese Phase der Therapie dauert etwa drei Jahre oder länger, mitunter sogar ein Leben lang.

Nur wenn Arzt und Patient akzeptieren, dass die bipolare Störung (wie beispielsweise auch Diabetes oder Hypertonie) unter gewissen Umständen einer lebenslangen Behandlung bedarf, wird es möglich, den Betroffenen eine gesunde, erfüllte Lebenszeit zu gewähren.

Weitere Therapieoptionen

- Elektrokrampftherapie (EKT)[16]
  Obwohl die EKT nicht nur zur Akutbehandlung eine nachweislich sehr effektive Behandlungsmaßnahme ist, wird sie „aus politisch-atmosphärischen“ Gründen (Marneros 2000) in Deutschland relativ selten eingesetzt.[17]

---

[15] Die Anlage 5 enthält eine „Liste der am häufigsten genannten Arzneimittel“.

[16] Unter Vollnarkose wird für etwa 20 bis 40 Sekunden durch einen kurzandauernden elektrischen Impuls ein epileptischer Anfall ausgelöst.

[17] Nach der American Psychiatric Association ist sie sogar die effektivste Therapiemethode bei unipolaren und bipolaren affektiven Störungen.

- Lichttherapie[18]
  Bei 60 bis 80 % der Patienten mit sogenannten saisonal abhängigen depressiven Phasen (Bipolar I) kann die Lichttherapie kurzfristig erfolgversprechend sein und zusätzlich zu anderen Therapiemethoden angewendet werden.
- Schlafentzug
  Ebenso wie bei unipolarer Depression kann auch schon nach der ersten durchwachten Nacht bei bipolarer Depression die antidepressive Wirkung einsetzen. Etwa 60% der Patienten sprechen auf diese Therapie an. Wegen der Gefahr eines Switch ist die Indikation bei bipolaren Störungen begrenzt.

Psychotherapie und Psychoedukation

Der psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit bipolaren Störungen ist bis Anfang der 90er Jahre wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden. Heute existieren zahlreiche Modelle für Patientenschulungen. Erstmals ist kürzlich auch ein spezielles Programm „Psychoedukation bei bipolaren Störungen“ (Bräuning & Wagner 2004) als Therapiemanual für Gruppen erschienen[19].

Nach Ellen Frank lernen die Patienten zum Beispiel durch die *interpersonale und soziale Rhythmus-Therapie* - kurz: *IPSRT* - eine geregelte Lebensführung, vor allem einen regelmäßigen Schlaf-Wach-Rhythmus, einzuhalten, Stress zu bewältigen und Anzeichen für eine beginnende depressive oder manische Episode zu erkennen.

Zentrale Aufgabe der Psychoedukation ist, sich Kenntnisse zum Krankheitsbild anzueignen. Sowohl Betroffene als auch Angehörige müssen anerkennen, dass es sich um eine lebenslange Vulnerabilität mit ständigem Rückfallrisiko handelt. Neben der Möglichkeit, sich praktikable Methoden für die Bewältigung der Krankheit anzueignen, beschreiben Voll & Erfurth folgende Ziele für die Psychoedukation:

- „Milderung des Traumas, das mit der Diagnose einer bipolaren Störung verbunden ist
- Verringerung der Verleugnungstendenz, Ermutigung zur Akzeptanz der Erkrankung
- Verbesserung der sozialen Funktion des Betroffenen und seiner Einbindung in die Umgebung
- Stärkung der Fähigkeit, mit Stressoren umzugehen
- Förderung der rückfallprotektiven Effekte in der Familie
- Unterstützung des Betroffenen und seiner Familie, Prodomalsymptome frühzeitig zu erkennen
- Sicherung der raschen Intervention beim Auftreten von Prodomie.“

siehe Lernimpuls 4.2

Diese für die Psychotherapie formulierten Ziele berühren mitunter auch heikle persönliche Probleme, welche Patienten gern in der Gemeinschaft von Betroffenen zu lösen versuchen. Im Konzept einer ganzheitlichen Versorgung des Patienten bietet die Selbsthilfegruppe dafür ein geeignetes Forum. Private Themen, Angelegenheiten die den Arbeitsplatz betreffen oder auch die Auswirkungen von Medikamenten auf das tägliche Leben können intensiv angegangen werden. Gerade das Gefühl, mit diesen Fragen nicht allein zu sein, kann sich in besonderem Maße motivierend auswirken und die Kontrolle über das eigene Leben verbessern helfen.

---

[18] Die Applikation sollte mit mindestens 2.500 Lux für mindestens zwei Stunden am Tag erfolgen.

[19] Bräunig P, Wagner P (2004) Zwischen den Polen von Manie und Depression. Psychoedukation bei bipolarer Erkrankung – Ein Wegweiser für Betroffene und Angehörige. Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. Herstellung: BoD Norderstedt; ISBN: 3-8330-1161-0

Info 5: Was kann ich selbst gegen diese Krankheit tun?

Genau dieser Frage nachzugehen und intensiv eigene Bewältigungsstrategien zu entwickeln, ist das Ziel dieses Selbstmanagement-Trainingsprogramms.

Wenn Sie am Ende dieser sechs Module auf oben gestellte Frage antworten können[20]...

... und es auch im Alltag schaffen, besser mit den Krankheitssymptomen umzugehen, haben Sie einen erfolgversprechenden Schritt gemeistert!

Für mich ist die Gesundheit absolute Priorität geworden. Und das was nebendran ist, private Dinge, Beziehungen, oder auch Job, das sind natürlich auch Dinge, wo das Sahnehäubchen sein könnte, damit man sagen könnte, mir geht's wirklich richtig gut. Aber das ist nicht das Entscheidende für mich. Wenn das Sahnehäubchen wieder drauf kommt, ist es optimal. Aber wichtig ist, gesund zu bleiben, das ist mein allergrößter Wunsch."

(Patient im Video „Himmelhoch jauchzend...")

✎ **NOTIZEN / FRAGEN:**

.....

.....

.....

[20] vgl. auch HausAufgabenblatt 1

Info 6: Wie gründet man eine Selbsthilfegruppe?

Starthilfe zum Aufbau von Selbsthilfegruppen – Ein Leitfaden
Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.

Abbildung 3: Starthilfe zum Aufbau von Selbsthilfegruppen

Die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen stellt kostenfrei zahlreiche Broschüren, Literaturempfehlungen und sonstige Materialien zur Verfügung. Auch Anträge zur finanziellen Unterstützung[21] von Selbsthilfegruppen können unter folgender Adresse bezogen werden:

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS)

Wilmersdorfer Str. 39 • 10627 Berlin
Tel.: 030 / 31018960 • Fax: 030 / 31018970
E-Mail: selbsthilfe@nakos.de • Internet: www.nakos.de

[21] vgl. Förderantrag unter Anlage 6

Info 7: Wie funktionieren Selbsthilfegruppen?

Gruppen im Gespräch – Gespräche in Gruppen
Ein Leitfaden für Selbsthilfegruppen - Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.

Abbildung 4: Leitfaden "Gruppen im Gespräch"

Weitere Literaturempfehlungen:

Fördern und Fordern – ein Leitfaden für Krankenkassen und Selbsthilfegruppen
BKK Bundesverband der Betriebskrankenkassen
Postfach 10 05 65
45005 Essen
Kostenlos anzufordern unter:
Tel.: 0201-179-01 / E-Mail: praevention@bkk-bv.der

Geislinger R (1998) Experten in eigener Sache
Zenit. ISBN: 3928316109

Moeller M L (1996) Selbsthilfegruppen – Anleitungen und Hintergründe. Rowohlt. ISBN: 3 499 19987 4

Info 8: Wie können Schwierigkeiten in der Gruppenarbeit vermieden werden?

(nach: Basler HD, Kröner-Herweg B. Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen – ein Schmerzbewältigungsprogramm zur Gruppen- und Einzeltherapie. Medizin-Verlag. München. 1995)

Gruppenregeln

Jede Selbsthilfegruppe funktioniert anders und entwickelt im Laufe der Zeit ihren eigenen Stil. Es gibt keine festen Regeln oder gar Vorschriften. Dennoch ist es hilfreich, von den Erfahrungen, die andere schon gemacht haben, zu profitieren. Um für alle Beteiligten einen Rahmen wohlwollender, angenehmer und konstruktiver Atmosphäre zu schaffen, bietet es sich an, gewisse „Regeln“ für den Umgang miteinander und damit die Gestaltung der Gruppenstunden zu schaffen.

Folgende Gruppenregeln könnten gemeinsam festgelegt werden:

1. **Schweigepflicht**

Alles, was in der Gruppe von einzelnen Teilnehmern gesagt und getan wird, soll nicht nach außen getragen werden. Dies gilt nicht für die Lerninhalte des Programms sondern bezieht sich auf subjektive Äußerungen.

2. **Pünktlichkeit**

Alle Gruppenmitglieder sollten sich bemühen, pünktlich zu den Gruppensitzungen zu erscheinen. Durch die Telefonliste hat jeder die Möglichkeit, sich – z.B. im Krankheitsfall – abzumelden.

3. **Den anderen ausreden lassen**

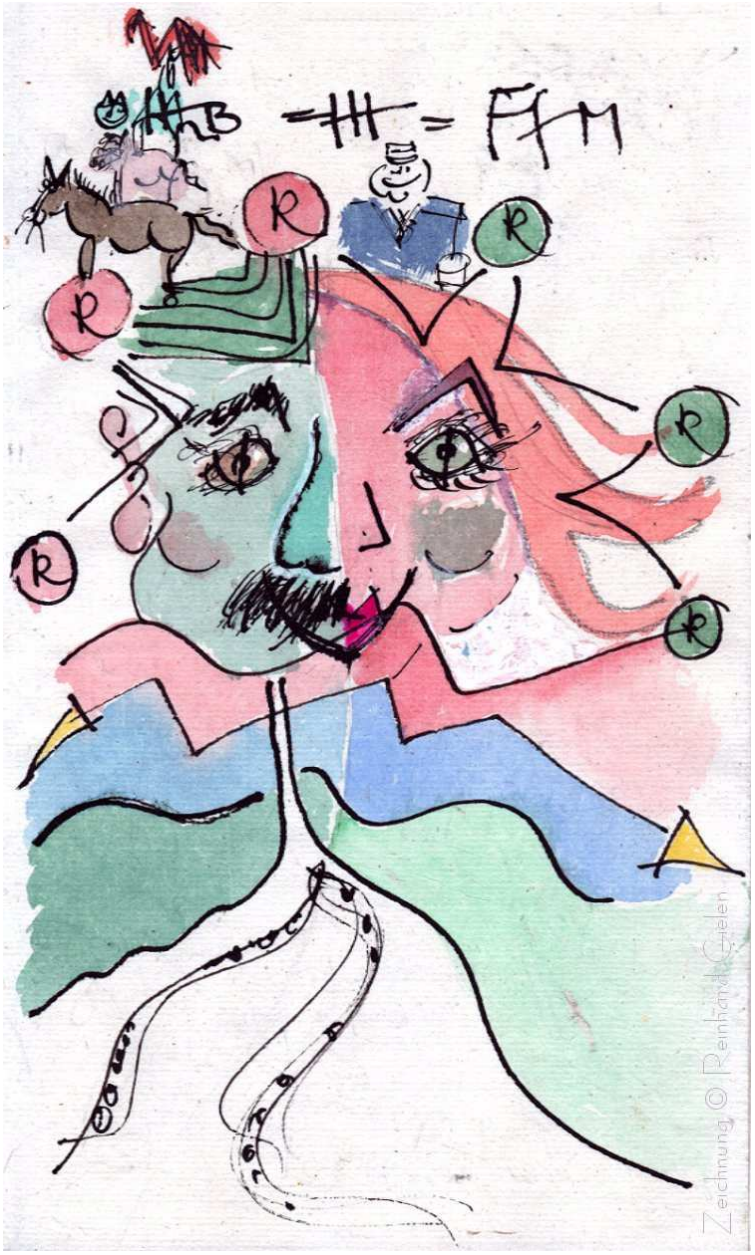
Jeder darf seine Meinung sagen. Wertende Äußerungen wie: „Das ist aber nicht so...“ sind wenig hilfreich.

4. **Es kann immer nur einer reden**

Zwiegespräche oder Kommentare zum Nachbarn - während einer redet – sollten unterlassen werden.

5. **Statt „man“ und „wir“ „ICH“ verwenden**

Das, was ich selbst erlebt habe, was ich denke oder fühle, muss bei anderen nicht genauso sein. Indem Sie „ICH“ verwenden, vermeiden Sie Verallgemeinerungen und übernehmen Verantwortung für Ihre Aussagen.



6. **Jeder ist für sich selbst verantwortlich**

Die Gruppe ist eine gute Gelegenheit, sich mit eigenen Problemen auseinander zusetzen, Trost zu finden und zu erfahren, dass es anderen ähnlich geht. Dennoch können die eigene Problembewältigung und auch das Aneignen von Wissen über die Krankheit nicht durch die anderen geschehen.

7. **Das Erleben anderer Gruppenmitglieder sollte nicht angezweifelt werden**

Jeder Mensch hat seine eigenen Gefühle und Erlebnisse. Versuchen Sie, einander zuzuhören, den anderen zu verstehen und eventuell nachzufragen, wenn etwas unklar ist.

8. **Wenn Schluss ist, ist Schluss**

Dieses Selbstmanagement-Trainingsprogramm ist für den Zeitraum von sechs Sitzungen à 90 Minuten konzipiert. In dieser vergleichsweise kurzen Zeitspanne werden viele Themen behandelt und können – einfach aus Zeitgründen – nicht immer bis zum Schluss ausdiskutiert werden. Versuchen Sie, diese Situation auszuhalten und sehen Sie „unbehandelte“ Themen oder Inhalte als Chance, weitere Gruppentreffen in der Zukunft damit zu bereichern.

✎ **NOTIZEN / FRAGEN:**

.....

.....

.....

.....

Info 9: Was versteht man unter Frühwarnzeichen?

(nach: Knuf A, Gartelmann A (1997) Bevor die Stimmen wiederkommen – Vorsorge und Selbsthilfe bei psychotischen Krisen. Psychiatrie-Verlag. Bonn; Dank auch an Dipl.-Psych. Kai Buhr – Hannover – für die Beratung zu dieser Thematik)

Synonyme

- Frühsymptome
- Frühwarnsymptome
- Prodomalsymptome
- Prodomie
- Rückfallanzeichen
- Vorbotensymptome

siehe Lernimpuls 9.1

Begriff „Frühwarnzeichen“

In der Regel kündigen sich Krisen durch individuelle, ganz persönliche Anzeichen an[22]. Für Menschen, die schon einmal manische und/oder depressive Krankheitsepisoden durchlitten haben, waren möglicherweise abweichende Erlebens- oder Verhaltensweisen im Zeitrahmen vor der eigentlichen Krise erkennbar. So kann der/die Betroffene selbst ein verändertes Befinden, zum Beispiel intensivere Wahrnehmung in bezug auf Farben, Gerüche, Emotionen feststellen, Frühwarnzeichen können aber möglicherweise auch für andere Personen erkennbar sein. So kann dem vertrauten Partner ein veränderter Blick, Unruhe oder Interessenlosigkeit auffallen. Die Arbeitsgemeinschaft „Selbst-CheckerInnen“ im Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener hat eine nach verschiedenen Bereichen unterteilte Frühwarnzeichenliste zusammengetragen.

Individuelle Frühwarnzeichenliste

vgl. Anlage 8

„Neulich stand ich nachts auf, um eine Zigarette zu rauchen. Da ich das selten tue, wurde ich gleich von meinem Freund gefragt, ob es jetzt wieder bei mir losginge. Ich traue mich schon gar nicht mehr, ungewöhnliche Dinge zu tun, weil sich gleich jemand um mich Sorgen macht.“

(Knuf & Gartelmann S. 102)

Nicht immer müssen Frühwarnzeichen auch tatsächlich in eine Krise münden. Auch ein Frühwarnzeichen für sich genommen muss noch kein Grund zur Besorgnis sein.

In der Literatur findet man die Unterteilung von eher häufigen und eher seltenen Frühwarnzeichen. Knuf & Gartelmann nennen beispielsweise Schlafstörungen als ein Frühwarnzeichen, dass von etwa 80% der Betroffenen vor einer Krise bemerkt wurde. Als weitere häufige Frühwarnzeichen benennen sie

[22] Perry et al. (1999) konnten in einer Studie an 69 Patienten mit bipolarer Erkrankung u. a. nachweisen, dass Patienten die gelernt haben, ihre Frühwarnzeichen zu erkennen, sich eher behandeln lassen, weniger Probleme im zwischenmenschlichen Bereich und höhere Leistungsfähigkeit im Beruf haben. (Quelle: Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. BMJ Volume 318. www.bmj.com)

- „innere und äußere Unruhe
- Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren
- ein Gefühl von Angespanntsein und Nervosität
- depressives Erleben, Unlust, fehlende Motivation
- Verlust des gewohnten Interesses z.B. an Personen, Dingen und Aktivitäten“.

Der Übergang von Frühwarnzeichen in Krankheitssymptome kann fließend erfolgen und nur schwer abgrenzbar werden. Dabei kann es einer Detektivarbeit gleichkommen, die individuellen, persönlichen aber auch sich verändernden Frühwarnzeichen herauszufinden (Buhr). Da nach dem Auftreten von Frühwarnzeichen häufig eine Krise folgt, sollten Frühwarnzeichen unbedingt ernst genommen werden.

Zeitliche Abfolge individueller Frühwarnzeichen

Auch die zeitliche Abfolge individueller Frühwarnzeichen könnte eventuell für Vorbeugemaßnahmen eine Rolle spielen.

siehe Lernimpuls 9.4

NOTIZEN / FRAGEN:

.....

.....

.....

.....

Info 10: Progressive Relaxation – Entspannungstraining nach Jacobsen

(gekürzt nach: D. Ohm (2003) Merkblatt Nr. 2. Progressive Relaxation – Tiefenmuskelentspannungstraining nach Jacobsen. URL: www.entspannungsverfahren.com)

Entspannungstraining und Gesundheit

Forschungsergebnisse belegen, dass psychische Belastungen und Stress[23] häufig eine wesentliche Rolle bei der Entstehung von gesundheitlichen Beschwerden spielen. Psychologische Entspannungsmethoden haben dementsprechend in den letzten Jahren als Maßnahmen zur Vorbeugung oder als Behandlung ohne schädliche Nebenwirkungen an Bedeutung gewonnen.

In den zwanziger Jahren entwickelten Prof. J. H. Schultz das Autogene Training und etwa zeitgleich Dr. Edmund Jacobson in den USA die Progressive Relaxation[24], ein an der Muskulatur ansetzendes Entspannungsverfahren. Unter der Vielzahl der heute angewendeten Entspannungsverfahren sind diese beiden Methoden am weitesten verbreitet und am besten erforscht.

Entspannungstraining kann die Fähigkeit verbessern, Alltagsbelastungen in günstiger Weise zu bewältigen, kann die Gesundheit stärken und die Lebensqualität erhöhen. Dabei darf Entspannungstraining natürlich nicht als ein „Wundermittel“ zur Lösung aller Lebensprobleme missverstanden werden. Aber das regelmäßige Praktizieren des Trainings ist im Sinne eines gesundheitlichen Schutzfaktors ein wichtiger eigener Beitrag, um die seelische und körperliche Gesundheit zu schützen und zu stärken.

Die Progressive Relaxation hat bisher in Deutschland – anders als in den USA – einen eher geringen Bekanntheitsgrad. Doch es werden zunehmend Kurse zur Progressiven Relaxation angeboten, da diese Methode vielen Teilnehmern wegen des pragmatischen und „handfesten“ Charakters zumindest als Einstieg in das Entspannungstraining besonders zusagt. Während beim Autogenen Training in aller Regel etwas Geduld bis zu den ersten spürbaren Wirkungen aufgebracht werden muss, werden bei der Progressiven Relaxation meist bereits nach den ersten Übungen Entspannungsempfindungen wahrgenommen.

siehe Lernimpuls 10.1

Ein weiterer Grund für das wachsende Interesse an der Progressiven Relaxation liegt darin, dass diese Methode als das durch wissenschaftliche Studien bisher am besten untersuchte und in seinen positiven Wirkungen überzeugendste Entspannungsverfahren gilt.

Zusammenhang zwischen psychischer und muskulärer Spannung

Jacobsen beschäftigte sich als Wissenschaftler zu Beginn des vorigen Jahrhunderts intensiv mit der Funktionsweise der Muskulatur. Dabei fiel ihm auf, dass innere Unruhe, Stress und Angst mit Anspannungen der Muskulatur einhergehen. Ein Mensch, der innerlich angespannt oder ängstlich ist, ist meist auch muskulär angespannt. Allerdings führt nicht nur psychische Anspannung zu höherer Muskelspannung. Es gilt auch der umgekehrte Fall, dass eine Lockerung der Muskulatur in aller Regel mit einem Ruhegefühl einhergeht. Wir haben es hier mit einem Zusammenhang zwischen Psyche und Körper zu tun, der in beide Richtungen besteht: Die Psyche wirkt auf den Körper und umgekehrt können körperliche Veränderungen auch Veränderungen im psychischen Befinden hervorrufen.

siehe Lernimpuls 10.2

Eine große Anzahl der „Zivilisationskrankheiten“ wird nach Jacobsons Auffassung in ihren Entstehungsbedingungen vor allem durch die Annahme einer gestörten persönlichen Ökonomie verständlich. Vor allem überfordernder Stress und seelische Belastungen führen häufig zu Verspannungen der Muskulatur, wodurch z.B. Rücken- und Gelenkbeschwerden sowie Kopfschmerzen hervorgerufen werden können. Geistige Aktivitäten beeinflussen nicht nur die Willkürmuskulatur[25], sondern auch die nicht dem Willen des Menschen unterliegende Muskulatur (an Gefäßen und Organen). Diese Annahme macht die Entstehung von Fehlregulationen in Hinblick auf die Funktion der Organe verständlich. Beispielsweise können spannungsbedingte Verkrampfungen der Gefäße, die das Herz mit

---

[23] Stress ist das Hauptthema in Modul 6.

[24] Progressive Relaxation kann wörtlich übersetzt mit voranschreitender Entspannung beschrieben werden.

[25] Willkürmuskulatur ist die Muskulatur, die durch den Willen zu beeinflussen ist – z.B. der Bizeps am Oberarm.

Blut versorgen bei entsprechender Vorschädigung zu Angina pectoris[26] oder auch Herzinfarkten beitragen. Ebenso können durch zu viele Reize Störungen oder Erkrankungen der Verdauungsorgane, Bluthochdruck, arthritische Beschwerden[27], Störungen des Nervensystems und der Psyche mitbedingt werden.

Die Methode der Progressiven Relaxation

Durch die Methode der Progressiven Relaxation soll dem Übenden eine möglichst tiefgehende Entspannung ermöglicht werden. Um dies zu erreichen, wird zunächst die Aufmerksamkeit auf eine bestimmte Muskelgruppe (z.B. Unterarm und Hand) gelenkt. Dann wird diese Muskelgruppe für etwa 5-10 Sekunden angespannt (z.B. Faust ballen), wobei die entstehenden Empfindungen möglichst genau wahrgenommen werden. Die Anspannung soll aber nicht übertrieben werden, sondern gut tun. Daraufhin erfolgt eine Entspannungsphase von etwa 30 Sekunden Dauer, während derer wiederum die Aufmerksamkeit auf die entstehenden Körperempfindungen gerichtet wird. Der Übungsablauf ist so aufgebaut, dass die verschiedenen Muskelgruppen nacheinander in das Training einbezogen werden. In aller Regel werden in Kursen für die Progressive Relaxation zunächst in „Langformen“ relativ viele Übungen einbezogen, bevor dann „Kurzformen“ geübt werden, die weniger Zeit benötigen.

Durch die Entspannung der Willkürmuskulatur wird eine gleichsinnige Wirkung auf die Gehirnaktivität und andere körperliche Funktionsbereiche ausgeübt, so dass ein körperlich-psychischer Entspannungszustand erreichbar ist. Eine derartige Entspannung stellt quasi einen Gegenpol zu übermäßiger Anspannung dar, woraus sich der gesundheitliche Nutzen bei spannungsbedingten Beschwerden und Erkrankungen erklärt.

Forschungsergebnisse

Hunderte von vor allem aus den USA stammenden Forschungsergebnissen belegen einen positiven Einfluss der Progressiven Relaxation auf eine Vielzahl von Erkrankungen und Beschwerden: u.a. Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Herz-Kreislauferkrankungen, Bluthochdruck und Abwehrschwäche. Die Progressive Relaxation ist dementsprechend bei einer Vielzahl bereits bestehender gesundheitlicher Störungen aber auch in der Vorbeugung von Krankheiten hilfreich.

Wissenschaftliche Ergebnisse belegen positive Auswirkungen der Progressiven Relaxation auf das Immunsystem, so dass von einer Stärkung der Selbstheilungskräfte auszugehen ist. Eindrucksvolle Studien zeigen außerdem, dass die medizinische Behandlung von Erkrankungen durch begleitende Progressive Relaxation deutlich unterstützt werden kann. Beispielsweise vertrugen Krebspatienten, die mit Chemotherapie behandelt wurden und gleichzeitig Progressive Relaxation praktizierten, die Chemotherapie wesentlich besser als Kontrollgruppen ohne die Entspannungstherapie. Die Entspannungstherapie trug dazu bei, dass wesentlich weniger Übelkeit und Erbrechen bei den Patienten auftraten.

Zum Erlernen der Methode

Es ist zu beachten, dass die geschilderten gesundheitlichen Vorteile meist nicht sofort nach Übungsbeginn auftreten. Obwohl zwar weniger Übungszeit als für andere Entspannungsverfahren benötigt wird, ist doch eine geduldige Herangehensweise eine große Hilfe. Es sollte von einer zumindest mehrwöchigen Übungszeit mit täglichen Übungen, die ca. 10 bis 20 Minuten umfassen, ausgegangen werden. Wir haben dann eine längerfristig wirksame Methode der Selbsthilfe zur Verfügung.

Es werden heute Kurse zum Erlernen der Progressiven Relaxation angeboten. Derartige Kurse finden z.B. in Volkshochschulen, in psychologischen, physiotherapeutischen oder ärztlichen Praxen statt. Aber auch während eines Aufenthaltes im Krankenhaus, in einer Kur- oder Rehabilitationsklinik kann diese Methode erlernt werden.

Literatur im Themenzusammenhang:

Brenner, H.: Progressives Entspannungstraining, Pabst, Lengerich, 2002

Brenner, H.: Tiefenmuskel-Entspannungstraining, CD, Eigenverlag, Bad Salzuflen

Gröniger, S., Stade-Göninger, J.: Progressive Relaxation, Pfeiffer, München, 1996

Jacobsen, E.: Entspannung als Therapie, Pfeiffer, München, 1990

[26] Angina pectoris: Engegefühl, krampfartige, meist anfallsartig auftretende Schmerzen in der Herzgegend und ausstrahlend.

[27] Arthritis: Gelenkentzündung

Ohm, D.: Stressfrei durch Progressive Relaxation, Trias-Verlag, Stuttgart, 2003

Ohm, D.: Stressfrei durch Progressive Relaxation, Trias-Relax-CD, Trias-Verlag, Stuttgart, 2001 **(Zubehör)**

Ohm, D.: Endlich frei von Angst und Panik (Sachbuch mit Übungs-CD). Trias-Verlag, Stuttgart, 2003

Info 11: Palm-Life-Chart und Alternativen

(Quelle: www.lifechart.de, 15.05.04)

Erste Informationen zu Palm Lifechart (PLC)

PLC steht für Palmpilot-Lifechart – einem Programm für Palms[28], andere Handcomputer oder herkömmliche PC Betriebssysteme. Es soll helfen, den Verlauf einer bipolaren Störung kontinuierlich und langfristig elektronisch zu dokumentieren. Als Grundlage dazu dient die Lifechart-Methodik: Eine tagebuchähnlichen Methode, die bereits jahrelang in Papierform erprobt ist.

Viele Menschen mit bipolarer Störung haben Kontakt mit einem **Tagebuchverfahren** gemacht: Überwiegend jedoch in Krisenzeiten. Sobald eine akute Phase überwunden ist, hören viele wieder mit ihren Aufzeichnungen auf. Dabei ist gerade die Zeit vor und nach einer Phase der Depression oder Manie bedeutsam: Wie war die Stimmung Wochen vorher, hat diese häufig geschwankt, wie viel wurde geschlafen und welche Ereignisse passierten in diesem Zeitraum (vgl. Modul 3: Frühwarnzeichen)?

↳ **siehe Lernimpuls 11.1**

Diese Fragen kann man nur schwer aus dem Gedächtnis beantworten. Doch gerade diese kontinuierliche Aufzeichnung ist für Betroffene und ihre betreuende Ärztinnen und Ärzte wichtig.

Palm LifeChart möchte zu dieser Kontinuität einen Beitrag leisten:

Jeden Tag nehmen Teilnehmer des Projektes innerhalb von 1-2 Minuten ihre Eintragungen in das Programm vor und schaffen so mit minimalem Aufwand[29] ihr persönliches elektronisches Verlaufstagebuch anhand mehrerer einfach fassbarer Kategorien.

„Life Chart hat mir sehr gut geholfen, weil ich immer auch ein bisschen rückblickend schauen konnte, und wenn's sogar in der Woche war, warum ging es mir jetzt da nicht so gut. Was war da, und so habe ich rausgefunden, was mir nicht gut tut. Und was mir gut tut. Weil meine Bedürfnisse habe ich nicht so gekannt, die habe ich erst mal herausfinden müssen.

(Patientin im Video „Himmelhoch jauchzend...“)

[28] Palm (engl.) bedeutet Handfläche – gemeint ist hier die Verwendung eines kleinen Computers, dessen Größe der der Handfläche entspricht.

[29] Im Rahmen einer „Durchführbarkeits“-Studie konnte ermittelt werden, dass 50% der Teilnehmer für die täglichen Dokumentationen im Palm lediglich 1-3 Minuten benötigten, mehr als 40% sogar nur 30 Sekunden (vgl. Folie 29).

Funktionen des Programms

Abbildung 5: Palm - Eintrag Funktion/Beeinträchtigung

Die **Beeinträchtigung** durch manische oder depressive Symptome (**Funktion**) wird anhand einer Skala eingetragen. Keine derzeitige Beeinträchtigung durch manische oder depressive Symptome zu erfahren, bedeutet der Wert 0. Beeinträchtigungen durch depressive Symptome werden von –1 bis –4 charakterisiert. Analog dazu verfährt man bei Beeinträchtigungen durch manische Symptome: Hier reicht die Skala von +1 bis+4.

Abbildung 6: Palm - Eintrag Stimmung

Die **Stimmung** am jeweiligen Tag wird bewertet mit Hilfe einer sogenannten „visuellen Analogskala“: einem Balken der zwischen einem Minimal – und Maximalwert verschoben wird. Eingetragen werden separat der Minimal- und der Maximalwert des Tages. War die Stimmung gleichbleibend stabil, besteht hier kein Unterschied, gab es aber zum Beispiel sowohl gute als auch schlechte Stimmungsphasen an einem Tag, kommt dies hier zum Ausdruck.

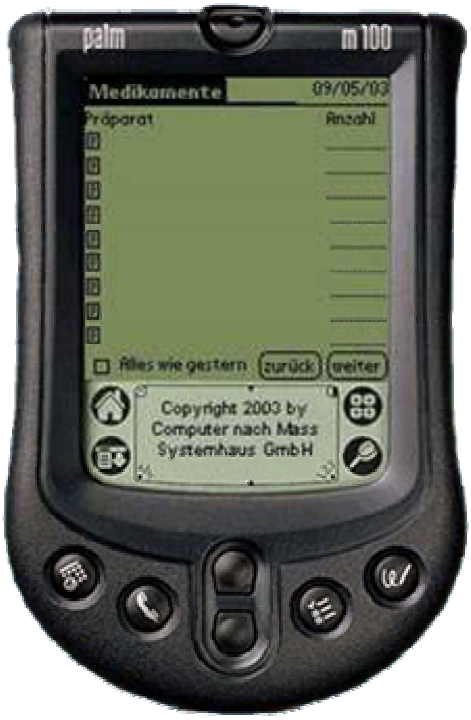


Abbildung 7: Palm - Eintrag Medikamente

Hier wird dokumentiert, welches **Präparat** in welcher **Dosierung** eingenommen wurde. Auch eventuelle **Nebenwirkungen** können vermerkt werden.

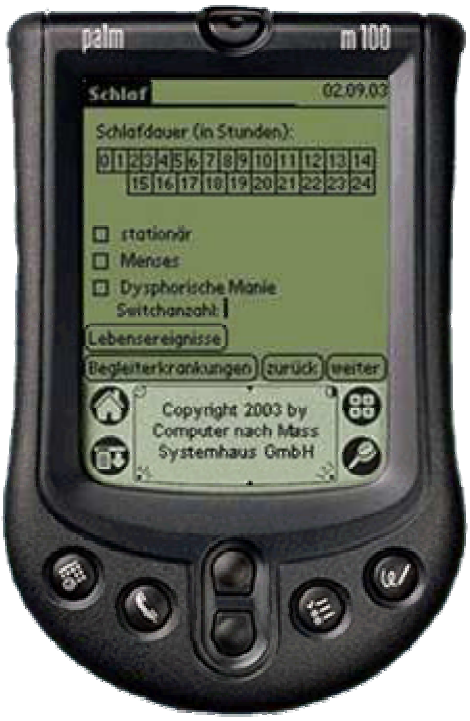


Abbildung 8: Palm - Eintrag Schlaf

Hierbei wird die **Schlaf**dauer in Stunden eingetragen.

Zusätzliche Informationen

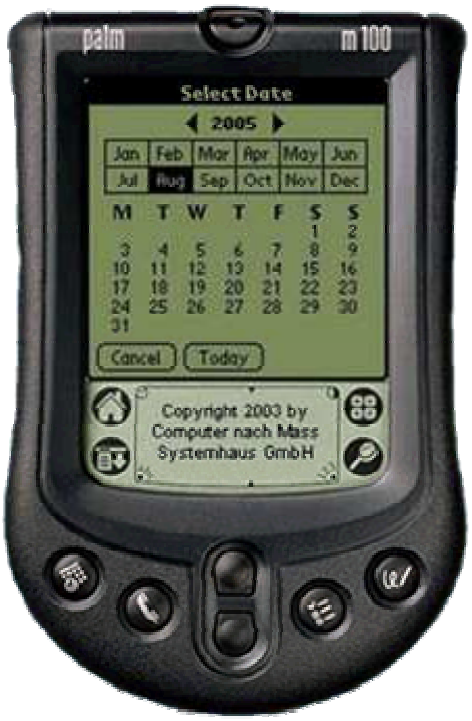


Abbildung 9: Palm - Eintrag Kalender

Mit Hilfe dieser Funktion lassen sich **Tagesaktivitäten** u./oder **Termine** planen.

Abbildung 10: Palm - Tagesübersicht

In der **Tagesübersicht** können Sie bereits eingegeben Werte einsehen bzw. ändern.

Besondere positive oder negative Ereignisse am jeweiligen Tag (zum Beispiel Familienfest, bestandene Prüfung, Unfall, Streit mit Partner, berufliche Probleme)[30] sowie eventuelle Tage in stationärer Behandlung und bei Frauen die Tage der Periode können vermerkt werden.

Wie in einem herkömmlichen Kalender kann dabei vor- und zurückgeblättert werden. In regelmäßigen Abständen erfolgt per Knopfdruck eine Übertragung der gesammelten Daten an einen zentralen Server. Dieser schickt dann unverzüglich eine übersichtliche graphische Auswertung[31] an den Teilnehmer zurück.

siehe Lernimpuls 11.2

Palm LifeChart war das erste Forschungsprojekt, das von der DGBS e.V. gefördert wurde.

---

[30] Eine Liste von Lebensereignissen (Life-Events) und die Erklärungen hierzu finden Sie im Handbuch zum elektronischen Tagebuch auf den Seiten 33-34 (Zubehör).

[31] vgl. Anlage 10 und Folie 32.

Arbeitsgruppe Neue Medien

Die Arbeitsgruppe Neue Medien ist eine von derzeit acht Arbeitsgruppen der DGBS e.V. Sie befasst sich mit dem Einsatz neuer elektronischer Techniken speziell auf dem Gebiet der Diagnostik und Therapie bipolarer Störungen. Der Arbeitsgruppe ist der erfolgreichen Start der Webseite der DGBS e.V. mit zuzuschreiben. 2003 wurde ein eigener Film über bipolare Störungen produziert. Dieser Film „Himmelhoch jauchzend zu Tode betrübt – Bipolare Erkrankungen“ ist Bestandteil dieses Selbstmanagement-Trainingsprogramms (vgl. Modul 1 und 2).

Neue Medien
Dr. Lars Schärer
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychosomatik
Abt. Psychiatrie und Psychotherapie
Hauptstraße 5
79104 Freiburg
Tel 0761-2706501
Fax 0761-2923312
E-Mail: Lars_Schaerer@psyallg.ukl.uni-freiburg.de

ChronoRecord Software

Anlässlich der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS e.V.), die vom 25.-27. September 2003 an der Charité in Berlin stattfand, trafen sich mehr als 300 Ärzte, Psychologen, Betroffene und Angehörige, um über Themen zur Diagnose, Therapie, Gesundheitspolitik, Selbsthilfe sowie neueste Forschungsergebnisse bei bipolaren Störungen zu diskutieren. An der Tagungsplanung und Organisation waren Professionelle, Betroffene und Angehörigen gleichermaßen beteiligt. Neben der oben erwähnten Palm-Life Chart Methode, welche von Dr. Schärer vorgestellt wurde, berichtete Dr. Bauer über eine Software, die ebenfalls Patienten an Heimcomputern die elektronische Aufzeichnung ihrer Stimmungen, Medikation, Schlaf, Lebensereignisse, Gewicht und Menstruation ermöglicht.[32]

Leitender Oberarzt Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Dr. med. Michael Bauer
Sekretariat: Frau Niedling
Tel. +49 (0)30 450 - 51 70 62 Fax +49 (0)30 450 - 51 79 62

michael.bauer@charite.de

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Charité Medizinische Fakultät der Humboldt - Universität zu Berlin
Schumannstraße 20/21 • 10117 Berlin

[32] Tipp: Näheres zu diesem in Zusammenarbeit mit der University of California in Los Angeles laufenden Projekt finden Sie, wenn sie unter www.GOOGLE.de > *ChronoRecord Software*< als Suchbegriffe eingeben.

Info 12: Palm-Life-Chart jetzt auch online

(Quelle: www.lifechart.de, 15.05.04)

Wenn Sie die Palm Lifechart Methode ausprobieren wollen, steht Ihnen der online-Zugang unter www.lifechart.de hierfür zur Verfügung. Nach einmaliger Registrierung können Sie das Programm nutzen und sich die Auswertung Ihrer Daten an Ihre E-Mail-Adresse zusenden lassen[33].

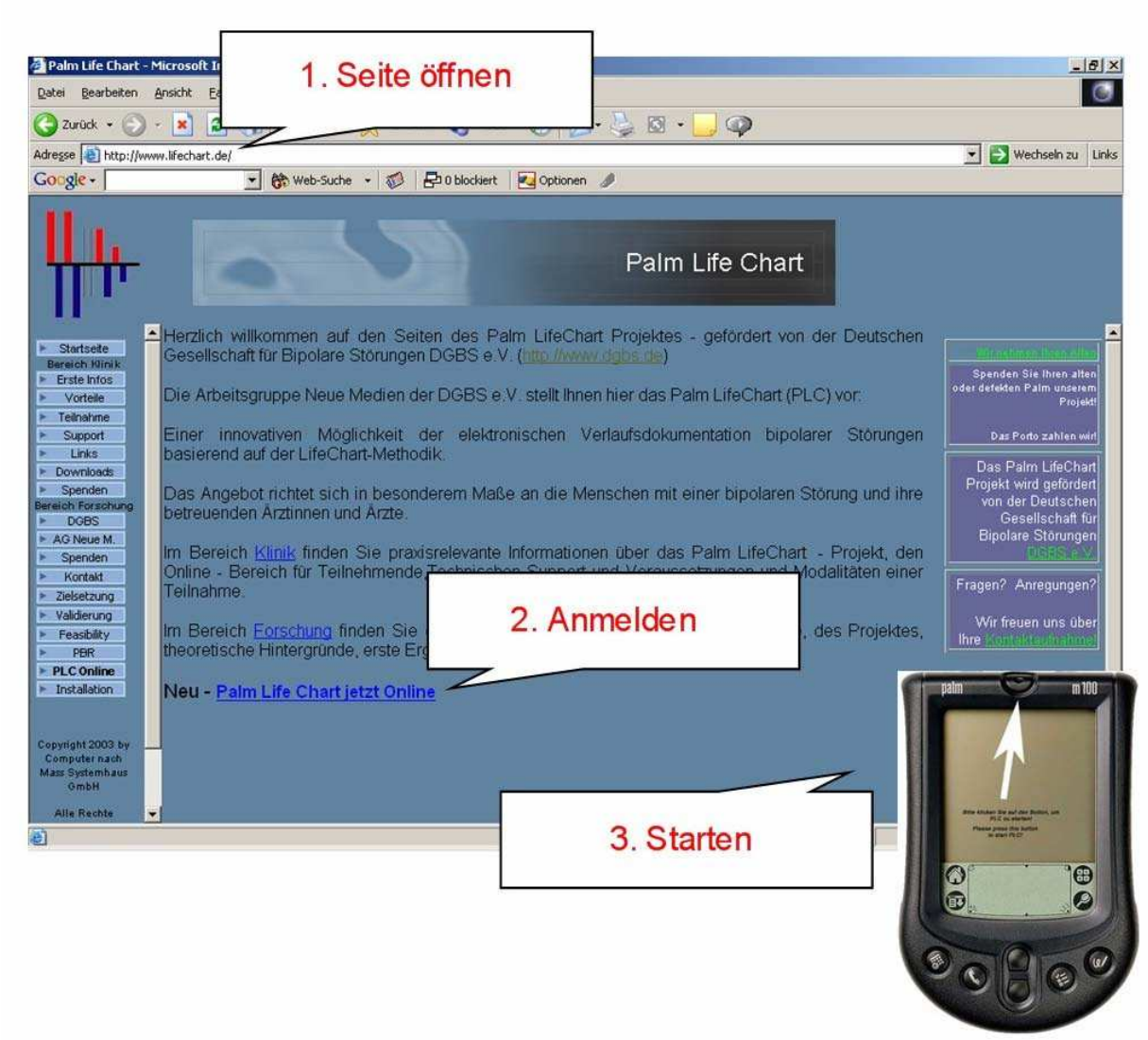


Abbildung 11: Palm Life Chart online

[33] Wie eine solche Auswertung Ihrer Daten dann aussieht, können Sie anhand des Muster-Life Charts in der Anlage 10 ansehen.

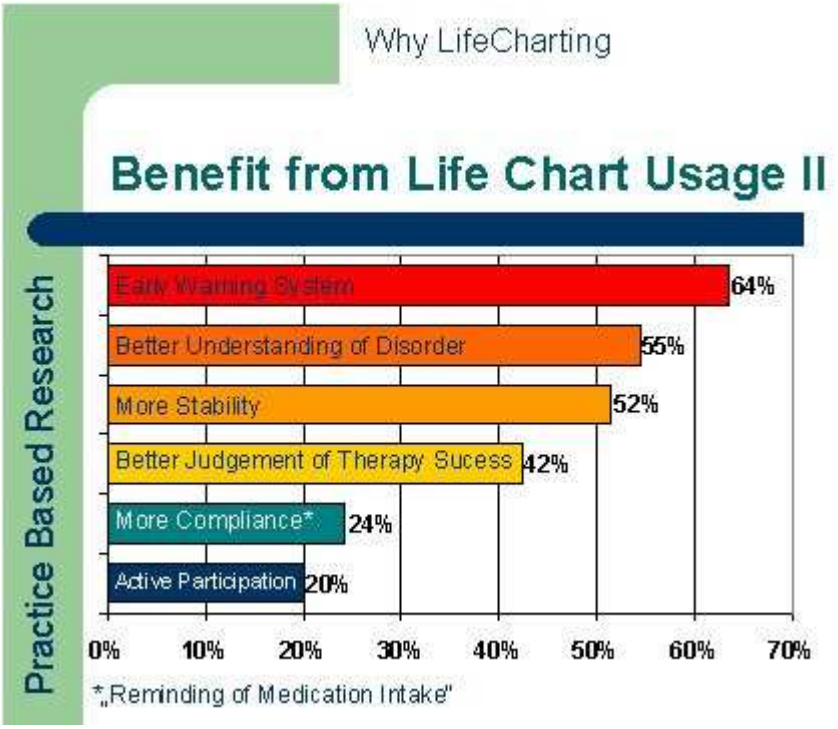
Info-13: Palm-Life-Chart Zielsetzung

(Quelle: www.lifechart.de, 15.05.04)

Palm Life Chart bedeutet praxisbasierte Forschung auf dem Gebiet der bipolaren Störungen. Im Mittelpunkt stehen dabei die Bemühungen, Menschen das Leben mit einer bipolaren Störung zu erleichtern.

Seit langem weiß man um die herausgehobene Bedeutung von kontinuierlicher und langfristiger Verlaufsbeobachtung bipolarer Störungen[34].

Abbildung 12: Vorteile der Benutzung von LifeChart



Diese Erkenntnis findet ihren Ausdruck in der Life Chart-Methodik: Der täglichen eigenen Aufzeichnung von Parametern wie Beeinträchtigung, Stimmung, Stimmungsumschwüngen, Schlafdauer, Medikamenteneinnahme und besonderen Lebensereignissen durch die Betroffenen selbst. Dieses Verfahren wird in Papierform[35] (vgl. auch Anlage 11 und 12) von sehr vielen Patienten seit Jahren genutzt.

Palm Life Chart transferiert nun diese Standardmethode auf ein neues Medium, das bekannte Vorteile der Life Chart-Methode bewahrt und diese für Betroffene und Professionelle optimieren möchte.

Dabei kommen die Vorteile der elektronischen Methode beiden Seiten zu gute:

Betroffene schätzen die ansprechende und zeitsparende Anwendung. Der Palm ist einfach mitzunehmen, das Programm klar strukturiert. Das elektronische Führen eines Tagbuchs macht vielen der Nutzer deutlich mehr Spaß.

Sie profitieren von der regelmäßigen übersichtlichen grafischen Auswertung, die postwendend nach Ihrer Übertragung an den Server zu Ihnen geschickt wird[36]. Durch die Übertragungen und Rückantworten ist es möglich, die Kontinuität in der Bereitschaft zur Dokumentation zu verbessern.

---

[34] Tipp: Auf der Internetseite http://www.bipolarnews.org/Life%20Charting%20Description.htm (20.05.2004) finden sie interessante Details und weiterführende Literaturempfehlungen.

[35] Leverich G, Post R,: Die LifeChart Methode. Herausgeber: DGBS e.V. (Deutsche Fassung: übersetzt von L. Schärer) Auf die verschiedenen Möglichkeiten der einmal fortlaufenden, täglichen Darstellung (prospektiv) und der andererseits rückblickenden (retrospektiven) Einschätzung wird dort näher eingegangen.

[36] vgl. Anlage 10.

Info-14: Was sind soziale Rhythmen

(modifiziert nach A. Freisen[37]: Patienteninformation - Soziales Rhythmus Training)

Soziale Rhythmen werden durch bestimmte Aktivitäten während des Tages, die gewissermaßen als „Zeitgeber“ auftreten, bestimmt. Solche „Aktivitäten“ sind beispielsweise das Aufstehen, die Mahlzeiten, der Kontakt mit anderen Menschen, die Arbeit oder auch Freizeitbeschäftigungen. Diese „äußeren“ Tätigkeiten haben einen nicht unbedeutenden Einfluss auf die „innere“ Uhr – den Biorhythmus[38] - des Menschen.

Zu den wegweisenden Erkenntnissen in der Erforschung der bipolaren affektiven Erkrankung zählt die Entdeckung, dass in akuten Krankheitsphasen zahlreiche ***Biorhythmen*** wie der Schlaf-Wach-Rhythmus oder die Ausschüttung von Hormonen gestört sind. Werden diese Störungen im biologischen Rhythmus beseitigt (z.B. durch eine Schlafphasenvorverlagerung[39] in der Therapie der akuten Depression) führt dies oft zu einer deutlichen und anhaltenden Stimmungs- und damit auch Leistungsverbesserung (vgl. untenstehende Abb. zur Tagesperiodik der Leistungsbereitschaft des gesunden Menschen).

↳ **siehe Lernimpuls 14.1**

1.

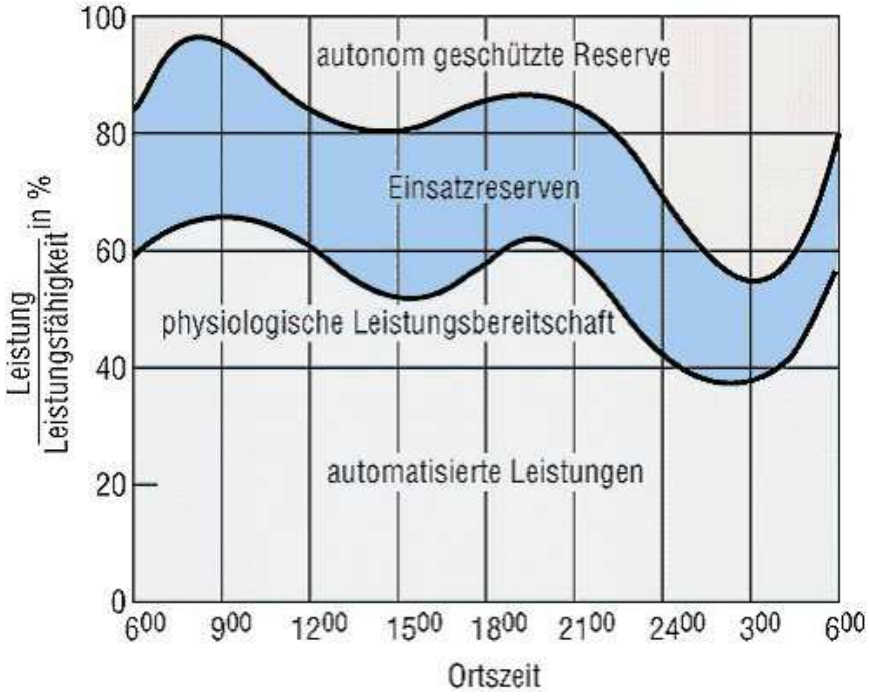


Abbildung 13: Zirkadianer Rhythmus - Tagesperiodik der Leistungsbereitschaft (nach Graf)
(Quelle: Roche Lexikon der Medizin)

[37] Doktorandin Stanley-Zentrum für innovative Therapien bipolarer Störungen am Universitätsklinikum Freiburg

[38] syn.: zirkadianer Rhythmus

[39] vgl. auch Informationsblatt 4: Schlafentzug

Info-15: Wie kann ich meine Tagesstruktur stabilisieren?

Was bedeutet Soziales Rhythmus Training?

Im Unterschied zur Therapie einer akuten Episode zielt das Soziale Rhythmus Training auf einen langfristigen Ausgleich von Biorhythmen und Stimmung. Hintergrund ist die Vermutung, dass bei Menschen mit bipolarer Störung eine Verletzlichkeit für Unstimmigkeiten des Biorhythmus bestehen. Finden „Soziale Zeitgeber“ immer ungefähr zur selben Zeit statt, trägt dies erheblich zur Stabilisierung des Biorhythmus und damit auch der Stimmung bei. Das Soziale Rhythmus Training soll helfen, eine erhöhte Aufmerksamkeit für die sozialen Zeitgeber zu entwickeln und dadurch - bewusst gesteuert - einen ganz wesentlichen Beitrag zur Stabilisierung von Biorhythmen und Stimmung zu leisten.

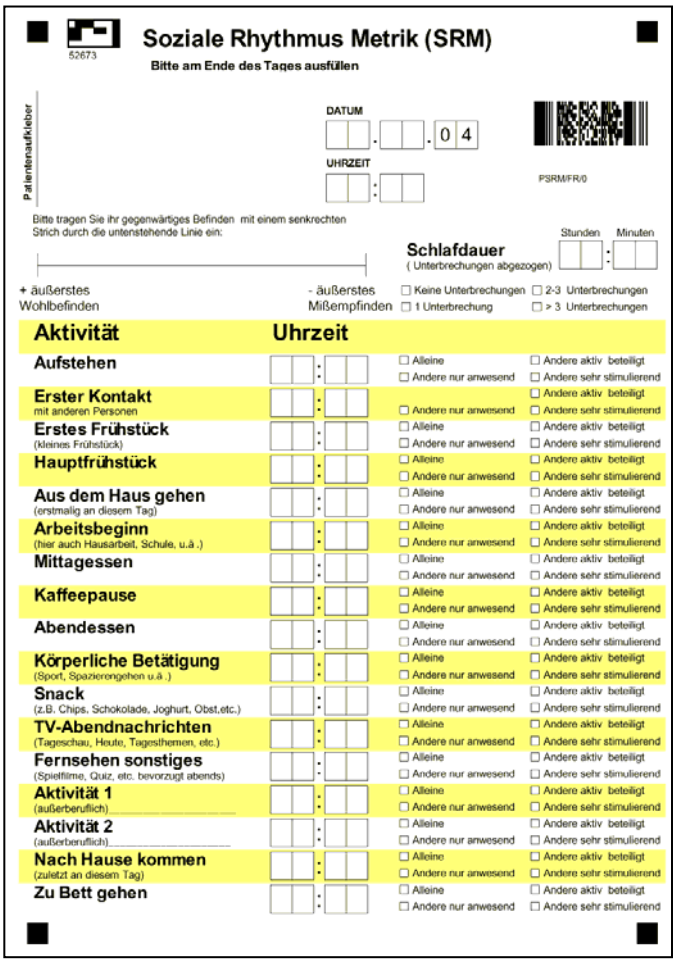
Soziale Rhythmus Metrik

Sehen Sie sich hierzu das nebenstehend in klein abgebildete Formular „Soziale Rhythmus Metrik“ (Anlage 13) an. Dieses Formular bietet Ihnen die Möglichkeit, Ihre „sozialen Zeitgeber“, also täglich die Uhrzeit, zu der Sie bestimmte Aktivitäten ausgeführt haben zu dokumentieren. So erkennen Sie, wie regelmäßig Ihr Tagesablauf ist, und wodurch er möglicherweise gestört wird. Zusätzlich wird auch ersichtlich, wie aktiv Sie sind und inwieweit andere Menschen an Ihren Aktivitäten beteiligt sind. Auch zwischenmenschliche Beziehungen wirken sich nicht unwesentlich auf das Befinden des Menschen aus. Es kann einen deutlichen Unterschied machen, ob Sie eine Mahlzeit alleine oder mit einer anderen Person zusammen einnehmen – sowohl im positiven als auch im negativen Sinne. Das Vermeiden von interpersoneller Über- und Unterstimulierung trägt so ebenfalls zur Stabilisierung von Biorhythmen und Stimmung bei.

Bisher wurde das Soziale Rhythmus Training nur in klinischen Studien eingesetzt, mit durchaus guten Ergebnissen. Die Studienteilnehmer erreichten einen stabileren sozialen Rhythmus, eine vorbeugende Wirkung gegen depressive Phasen wurde beschrieben (Anwendung als *IPSRT*[40]).

Obwohl die Papierversion einfach und unkompliziert zu handhaben ist, hat sie für den klinischen Alltag doch den entscheidenden Nachteil, dass die Auswertung längerer Zeitspannen, also die Datenbearbeitung und grafische Darstellung recht zeit- und kostenintensiv sind.

Abbildung 14: SRM



52673

Soziale Rhythmus Metrik (SRM)

Bitte am Ende des Tages ausfüllen

Patientenaufkleber

DATUM . . 0 4

UHRZEIT :

PSRM/FR/0

Bitte tragen Sie ihr gegenwärtiges Befinden mit einem senkrechten Strich durch die untenstehende Linie ein:

Schlafdauer (Unterbrechungen abgezogen) Stunden : Minuten

+ äußerstes Wohlbefinden — - äußerstes Mißempfinden

☐ Keine Unterbrechungen ☐ 1 Unterbrechung ☐ 2-3 Unterbrechungen ☐ > 3 Unterbrechungen

Aktivität	Uhrzeit		
Aufstehen	:	☐ Alleine ☐ Andere nur anwesend	☐ Andere aktiv beteiligt ☐ Andere sehr stimulierend
Erster Kontakt (mit anderen Personen)	:	☐ Andere nur anwesend	☐ Andere aktiv beteiligt ☐ Andere sehr stimulierend
Erstes Frühstück (kleines Frühstück)	:	☐ Alleine ☐ Andere nur anwesend	☐ Andere aktiv beteiligt ☐ Andere sehr stimulierend
Hauptfrühstück	:	☐ Alleine ☐ Andere nur anwesend	☐ Andere aktiv beteiligt ☐ Andere sehr stimulierend
Aus dem Haus gehen (erstmalig an diesem Tag)	:	☐ Alleine ☐ Andere nur anwesend	☐ Andere aktiv beteiligt ☐ Andere sehr stimulierend
Arbeitsbeginn (hier auch Hausarbeit, Schule, u.ä.)	:	☐ Alleine ☐ Andere nur anwesend	☐ Andere aktiv beteiligt ☐ Andere sehr stimulierend
Mittagessen	:	☐ Alleine ☐ Andere nur anwesend	☐ Andere aktiv beteiligt ☐ Andere sehr stimulierend
Kaffeepause	:	☐ Alleine ☐ Andere nur anwesend	☐ Andere aktiv beteiligt ☐ Andere sehr stimulierend
Abendessen	:	☐ Alleine ☐ Andere nur anwesend	☐ Andere aktiv beteiligt ☐ Andere sehr stimulierend
Körperliche Betätigung (Sport, Spazierengehen u.ä.)	:	☐ Alleine ☐ Andere nur anwesend	☐ Andere aktiv beteiligt ☐ Andere sehr stimulierend
Snack (z.B. Chips, Schokolade, Joghurt, Obst,etc.)	:	☐ Alleine ☐ Andere nur anwesend	☐ Andere aktiv beteiligt ☐ Andere sehr stimulierend
TV-Abendnachrichten (Tageschau, Heute, Tagesthemen, etc.)	:	☐ Alleine ☐ Andere nur anwesend	☐ Andere aktiv beteiligt ☐ Andere sehr stimulierend
Fernsehen sonstiges (Spielfilme, Quiz, etc. bevorzugt abends)	:	☐ Alleine ☐ Andere nur anwesend	☐ Andere aktiv beteiligt ☐ Andere sehr stimulierend
Aktivität 1 (außerberuflich)_____	:	☐ Alleine ☐ Andere nur anwesend	☐ Andere aktiv beteiligt ☐ Andere sehr stimulierend
Aktivität 2 (außerberuflich)_____	:	☐ Alleine ☐ Andere nur anwesend	☐ Andere aktiv beteiligt ☐ Andere sehr stimulierend
Nach Hause kommen (zuletzt an diesem Tag)	:	☐ Alleine ☐ Andere nur anwesend	☐ Andere aktiv beteiligt ☐ Andere sehr stimulierend
Zu Bett gehen	:	☐ Alleine ☐ Andere nur anwesend	☐ Andere aktiv beteiligt ☐ Andere sehr stimulierend

[40] IPSRT: Abkürzung für interpersonale und soziale Rhythmustherapie nach Ellen Frank.

Info-16: Soziale Rhythmus Metrik und Palm Life Chart

Elektronische Datenerfassung

Auf der Basis der elektronischen Datenerfassung wird es möglich, die täglichen Eintragungen effizient und automatisiert zu bearbeiten. Die Beobachtung über einen längeren Zeitraum wird ausführbar und der Betroffene bzw. der Arzt/Therapeut erhalten Zugang zu einer anschaulichen grafisch Darstellung, die die Veränderungen im sozialen Rhythmus zeigt.
Das Stanley-Zentrum für innovative Therapie bipolarer Störungen am Universitätsklinikum Freiburg erprobt derzeit ein Programm für Taschencomputer, das der Stabilisierung des täglichen Lebensrhythmus dient.
Durch Kombination mit dem Life Chart (vgl. Modul 4) wird für Betroffene erkennbar, wie Stimmung, Schlafdauer, Lebensereignisse und Regelmäßigkeit des Tagesablaufs miteinander zusammenhängen. Eventuell lässt sich aus dieser genauen Beobachtung ein Krankheitsfrühwarnsystem (vgl. Modul 3) für den Einzelnen entwickeln.

Muss ich meinen Tag so gestalten wie es das Programm vorschreibt?

Entscheidend beim Sozialen Rhythmus Training ist, dass Sie selbst festlegen, wie Sie Ihren Tag gestalten. In einer zweiwöchigen Anfangsphase, in der Sie leben wie bisher, wird zunächst ihr persönlicher sozialer Rhythmus ermittelt. Dann entscheiden Sie, an welchen Punkten Sie diesen optimieren wollen, indem sie für einzelne Aktivitäten einen Zeitrahmen festlegen. Sie können zum Beispiel beschließen, dass Sie Ihre bisher eher unregelmäßige Kaffeepause jetzt immer zwischen 15.00 und 16.30 Uhr machen wollen. Haben Sie dieses Ziel erreicht, können sie mit anderen Aktivitäten weiter trainieren.

Ausblick

Auch wenn durch das Soziale Rhythmus Training Erfolge erreicht wurden (Stabilisierung des sozialen Rhythmus und eine vorbeugende Wirkung gegen depressive Phasen wurden beschrieben), wird das Verfahren bisher kaum im klinischen Alltag eingesetzt. Die Datenverarbeitung ist zu kosten- und zeitintensiv. Deshalb wird zurzeit am Universitätsklinikum Freiburg in enger Zusammenarbeit mit Patienten ein Programm für Taschencomputer erprobt, das der Stabilisierung des täglichen Lebensrhythmus dient. Das Handbuch „Elektronisches Tagebuch für Patienten mit bipolarer affektiver Störung – Die Life Chart Methode“ beschreibt bereits ab Seite 39 die Bedienung dieses Programms. Eine Internet-Version ist geplant. Die Anwendung im Internet bietet den großen Vorteil, dass Sie beide Programme flexibel nach Ihren eigenen Bedürfnissen gestalten können. Sie können zum Beispiel eigene Bezeichnungen für die Zeitgeber wählen, neue Trainingsziele festlegen oder für Sie nicht relevante Tätigkeiten streichen. Die Auswertung Ihrer Daten ist Ihnen ebenfalls online zugänglich.
Diese Projekt ist offen für interessierte Menschen mit bipolarer Störung, die aktiv etwas dafür tun wollen, stabil zu bleiben und durch ihre Ideen dazu beitragen, die Programme zur Stabilisierung des Sozialen Rhythmus nach den Bedürfnissen der Betroffenen zu gestalten[41].

[41] Kontakt: Dr. Lars Schärer, Stanley-Zentrum für innovative Therapien bipolarer Störungen am Universitätsklinikum Freiburg, Hauptstr. 5, 79110 Freiburg, Tel.: 0761-2706972, lars_schaerer@psyallg.ukl.uni-freiburg.de

Info-17: Stress und Stressbewältigung?

(modifiziert nach: Kaufmann C, Stress Folien.pdf. URL:http://www.vdr.de/internet/vdr/reha.nsf. 31.05.2004 und
Stangl W, Arbeitsblaetter Stress. URL: http://www.stangl-taller.at/ARBEITSBLAETTER/EMOTION/Stress.shtml 31.05.2004)

Wie wird Stress definiert?

Es gibt nicht *die* Stressreaktion. Vielmehr können eine Vielzahl von Reizen - wenn keine Lösungsstrategien vorhanden sind – zu einer Belastung führen.

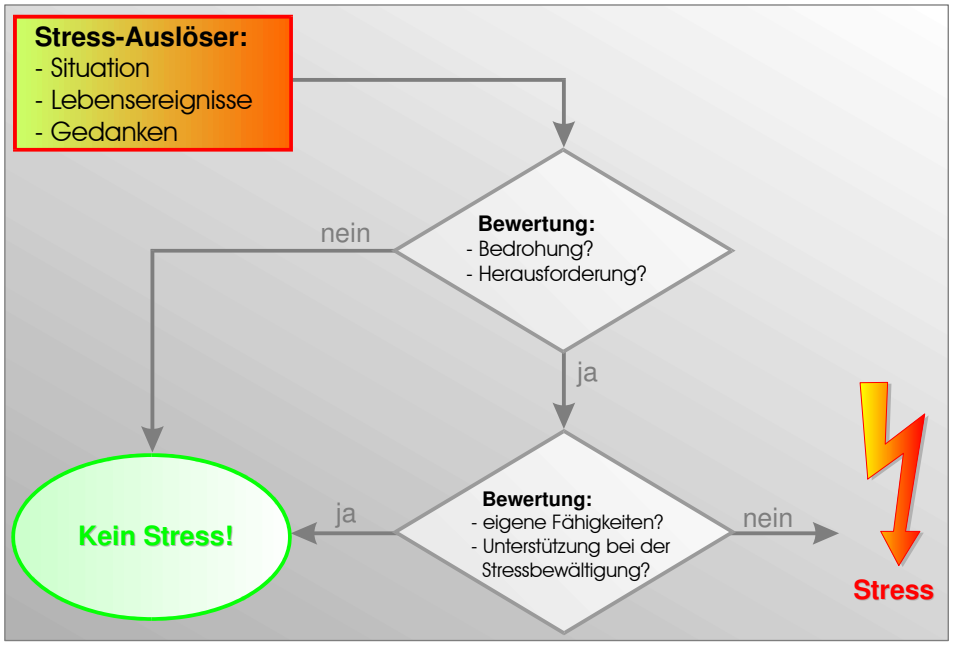


Abbildung 15: Entstehung von Stress

Was für Reize lösen Stress aus?
Eine pragmatische Klassifikation von Stressoren unterscheidet

objektive von **subjektiven Stressoren**.

⇩ ⇩

Schlafentzug, Verletzungen, Krankheiten, schwere Operationen, Verbrennungen, Unterkühlung, Hitze, Kälte, Luftdruckveränderungen, Hunger, Durst, Lärm, intensives Licht, Isolation, hohe Bevölkerungsdichte, monotone Arbeit, Unter- und Überforderung, schlechte Lebens- und Arbeitsbedingungen, Nichterfüllung wesentlicher Bedürfnisse

negative Denkmuster, die Neigung zu Ungeduld, Ärger, Wut, Angst, Feindseligkeit, Dominanzstreben, Konkurrenzdenken, falsche Situationsbewertungen, Schwarzsehen, Hineinsteigern, selbstgemachter Zeit- und Leistungsdruck, zu hohe Erwartungen, Enttäuschungen, eingebildete Bedrohung oder Hilflosigkeit

↳ **siehe Lernimpuls 17.1**

Wie reagieren wir auf Stress?

Stress ist ein unvermeidlicher Teil des Lebens und hat nach neuesten Erkenntnissen auch gesundheitsfördernde Funktionen. Man nimmt heute an, dass ein gewisses Maß an Stress sogar lebensnotwendig ist. Das Auf und Ab zwischen Stress- und Erholungsphasen regelt ein komplizierter Mechanismus, der anscheinend immer wieder geübt werden muss, um die Zusammenarbeit zwischen Organismus und Umweltreizen zu optimieren (Roth 2002). Die Stressreaktion wird über einfache oder komplizierte Sinneseindrücke ausgelöst und an das Gehirn weitergeleitet. In einer speziellen Hirnregion, dem Hypothalamus, nimmt der hormonelle Reaktionsweg der Stressreaktion seinen Anfang. Ein sehr wichtiges „Stress-Hormon“ ist das Cortisol (bekannter unter dem Namen Cortison). Es wirkt auf verschiedenste Weise und führt zu einer Steigerung der Widerstandsfähigkeit des Organismus.

Ein anderer Weg der Stressreaktion führt zur vermehrten Ausschüttung der Hormone Adrenalin und Noradrenalin. Der wohl wichtigste und unmittelbarste Effekt ist die Bereitstellung von Energiereserven. Andere Reaktionen – zum Beispiel auf das Herz-Kreislauf-System und die Atmung – vervollständigen die leistungssteigernde Wirkung. Stress löst, bewusst oder unbewusst, Prozesse im Körper aus, die eine Anpassung an veränderte Bedingungen erzielen sollen. Solche gegenregulatorischen Maßnahmen lassen sich nicht nur auf organischer Ebene nachweisen sondern auch auf der Ebene des Verhaltens. Die gezielte Anwendung von Bewältigungsstrategien (Coping) ist ein Beispiel hierfür.

Es gilt heute als erwiesen, dass nichtbewältigter Stress (vor allem auf längere Sicht) das Auftreten von Krankheiten begünstigt.

Teil 3: Lernimpulse

Lernimpulse 1

L-1.1: Häufigkeit

↳ In der Fachliteratur lassen sich unterschiedliche Zahlenangaben zur **Häufigkeit** dieses Krankheitsbildes in der Bevölkerung recherchieren.

- Welche Zahlenangaben habe ich gehört oder gelesen?
- Wie lassen sich diese unterschiedlichen Aussagen erklären?

L-1.2: Behinderung

↳ Bipolare Störungen gehören zu den zehn Krankheitsbildern, die am häufigsten zu einer ***Behinderung*** führen.

- Was bedeutet es eigentlich, „behindert“ zu sein?
- Wie kommt man zu einem Schwerbeschädigtenausweis?
- Welche Vor- oder auch Nachteile hat eine Einstufung als Schwerbehinderter?

L-1.3: Symptome

↳ Die meisten der Betroffenen erleben ihre erste Krankheitsepisode vor dem 25. Lebensjahr, die ersten ***Symptome*** treten gewöhnlich zwischen 15 und 25 Jahren auf.

- Wie begann die Krankheit bei mir?
- Wann hatte ich die erste *Episode*?
- Welche *Frühwarnzeichen*[42] muss ich beachten, um einer erneuten Episode vorzubeugen?

L-1.4: Ursachen

↳ Die anlagebedingte Verletzlichkeit des Nervensystems[43] kann zu einer Störung des Gleichgewichts verschiedener chemischer Botenstoffe (*Neurotransmitter*) führen. Im Mittelpunkt der Forschung stehen hier unter anderen die Neurotransmitter Noradrenalin, Serotonin, Dopamin oder auch Acetylcholin.

- Welche neuesten Forschungsergebnisse beschreiben die biologischen **Ursachen** des Krankheitsbildes?
- Welche Konsequenzen ergeben sich für die Therapie[44]?

---

[42] Die Frühwarnzeichen werden intensiv im Modul 3 besprochen. Eine Auseinandersetzung damit muss und soll nicht auf dieses eine Modul beschränkt sein sondern auf Grund der Bedeutung immer wieder thematisiert werden.

[43] Diese Verletzlichkeit wird auch als Vulnerabilität bezeichnet. Der Lernimpuls 3.1 beschäftigt sich damit näher.

[44] Diese Frage steht im engen Zusammenhang mit der medikamentösen Behandlung und ergänzt somit die Inhalte des Moduls 2.

L-1.5: Lebensereignisse

↳ Schwer belastende psychosoziale Lebensereignisse wie der Tod eines nahen Angehörigen, die Ablösung vom Elternhaus, Lehr- oder Studienbeginn gelten als möglicherweise krankheitsauslösende äußere Faktoren.

- Welche schweren seelischen Belastungen kommen noch in Frage[45]?
- Was für Erfahrungen habe ich gemacht?
- Wo finde ich Unterstützung?

Lernimpulse 2

L-2.1: Klassifikationen

↳ In der Fachliteratur lassen sich unterschiedliche **Klassifikationen** (Einteilungen) zur Beschreibung dieses Krankheitsbildes finden.

- Wie definiert die für deutsche Ärzte verbindliche „Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD 10)[46] die bipolare affektive Störung?
- Welche Einteilung liefert das diagnostische und statistische Manual (DSM IV) der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft?

L-2.2: Depression

↳ Das Informationsblatt 2 benennt die wichtigsten Symptome einer ***Depression***.

- Tauschen Sie sich innerhalb der Gruppe aus, welche typischen Symptome sich bei Ihnen bemerkbar machen und inwieweit diese Ihren Alltag beeinträchtigen.

L-2.3: Manie / Hypomanie

↳ Das Informationsblatt 2 benennt die wichtigsten Symptome einer ***Manie*** oder ***Hypomanie***.

- Tauschen Sie sich innerhalb der Gruppe aus, welche typischen Symptome sich bei Ihnen bemerkbar machen und inwieweit diese Ihren Alltag beeinträchtigen.

L-2.4: Diagnose „Bipolar“

↳ Mehrere Autoren beschreiben übereinstimmend, dass es im Schnitt zehn Jahre dauert, bis nach einer ersten Krankheitsepisode die ***Diagnose* „Bipolar“** gestellt wird.

- Warum dauert es mitunter so lange, bis die Diagnose gestellt wird?
- Was können Betroffene und Angehörige dagegen tun?

---

[45] Das Manual zur Palm-Life-Chart Methode enthält eine Liste von Lebensereignissen... Im Modul 4 wird diese Liste angesprochen.

[46] International Classification of Diseases, Deutsche Version 2004 / Diese ist im Internet unter www.dimdi.de zu finden.

Lernimpulse 3

L-3.1: Vulnerabilität

✎ Verschiedene Autoren verwenden für die erhöhte Verletzlichkeit des Nervensystems den Begriff ***Vulnerabilität***. Die Vulnerabilität stellt neben anderen Aspekten[47] einen krankheitsauslösenden Faktor dar.

- Beschreiben Sie genauer, was unter dem Begriff Vulnerabilität zu verstehen ist.
- Versuchen Sie, die untenstehenden Abbildungen zum Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell[48] zu erklären (eventuell können Ihnen Unterlagen aus psychoedukativen Schulungsprogrammen oder Fachbücher dabei behilflich sein).
- Bringen Sie Beispiele aus Ihrem eigenen Erleben, welche den Zusammenhang von Stress und Symptomverstärkung untermauern.

Erklärung:
Auf der Abbildung 1 ist eine normale (niedrige) Vulnerabilität dargestellt. Auch ein relativ starker Stressor führt nicht zum Überschreiten der Symptomschwelle. Es treten keine Krankheitszeichen auf.

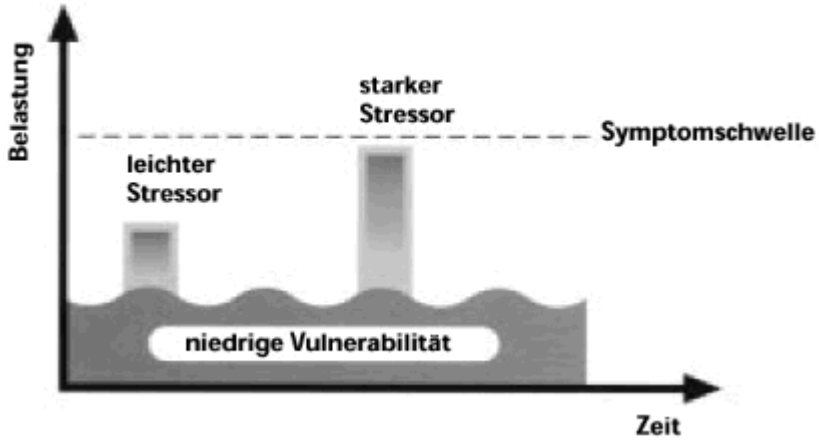


Abbildung 16: Normale Vulnerabilität

Beispiele für starke Stressoren[49]:

- ein Streit mit dem Partner
- eine extrem hohe Arbeitsbelastung zu Hause oder im Beruf
- .....
- .....

[47] Diese Faktoren werden als Ursachen für die Entstehung bipolarer Störungen im Lernimpuls 1.4 betrachtet.

[48] Abbildungen entnommen und modifiziert nach: nach M. Amering, I. Sibitz, R. Gössler, H. Katschnig: Wissen – genießen – besser leben. Ein Seminar für Menschen mit Psychoseerfahrung. Psychiatrie-Verlag. Bonn. 2003

[49] Das Thema Stress wird explizit auch in Modul 6 behandelt.

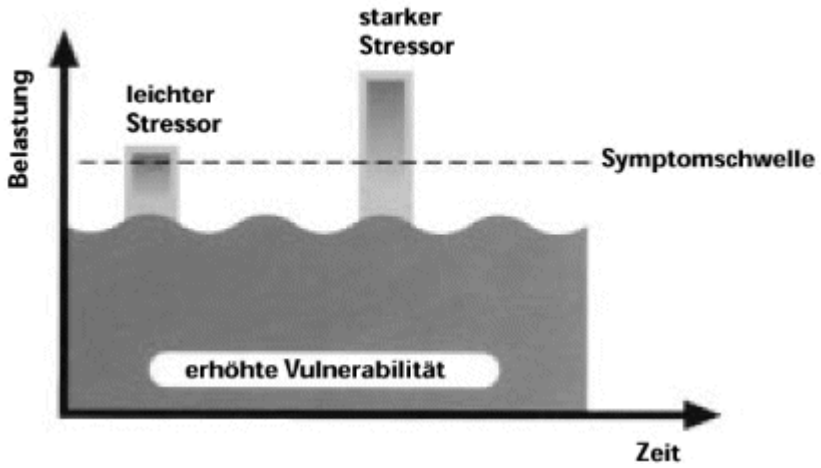


Abbildung 17: Erhöhte Vulnerabilität

Erklärung:

.....

.....

.....

.....

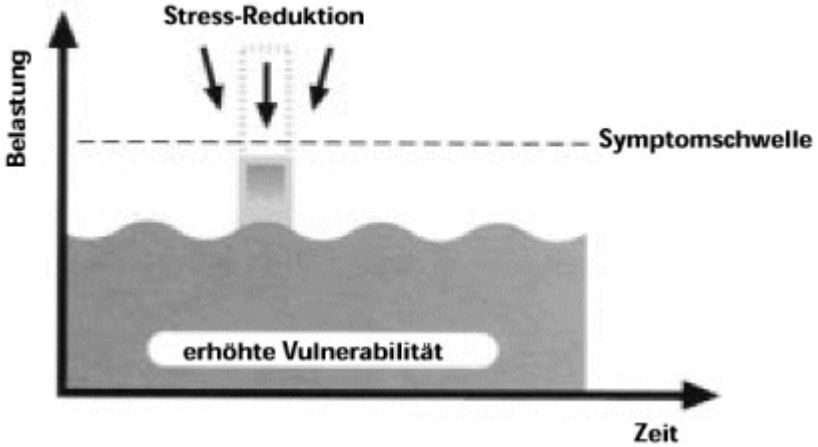


Abbildung 18: Stress-Reduktion

Erklärung:

.....

.....

.....

.....

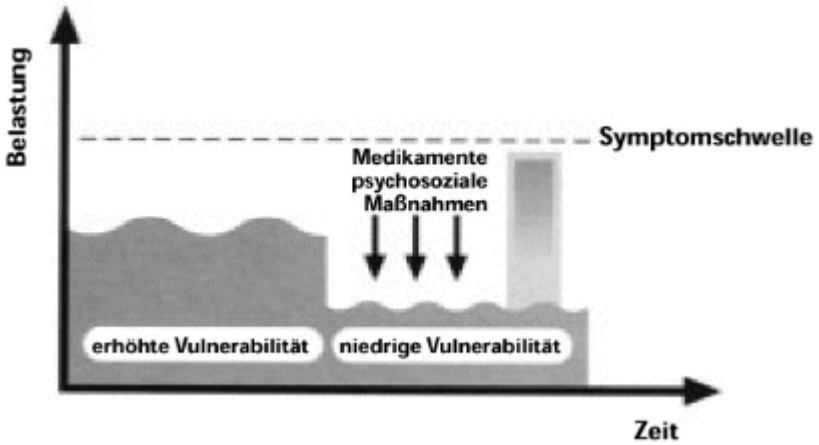


Abbildung 19: Verringerung der Vulnerabilität

Erklärung:

.....

.....

.....

.....

HINWEIS: Diskutieren Sie die Fragestellung gemeinsam in der Gruppe. Verwenden Sie zur besseren Visualisierung auch die Zusatzfolien 1-7.

Lernimpulse 4

L-4.1: Medikamente

Sicher haben sämtliche Gruppenteilnehmer unter Ihnen – mehr oder weniger gute – Erfahrungen mit diversen ***Medikamenten*** gemacht.

- Tauschen Sie sich innerhalb der Gruppe aus, welche Erfahrungen Sie gemacht haben.
- Beraten Sie, mit welcher konkreten Themenstellung Sie sich zu den *Medikamenten* genauer beschäftigen wollen.

HINWEIS: Die Zusatzfolie 8 enthält die Abbildung einer *Synapse*. Eventuell können Sie diese Darstellung für das bessere Verständnis – z.B. des Wirkortes von *Serotonin-Wiederaufnahmehemmem* – verwenden.

L-4.2: Psychoedukation

In der Vorbereitung für die Entwicklung dieses Programms wurden Patienten in Selbsthilfegruppen interviewt. Viele gaben an, bereits Erfahrungen mit ***Psychoedukation*** zu haben...

- Was haben Sie in psychoedukativen Schulungsprogrammen gelernt?
- Tauschen Sie sich in der Gruppe über ihre Erfahrungen und Erlebnisse aus.

HINWEIS: siehe weiterführende Literatur Zusatzfolie 7.

Lernimpulse 9

L-9.1: Synonyme für Frühwarnzeichen

In der Literatur werden für den Begriff *Frühwarnzeichen*[50] (vor psychotischen Krisen) verschiedene Synonyme verwendet.

- Nutzen Sie diese Synonyme (vgl. Informationsblatt 9) als Suchbegriffe für eigene (Internet)- bzw. Literaturrecherchen zu diesem Thema.

[50] Auch andere – nicht psychiatrische – Krankheiten können sich durch Frühwarnzeichen ankündigen. (Tipp: Geben sie unter www.GOOGLE.de den Begriff Frühwarnzeichen ein.)

L-9.2: Frühwarnzeichen und unangemessene Besorgnis

↳ Im Buch „Bevor die Stimmen wiederkommen„ von Knuf & Gartelmann wird eine Patientin zitiert, die angibt, dass sie sich schon gar nicht mehr traut, ungewöhnliche Dinge zu tun weil sich gleich jemand anderes um sie Sorgen macht...

- Diskutieren Sie dieses Phänomen in der Gruppe.
- Welche Verhaltensstrategien gegen **unangemessene Besorgnis** – einmal aus der Sicht der Betroffenen, einmal aus der Sicht des Partners/Angehörigen – könnten hilfreich sein?

L-9.3: Frühwarnzeichen und Krankheitsbewältigung

↳ Die Arbeitsgemeinschaft „Selbst-CheckerInnen“ im Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener stellt im Buch „Bevor die Stimmen wiederkommen“51 (S. 182) die These auf, dass

- „viele Frühwarnzeichen unserer Liste auch schon unbewusste Bewältigungsversuche sich entwickelnder, aber noch nicht unbedingt bewusst gewordener Probleme sind (z.B. Vermeiden von Zusammensein mit Kollegen, also aktiver Rückzug).“
- Tauschen Sie sich in der Gruppe über ihre Erfahrungen und Erlebnisse aus.

L-9.4: Frühwarnzeichen und zeitliche Abfolge

↳ Die **zeitliche Abfolge individueller Frühwarnzeichen** könnte eventuell für Vorbeugemaßnahmen eine Rolle spielen...

- In der Anlage 9 finden Sie einen (nach Knuf & Gartelmann modifizierten) Vorsorgebogen, der Ihnen möglicherweise zu mehr Klarheit über Ihre Frühwarnzeichen und eventuelle Einflussmöglichkeiten verhelfen kann.
- Füllen Sie diesen Bogen aus und tauschen Sie sich in der Gruppe über ihre Erfahrungen und Erlebnisse aus.

Lernimpulse 10

L-10.1: Entspannungsempfindungen

↳ Bei der *Progressiven Relaxation* werden meist bereits nach den ersten Übungen **Entspannungsempfindungen** wahrgenommen.

- Wie erging es Ihnen nach ersten Übungen mit der Progressiven Relaxation?
- Tauschen Sie sich untereinander aus, was Ihnen bei der Entspannung leicht fiel und was Sie als eher schwierig empfanden.
- Welche Entspannungsempfindungen konnten Sie wahrnehmen?

L-10.2: Psyche und Körper

↳ Die **Psyche** wirkt auf den **Körper** und umgekehrt können körperliche Veränderungen auch Veränderungen im psychischen Befinden hervorrufen.

---

[51] Knuf & Gartelmann (1997)

- Auf den Zusatzfolien 9-11 wird dieser Zusammenhang grafisch am Beispiel des Zusammenhangs von Depression und Herzinfarkt verdeutlicht.
- Setzen Sie sich in der Gruppe vertieft mit dieser Thematik auseinander.
- Welche weiteren Beispiele zum Zusammenhang zwischen körperlichen Beschwerden und Psyche kennen Sie?

Lernimpulse 11

L-11.1: Tagebuchverfahren

↳ Viele Menschen mit bipolarer Störung haben Kontakt mit einem **Tagebuchverfahren** gemacht:

- Wie erging es Ihnen?
- Tauschen Sie sich untereinander aus, was Ihnen die Aufzeichnungen gebracht haben.
- Welche Vorteile konnten Sie wahrnehmen?

L-11.2: Handbuch PLC

↳ Das **Handbuch** „Elektronisches Tagebuch für Patienten mit bipolarer affektiver Störung – Die Life Chart Methode“ bietet eine ausführliche Einführung zu diesem Thema.

- Besprechen Sie in der Gruppe, wann und auf welche Art und Weise Sie sich mit Details hierzu beschäftigen wollen.

Lernimpulse 14

L-14.1: Biorhythmus

↳ Zu den wegweisenden Erkenntnissen in der Erforschung der bipolaren affektiven Erkrankung zählt die Entdeckung, dass in akuten Krankheitsphasen zahlreiche **Biorhythmen** wie der Schlaf-Wach-Rhythmus oder die Ausschüttung von Hormonen gestört sind.

- Welche Funktionen des menschlichen Organismus zählen noch zu den *Biorhythmen*?
- Inwieweit konnten Sie im Zusammenhang mit bipolaren Episoden Störungen dieser Funktionen wahrnehmen?

Lernimpulse 17

L-17.1: Stressoren

↳ Eine pragmatische Klassifikation von Stressoren unterscheidet **objektive** von **subjektive**n ***Stressoren***.

- Zum Thema Stress gibt es umfangreiche Literaturquellen. Auch das Internet bietet eine schier unerschöpfliche Fundgrube...
- Finden Sie heraus, welche sonstigen Einteilungen von Stressoren geläufig sind.

HINWEIS: Benutzen Sie für weitere Lernimpulse zum Thema „Stress und Stressbewältigung“ die Anlage 14.

Teil 4: HausAufgabenblätter

HA-1: Mein Vertrag mit mir selbst

Was möchte ich in diesem Selbstmanagement-Trainingsprogramm erreichen?	Was kann ich dafür tun?
1.	.....
2.	.....
3.	.....
4.	.....
5.	.....

HA-2: Meine persönliche Frühwarnzeichen-Liste

Krankheitsepisoden kündigen sich in der Regel durch erste – sehr individuelle - Anzeichen an. Nicht immer merkt es der Betroffene selbst, wenn eine manische, hypomanische oder depressive Phase drohen. Es können auch Personen aus der Familie, dem Freundeskreis oder auch Arbeitskollegen sein, denen Veränderungen auffallen. So ist es möglich, dass Sie ein vermindertes Schlafbedürfnis verspüren, ungewöhnlich viel Geld ausgeben oder vermehrt telefonieren...
Notieren Sie Ihre persönlichen Frühwarnzeichen[52]. Fragen Sie auch andere Personen, welche Frühwarnzeichen ihnen bei einer drohenden Krankheitsepisode auffallen.

Frühwarnzeichen Manie/Hypomanie	Frühwarnzeichen Depression
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

HINWEIS: Bitte beachten Sie, dass Ihre individuellen Frühwarnzeichen möglicherweise nicht immer gleich sind. Eventuell ist auch die Unterteilung in Frühwarnzeichen für die Hypomanie und Frühwarnzeichen für die Manie sinnvoll.

[52] Lassen Sie sich mit dieser Aufgabe Zeit. Gedanken an frühere Krisen – und wie sie begonnen haben – können schmerzlich sein und Sie während einer nicht so stabilen Phase zusätzlich belasten... Die unter der Anlage 8 aufgeführte Liste von Frühwarnzeichen kann Ihnen möglicherweise eine Hilfe beim Erinnern an früher schon einmal aufgetretene Frühwarnzeichen sein.

HA-3: Meine persönlicher Vorsorgebogen

Im Modul 3 haben Sie sich ausführlich mit der Thematik „Frühwarnzeichen und der Umgang mit ihnen“ auseinandergesetzt.
Sie haben bereits Ihre persönliche Frühwarnzeichenliste erstellt und in der Gruppe darüber gesprochen.

Verwenden Sie nun den in der Anlage 9 enthaltenen Vorsorgebogen.

Dieser Vorsorgebogen wurde nach Knuf & Gartelmann modifiziert und soll Ihnen helfen, mehr Klarheit über Ihre Frühwarnzeichen und eventuelle Einflussmöglichkeiten und Hilfen zu gewinnen. Auf diese Weise ist er ein Instrument zum Selbstmanagement der Krankheit.

Notieren Sie sich in diesem Zusammenhang Fragen, die Sie

- in Ihrer Gruppe,
- mit Ihrem Arzt / Psychologen / Psychotherapeuten,
- mit Angehörigen / dem Partner bzw. der Partnerin,
- mit Freunden,
- mit Kollegen,
- oder mit anderen Personen besprechen wollen.

NOTIZEN / FRAGEN:

.....

.....

.....

.....

.....

HA-4: Mein persönliches Life Chart

Im Modul 4 haben Sie sich die Methode Life Chart kennen gelernt. Sie können Ihre täglichen Dokumentationen auf verschiedene Weise vornehmen:

- in einen Palm, dem die erforderliche Software installiert wurde,
- in einen üblichen Heimcomputer mit Internetzugang (www.lifechart.de, siehe Informationsblatt 12),
- auf Papier[53].

Probieren Sie die Internetversion aus.

Verwenden Sie Stimmungskalender (vgl. Anlage 11).

Die Anlage 12 enthält Formulare[54], die vom amerikanischen National Institute for Mental Health (NIMH, „Institut für seelische Gesundheit“) entwickelt wurden. Es handelt sich um rechtlich geschützte Gebrauchsmuster.

NOTIZEN / FRAGEN:

.....

.....

.....

[53] Auf die verschiedenen Möglichkeiten der einmal fortlaufenden, täglichen Darstellung (prospektiv) und der andererseits rückblickenden (retrospektiven) Einschätzung wurde nicht näher eingegangen. Nachzulesen unter: Leverich G, Post R, Spearing M: Die LifeChart Methode. Herausgeber: DGBS e.V. (Deutsche Fassung: übersetzt von Schärer L und Schlösser S)

[54] Eine ausführliche Anleitung zum Gebrauch finden Sie unter oben stehender Fußnote.

HA-5: Mein persönliches Trainingsprogramm

☑Wählen Sie aus:

☐ Ich führe zunächst erst einmal weiterhin meinen persönlichen Stimmungskalender.

☐ Ich dokumentiere meinen Tagesablauf und suche mir Schritt für Schritt Alltagsaktivitäten heraus, die ich stabilisieren möchte.

Ich vervollständige

☐ meine persönliche Frühwarnzeichen-Liste,

☐ meinen Vorsorgebogen.

Ich möchte

☐ .....

☐ .....

✐ **NOTIZEN / FRAGEN:**

.....

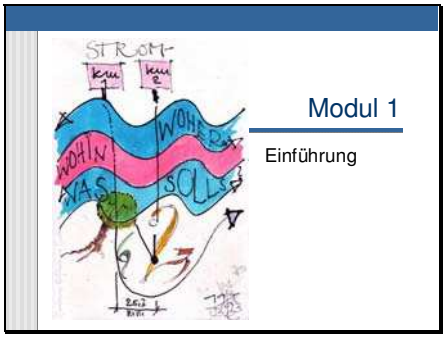
.....

Teil 5: Handout

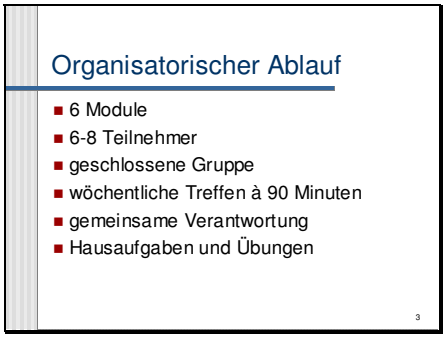
Folie 1

Modul 1: Folien 1-5

Folie 2



Folie 3

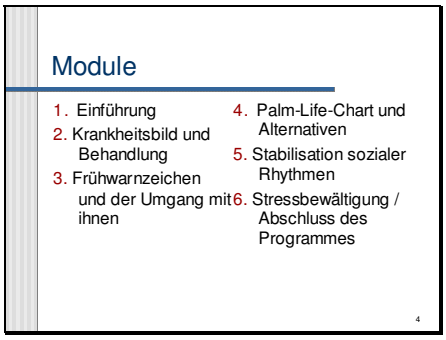


Weitere (detailliertere) Angaben können für jedes Modul den Empfehlungen für das methodische Vorgehen im Teil 1 des Handbuchs entnommen werden.

Mit der Teilnehmerzahl 6-8 ist der „Idealzustand“ gemeint. Ebenso verhält es sich mit dem Vorschlag, dass die Gruppe „geschlossen“ die sechs Module durchlaufen sollte.

Als Alternative für wöchentliche Treffen käme – mit einigen Anpassungen – auch ein Seminarwochenende in Frage.

Folie 4



Für jedes Modul stehen **Hilfsmittel** zur Verfügung:

Teil 1 des Handbuchs: enthält in tabellarischer Form Tipps zum **methodischen Vorgehen**.

Teil 2 des Handbuchs: enthält zu jedem Modul **Informationsblätter**.

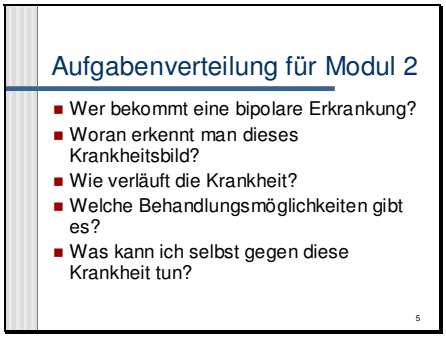
Teil 3 des Handbuchs: enthält die Informationsblätter ergänzende **Lernimpulse**.

Teil 4 des Handbuchs: enthält vor- oder auch nachbereitende **HausAufgabenblätter**.

Teil 5 des Handbuchs: enthält das **Handout** zu sämtlichen Folien.

Teil 6 des Handbuchs: enthält **Anlagen** die Sie sonst noch benötigen könnten.

Folie 5



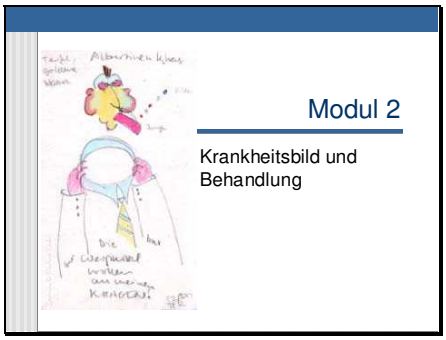
In der Gruppe werden die einzelnen Themen verteilt. Im Idealfall bereiten 1-2 Teilnehmer jeweils einen Punkt vor.

Die Informationsblätter (1-5) beziehen sich auf o.g. Fragen.

Nach eigenem Ermessen ergänzen die Teilnehmer diese Informationen und berichten der Gruppe beim nächsten Mal darüber. Alle Gruppenteilnehmer bringen Material zum Thema mit (Bücher, Broschüren, eigene Notizen etc.).

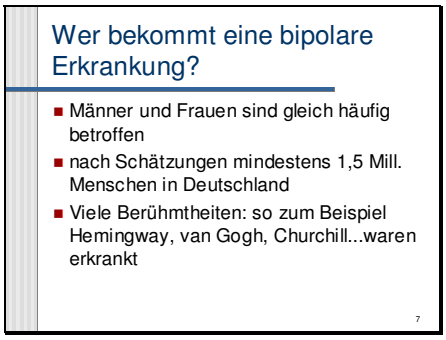
Wahrscheinlich werden schon im Modul 2 Inhalte besprochen, die später wieder Thema sind. Das ist erwünscht, sollte nur nicht zu viel Zeit beanspruchen.

Folie 6



Modul 2: Folien 6-15 (bzw. 17)

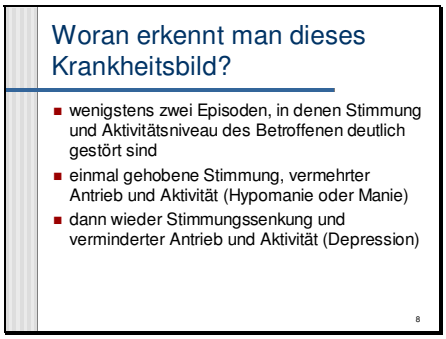
Folie 7



Quelle:

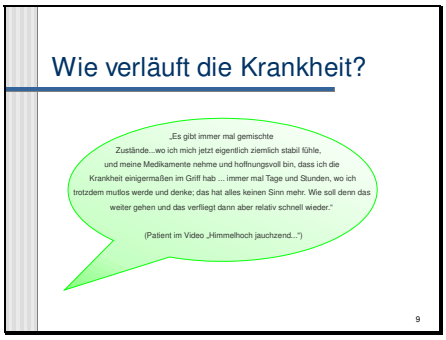
Voll B, Erfurth A (?) Patientenbroschüre – bipolar, Wiesbaden

Folie 8



Ergänzungen siehe Informationsblatt 2

Folie 9



Methodischer Tipp: Dieses Zitat „wirken" lassen, dann können die einzelnen Gruppenteilnehmer von ihren Erfahrungen berichten...

Zusammenfassung: siehe Informationsblatt 3

Folie 10

Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

- medikamentöse Behandlung
- weitere Therapieoptionen

Das sind beispielsweise
- o die Elektrokrampftherapie,
- o die Lichttherapie,
- o der Schlafentzug,
- o die Psychotherapie und
- o die Psychoedukation.

10

Folie 11

Die medikamentöse Behandlung

umfasst drei Ziele:

11

Folie 12

Kriterien, an denen sich die Therapie orientieren soll:

- Art der aktuellen Episode
- Intensität der Symptomatik
- Begleiterkrankungen
- Anzahl der vorangegangenen Episoden

(nach Marneros)

12

Folie 13

Die Ziele der Psychoedukation:

- Milderung des Traumas, das mit der Diagnose einer bipolaren Störung verbunden ist
- Ermutigung zur Akzeptanz der Erkrankung
- Verbesserung der sozialen Funktion

13

Folie 14

sowie

- Stärkung der Fähigkeit, mit Stressoren umzugehen
- Förderung der rückfallvermeidenden Effekte in der Familie
- Unterstützung des Betroffenen und seiner Familie Frühwarnzeichen zu erkennen
- und rasch zu reagieren

(nach Voll & Erfurth)

14

Die individuellen Frühwarnzeichen sind Thema in Modul 3.

Folie 15

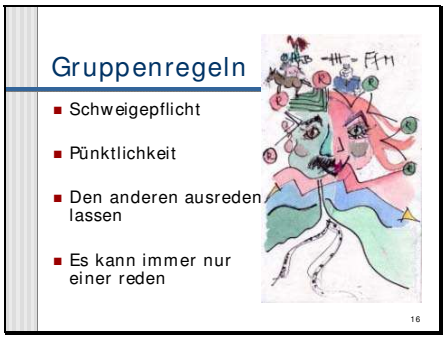
Was kann ich selbst gegen diese Krankheit tun?

- Nutzen Sie dieses Selbstmanagement-Trainingsprogramm!

15

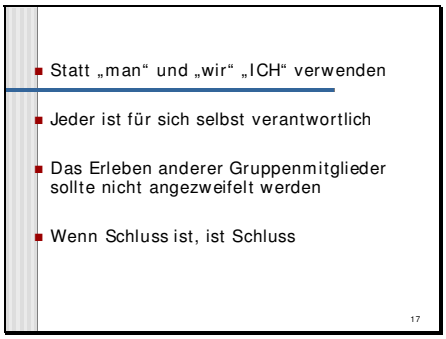
vgl. Informationsblatt 5

Folie 16

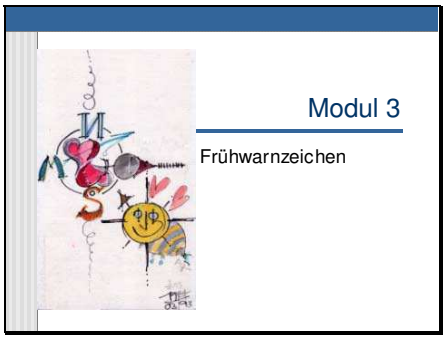


vgl. Informationsblatt 8

Folie 17



Folie 18



Modul 3: Folien 18-27

vgl. Informationsblatt 9

Folie 19

Synonyme

- Frühsymptome
- Frühwarnsymptome
- Prodomalsymptome
- Prodomie
- Rückfallanzeichen
- Vorbotensymptome

19

(engl.: early symptoms)

Folie 20

Was sind Frühwarnzeichen?

- sehr individuelle, erste Anzeichen einer drohenden Episode
- abweichende Erlebens- oder Verhaltensweisen
- vergleiche „Frühwarnzeichenliste“ in der Anlage 8

20

Die Arbeitsgemeinschaft „Selbst-CheckerInnen“ im Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener hat eine nach verschiedenen Bereichen unterteilte Frühwarnzeichen-liste zusammengetragen.
(Anlage 8)

Folie 21

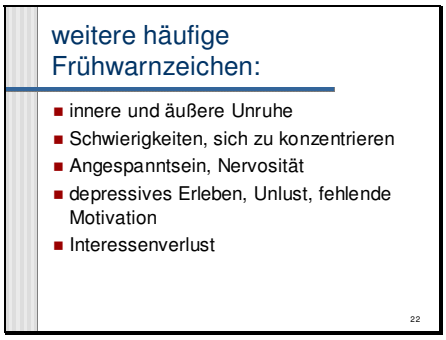
Welches sind häufige Frühwarnzeichen?

- Knuf & Gartelmann nennen beispielsweise Schlafstörungen als ein Frühwarnzeichen, dass von etwa 80% der Betroffenen vor einer Krise bemerkt wurde ...

21

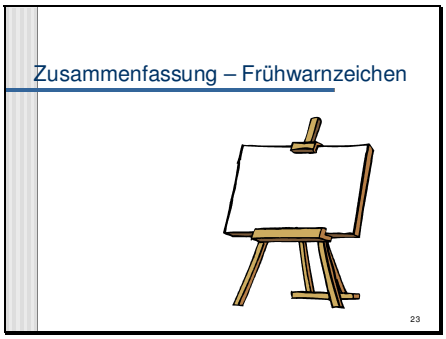
Vergleichen Sie anhand Ihrer individuellen Frühwarn-zeichenliste!

Folie 22



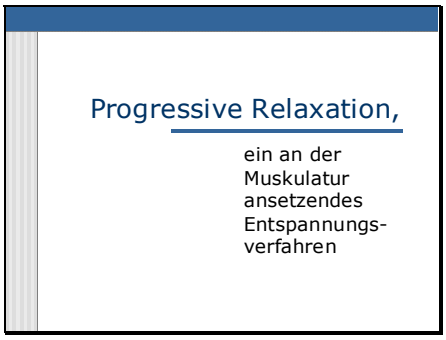
nach: Knuf A, Gartelmann A (1997) Bevor die Stimmen wiederkommen – Vorsorge und Selbsthilfe bei psychotischen Krisen. Psychiatrie-Verlag. Bonn

Folie 23



Fassen Sie die Ergebnisse der Gruppendiskussion auf Flipchart (Tafel, Plakaten) zusammen.

Folie 24



vgl. Informationsblatt 10

CD „Progressive Relaxation“ (Zubehör)

Folie 25

Entspannungstraining kann:

- die Fähigkeit verbessern, Alltagsbelastungen in günstiger Weise zu bewältigen
- die Lebensqualität erhöhen
- die seelische und körperliche Gesundheit schützen und stärken

25

Folie 26

Die Methode Progressive Relaxation nach Jacobson

- bedeutet „voranschreitende Entspannung“
- lässt sich leicht erlernen
- und entfaltet schon recht schnell ihre entspannende Wirkung für Körper und Psyche

26

Folie 27

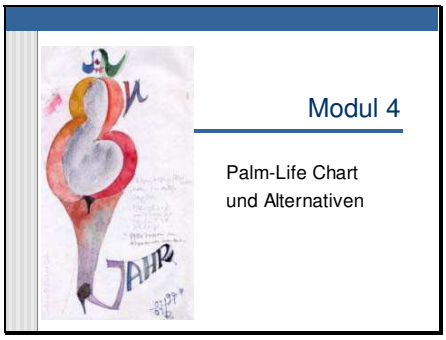
… probieren Sie es aus…

27

CD „Stressfrei durch Progressive Relaxation“

Tipp: Kaufen Sie sich diese CD und üben sie am besten täglich.

Folie 28



Modul 4: Folien 28-34

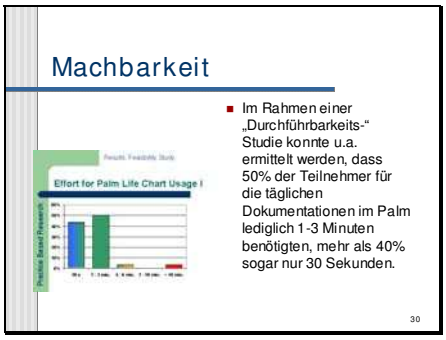
vgl. Informationsblatt 9

Folie 29

Abb.: Palmpilot m100

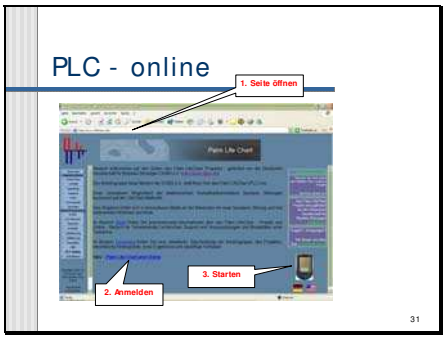
Der Verkaufspreis in Deutschland lag 2001 bei 329 €. Durch den Import kostengünstiger Geräte aus den USA können sie heute zu je ca. 100 € (65 € pro Palmpilot m100 zuzüglich Tax und Transport) abgegeben werden.

Folie 30



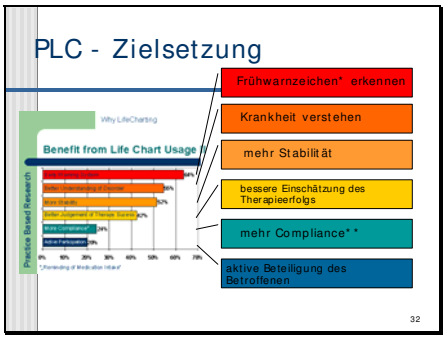
Quelle: www.lifechart.de

Folie 31



www.lifechart.de

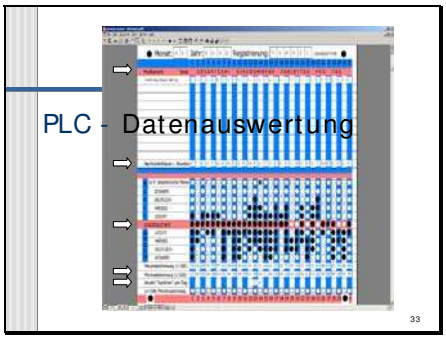
Folie 32



*Frühwarnzeichen: siehe Modul 3, siehe „Mein persönlicher Vorsorgebogen“

**Compliance: Bereitschaft des Patienten, bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen mitzuwirken (z.B. Zuverlässigkeit bezüglich Medikamenteneinnahme).

Folie 33



Beachten Sie die Eintragungen zu:

⇨ der Medikation,

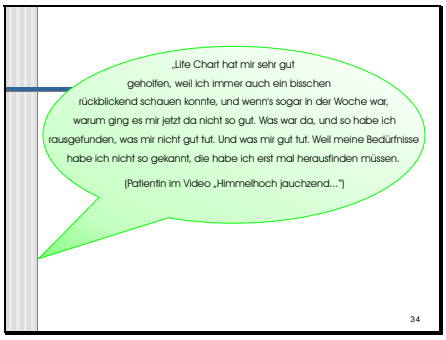
⇨ der Nachtschlafdauer in Stunden,

⇨ den Stimmungsschwankungen zwischen Manie und Depression,

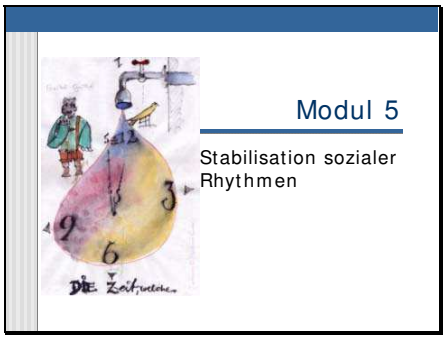
⇨ dem Grad der Maximal-, Minimalstimmung pro Tag und

⇨ der Anzahl an „Switches“ pro Tag.

Folie 34



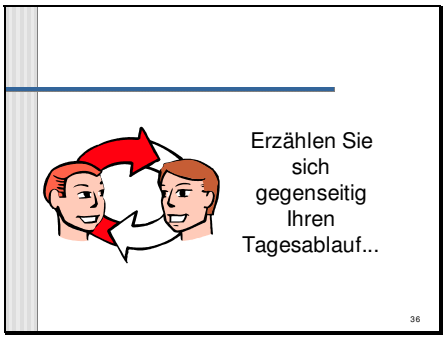
Folie 35



Modul 5: Folien 35-37

vgl. Informationsblatt 14-16

Folie 36



Ziel: Einstimmung in das heutige Thema

Folie 37

Was sind soziale Rhythmen?

- bestimmte „Aktivitäten“ während des Tages, die als „Zeitgeber“ auftreten
- z.B. das Aufstehen, die Mahlzeiten oder der Kontakt mit anderen Menschen
- haben einen Einfluss auf die „innere Uhr“ – den Biorhythmus des Menschen

37

Folie 38

Wie kann ich meine Tagesstruktur stabilisieren?

- Soziale Rhythmus Metrik

38

Folie 39

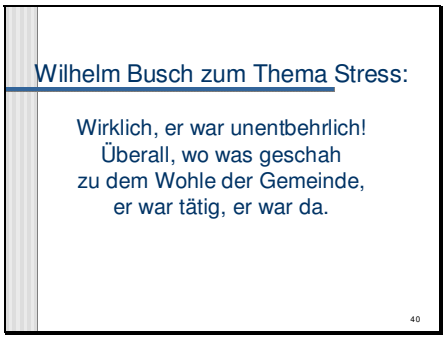
Modul 6

Stressbewältigung/ Abschluss des Programms

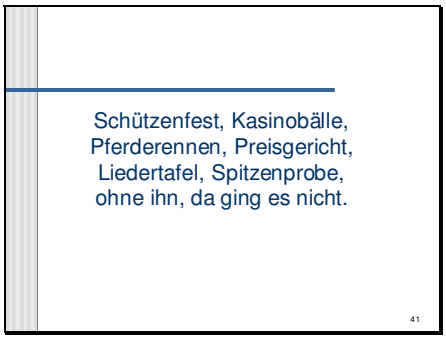
Modul 6: Folien 39-47

vgl. Informationsblatt 17

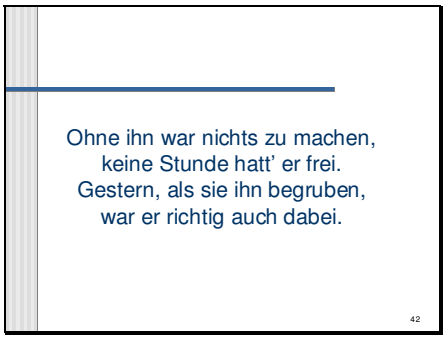
Folie 40



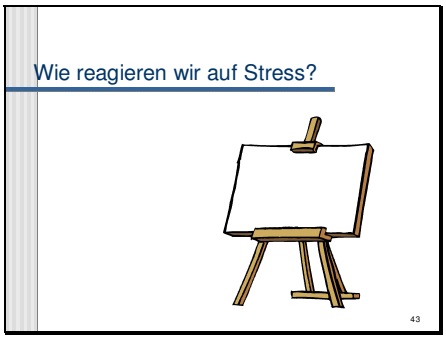
Folie 41



Folie 42



Folie 43

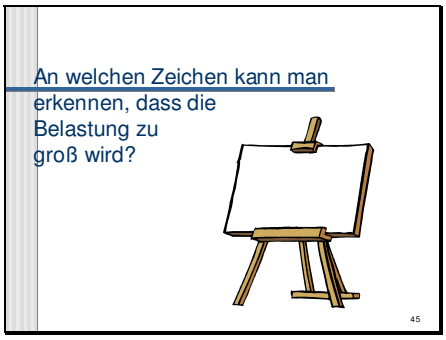


vgl. Anlage 14

Folie 44

vgl. Anlage 14

Folie 45

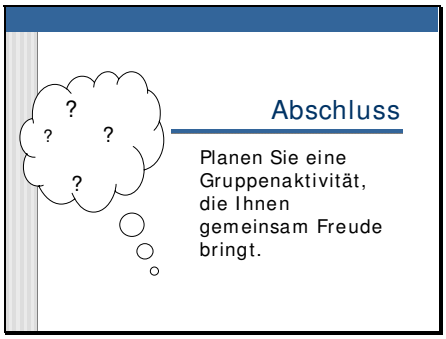


vgl. Anlage 14

Folie 46

vgl. Anlage 14

Folie 47



... ein gemeinsames Essen?

... ein Ausflug?

... ?

Teil 6: Anlagen

A-1: Video „Himmelhoch jauchzend zu Tode betrübt – Bipolare Erkrankungen“

Die folgenden Themen werden im Video behandelt:

- Häufigkeit Bipolarer Störungen
- Definition
- Patienten-Fall-Beispiele
- Krankheitszeichen
- Krankheitsformen
  (Manie,
  Hypomanie,
  Depression und andere)

„Erstens
wollte ich schon gar nicht
aufstehen, im Bad, es war schon eine
Überwindung, zu Duschen oder Zähneputzen,
Lesen konnte man nicht, Fernsehschauen konnte
man auch nicht, man ist so rumgehangen...“

(Originalton eines Patienten im Video)

„Ich kenne
bei den Nebenwirkungen
starkes Zunehmen, um die 20 Kilo,
Mundtrockenheit, das war ganz extrem, die
Haarstruktur hat sich verändert, kleine
Hautrötungen, die sich aber dann wieder gebessert
haben, das waren so die Nebenwirkungen.“

(Originalton einer Patientin im Video)

- Ursachen und Auslöser
- Medikamentöse Behandlung
- Ziele der Behandlung (Akuttherapie, Rückfallschutz, Phasenprophylaxe)
- Psychoedukation
- Soziale Rhythmustherapie
- Life-Chart
- Erfahrungsberichte

A-2: Telefonliste

Gruppe:.....

(Bitte eintragen)

Name	**Telefonnummer / E-Mail**
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

A-3: Anwesenheitsliste

(modifiziert nach M. Amering, I. Sibitz, R. Gössler, H. Katschnig: Wissen – genießen – besser leben. Ein Seminar für Menschen mit Psychoseerfahrung. Psychiatrie-Verlag. Bonn. 2003)

Gruppe:.....

6. Treffen															
5. Treffen															
4. Treffen															
3. Treffen															
2. Treffen															
1. Treffen															
TeilnehmerIn															

A-4: Checkliste Vorbereitung Modul 2

(Bitte eintragen)

Thema	**bereitet vor (Name):**
Wer bekommt eine bipolare Erkrankung?	.....
Woran erkennt man dieses Krankheitsbild?	.....
Wie verläuft die Krankheit?	.....
Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?	.....
Was kann ich selbst gegen diese Krankheit tun?	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

A-5: Liste der am häufigsten genannten Arzneimittel

Erstellt von Dr. W. Emanuel Servus, entnommen aus: R. Kingma (2003) Mit gebrochenen Flügeln fliegen... Menschen berichten über bipolare Störungen. Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V.

ConferencePoint. Hamburg. Seite 288-90

Wirkstoff (ausgewählte Handelsnamen)	Anwendungsgebiete (Auswahl)	Mögliche Nebenwirkungen (Auswahl)
Selektive Serotonin Rückaufnahme Inhibitoren (SSRI)		
• Citalopram (Cipramil; Sepram) • Fluoxetin (Fluctin)	• Depressive Störungen • Panikstörungen • Zwangsstörungen	Zu Anfang häufig: Appetitlosigkeit, Übelkeit, Durchfall
Stimmungsstabilisatoren		
• Lithiumsalze/ Valproat (Ergenyl, Orifril)	• Akute Manie • Phasenprophylaxe bipolarer Erkrankungen	Gewichtsveränderungen, Appetitveränderungen, Haarausfall, Müdigkeit
• Carbamazepin (Carbium, Finlepsin; Tegretal, Timonil)	• Phasenprophylaxe bipolarer Erkrankungen • (Akute Manie)	Müdigkeit, Benommenheit, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, Sehstörungen (Doppelbilder), Übelkeit; Oxcarbazepin: weniger Nebenwirkungen als Carbamazepin
• Olanzapin (Zyprexa)	• Akute Manie	Gewichtszunahme (häufig), Sedierung
• Lamotrigin (Lamictal)	• Bipolare Depression • Phasenprophylaxe bipolarer Erkrankungen • Rapid Cycling	Kopfschmerzen; Hautausschlag (selten)
Serotonin Noradrenalin Rückaufnahme Inhibitor (SNRI)		
• Clomipramin (Anafranil)	• Depressive Störungen • Zwangsstörungen • Panikstörungen	Innere Unruhe, Schlafstörungen, anticholinerge Nebenwirkungen (Trockenheit der Schleimhäute, Unscharfsehen, Verstopfung, Harnverhalt)
• Venlafaxin (Effexor, Trevilor)	• Depressive Störungen • Generalisierte Angststörung	Zu Anfang häufig: Appetitlosigkeit, Übelkeit, Durchfall

Benzodiazepine

• Diazepam (Faustan, Valium) • Flunitrazepam (Rohypnol) • Lormetazepam (Noctamid) • Lorazepam (Tavor, Temesta) • Oxazepam (Adumbran, Seresta) • Triazolam (Halcion)	• Angstzustände • Akute Manie (Begleitmedikation)	Abhängigkeitsentwicklung, Tagesmüdigkeit, Schläfrigkeit, Einschränkung der Fahrtüchtigkeit, Gedächtnisstörungen

Neuroleptika

• Promethazin (Atosil) • Levomepromazin (Neurocil) • Chlorprothixen (Truxal) • Prothipendyl (Dominal) • Perazin (Taxilan) • Zuclopenthixol (Cloxipol) • Thioridazin (Melleril)	• Schizophrenie (Sedierung, Ein- und Durchschlafstörungen)	Anticholinerge Nebenwirkungen, Kreislaufsprobleme, gelegentlich Bewegungsstörungen; Erregungsleitungsstörungen am Herzen (Thioridazin)
• Zotepin (Nipolept) • Haloperidol (Haldol) • Broperidol (Tesoprel) • Fluphenazin (Dapotum)	• Schizophrenie • Erregungszustände	Bewegungsstörungen (reversibel, irreversibel), zum Beispiel Sitzunruhe, Parkinsonsymptome, Eingebundensein
• Gegenmittel: Biperiden (Akineton)	• Bewegungsstörungen durch Neuroleptika	Euphorie, Sedierung, Schwindel, Schlaflosigkeit
• Ziprasidon (Zeldox) • Quetiapin (Seroquel) • Sertindol (Serdolect) • Risperidon (Risperdal)	• Schizophrenie • Manie	Kaum Gewichtszunahme, kaum Bewegungsstörungen, Erregungsleitungsstörungen am Herzen (Sertindol, Ziprasidon)

Andere Antidepressiva

• Mirtazapin (Remergil) • Mianserin (Tolvin)	• Depressive Störungen insb. mit Schlafproblemen	Gewichtszunahme; Blutbildveränderungen (Mianserin)

Schlafmittel

• Zolpidem (Stillnox) • Zopiclon (Ximovan)	• Schlafstörungen	Möglicherweise Abhängigkeitsent-wicklung, Gedächtnisprobleme

---

Weiterführende Literatur:

Dr. J. M. Langosch
Vademecum Bipolare Störungen
Die Pharmakotherapie der bipolaren affektiven Störungen
(manisch-depressive Erkrankungen)
Herausgeber: DGBS e. V.
ISBN 3-8311-4518-0

A-6: Förderantrag

(Quelle: www.nakos.de)

Die folgenden Seiten beinhalten Abbildungen zu Antragsunterlagen zur Förderung von örtlichen Selbsthilfegruppen gemäß § 20 Abs. 4 SGB V – Version von Oktober 2003.

Eine PDF-Datei zum Ausdrucken dieser Formulare finden Sie auf der CD-ROM.

Abbildung 20: Deckblatt Förderantrag / Seite1 von 5

Antragsunterlagen zur Förderung von örtlichen Selbsthilfegruppen gemäß § 20 Abs. 4 SGB V

Damit die gesetzlichen Krankenkassen über eine Förderung entscheiden können, ist Ihre Mitwirkung nach § 60 SGB I erforderlich. Die folgenden Angaben werden für die ordnungsgemäße Bearbeitung Ihres Antrages auf Förderung nach § 20 SGB V benötigt. Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen.

Anlage 1:	Antragsformular
Anlage 2:	Datenschutzhinweis
Anlage 3:	Verwendungsnachweis

Abbildung 21: Förderantrag / Seite 2 von 5

Anlage 1

Antrag der örtlichen Selbsthilfegruppe auf Förderung gemäß § 20 Abs. 4 SGB V für das Jahr _____
bei:_____

An (Anschrift)

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Anträge auf Förderung nach § 20 Abs. 4 SGB V wurden gestellt bei:

- ☐ AOK
- ☐ Bundesknappschaft
- ☐ IKK - Innungskrankenkasse
- ☐ Ersatzkasse (BARMER, DAK, TK etc.) _____ (Name der Ersatzkasse)
- ☐ Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK)
- ☐ Betriebskrankenkassen – BKK _____ (Name der BKK)
- ☐ See-Krankenkasse
- ☐ keiner anderen Krankenkasse

1. Angaben zum Antragsteller

Name der Selbsthilfegruppe: _____

Anschrift:

_____

Telefon: Telefax:

E-Mail: Internet:

Ansprechpartner/in, Vorsitzende/r (mit Anschrift und Tel.-Nr., wenn abweichend zu oben):

_____

2. Angaben zur Selbsthilfegruppe (SHG)
Mit welchem/n Krankheitsbild befasst sich die SHG?

Seit wann besteht die SHG?

Wieviele Mitglieder/Teilnehmende hat die SHG?

Wie häufig finden Treffen statt und wann?

Ist die Gruppe grundsätzlich offen für neue Mitglieder/Teilnehmende? ☐ ja ☐ nein

3. Angaben zur beantragten Förderung
☐ Projektförderung
Bitte beschreiben Sie das Projekt (u.a. Ziel, Zielgruppe, Beginn, Dauer):
(ggf. ein gesondertes Blatt beifügen.)

Abbildung 22: Förderantrag / Seite 3 von 5

Kosten des Projektes:

Gesamtkosten: _____ € davon Eigenmittel: _____ €

Öffentliche Zuschüsse (Kommunen, Land,): _____ €

☐ beantragt ☐ bewilligt

Beantragter Zuschuss nach § 20 Abs. 4 SGB V: _____ €
(ggf. Kostenaufstellung beifügen)

☐ **Pauschale Förderung**
Bitte benennen Sie, wofür der pauschale Zuschuss verwendet werden soll?

Beantragter Zuschuss: (Betrag angeben) _____ €
(ggf. Kostenaufstellung beifügen)

4. Bankverbindung

☐ Unsere Selbsthilfegruppe verfügt über ein eigenes Konto

☐ Unsere Selbsthilfegruppe verfügt über kein eigenes Konto *1.)

☐ Bitte überweisen Sie die Förderung auf folgendes Konto:

Kontoinhaber/in:	
Anschrift:	
Geldinstitut:	
Konto-Nr.:	BLZ:

Wir verpflichten uns, die Zuschüsse zweckgebunden – gemäß §20 Abs.4 - zu verwenden.

_____ _____
Ort Datum/Unterschrift
(Vertretungsberechtigtes Mitglied der Selbsthilfegruppe)

*1.) Sofern Ihre Selbsthilfegruppe über kein eigenes Konto verfügt, können Zuschüsse auch auf Privatkonten von Mitgliedern Ihrer Selbsthilfegruppe gezahlt werden. In diesem Fall bitten wir Sie, die nachstehende Erklärung zu unterschreiben.

Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich stellvertretend für die Selbsthilfegruppe die Fördermittel durch die Krankenkasse in Empfang nehme. Ich bin verantwortlich für die ordnungsgemäße Verwendung des Geldes, sowie für die Ausstellung eines entsprechenden Verwendungsnachweises.

_____ _____
Name, Vorname Datum/Unterschrift

Folgende Materialien sind beigelegt:

☐ Presseartikel ☐ Selbstdarstellung/Folder

☐ Handzettel ☐ Sonstiges

☐ Wir verfügen über keine Materialien

Abbildung 23: Förderantrag / Seite 4 von 5

Anlage 2

Noch eine Bitte in eigener Sache:

Wichtige Voraussetzung zur besseren Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20 Abs. 4 SGB V ist eine größere Transparenz der Förderung. Um dieses Ziel zu erreichen, bedarf es eines verbesserten Informationsaustausches und einer gesicherten Datengrundlage zum Förderverfahren. Außerdem ist es wünschenswert, dass Menschen, die an der Selbsthilfe interessiert sind, auch über die Ansprechpartner der Krankenkassen Informationen zu Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen erhalten können.

Damit die weitergehende Verwendung der entsprechenden Informationen auf rechtlich abgesicherter Basis erfolgen kann, benötigen wir eine entsprechende Einverständnis-erklärung. Wir möchten Sie bitten, uns nachfolgend Ihr entsprechendes Einverständnis zu erklären:

Diese Einverständniserklärung zur weitergehenden Datenverwendung ist freiwillig und unabhängig von der Bearbeitung Ihres Antrages auf Fördermittel. - Ein Widerruf ist jederzeit bei der/ dem für Sie zuständigen Krankenkasse/ Verband möglich.

Einverständniserklärung zur weitergehenden Datenverwendung:

Wir willigen ein, dass die Angaben aus dem Antrag zusätzlich für folgende Zwecke verwendet werden dürfen:

- Dokumentation des Fördergeschehens für interne Zwecke der jeweiligen Kran-kenkassen und ihrer Verbände
- Beratungen im Rahmen des gesetzlichen Förderverfahrens innerhalb der ge-setzlichen Krankenkassen und ihrer Verbände sowie mit den Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Organisationen
- Information und Beratung der Versicherten und der interessierten Öffentlichkeit über Art der Organisation, betroffenes Krankheitsbild, Name der Organisation, sowie die für die Erreichbarkeit der Organisation erforderlichen Daten

Wir willigen in diese weitergehende Datenverwendung ein:

....
Datum Unterschrift

Abbildung 24: Förderantrag / Seite 5 von 5

Anlage 3

Nachweis über die Verwendung der Fördermittel
gemäß § 20 Abs. 4 SGB V – örtliche Selbsthilfegruppen

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift)

Ansprechpartner-/in für evtl. Rückfragen (Name, Tel.)

Bewilligungsschreiben vom:	Geschäftszeichen:	Betrag: €

Verwendungszweck lt. Bewilligungsschreiben:

Die Fördermittel wurden

☐ entsprechend dem o. g. Verwendungszweck nur zu unseren satzungsgemäßen Aufgaben verwendet.

☐ pauschal verwendet.

☐ für das Projekt _____ verwendet.
Ein Projektbericht ist als Anlage beigefügt.

Zurück an
[ ]
[ ]

Ort, Datum, Unterschrift

_____

Ggf. beigefügte Anlagen hier aufführen:

A-7: Checkliste Vorbereitung Modul .....

(Bitte eintragen)

Thema	**bereitet vor (Name):**
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

A-8: Frühwarnzeichenliste

(Diese Liste ist sowohl auf der Internetseite http://www.oesg.net/downloads/Schizodiss.pdf. als HTML-Version verfügbar sowie in Knuf & Gartelmann auf S. 178-81 veröffentlicht.)

„Frühwarnzeichen lassen sich in verschiedene Bereiche unterteilen. Dementsprechend ist die folgende Liste auch gegliedert.

Liste von Beispielen möglicher Frühwarnzeichen

Veränderungen im Verhalten:

Aktivität: *Aufräumen, Geld ausgeben, Briefe/Zettel schreiben, mehr telefonieren, mehr reden, innere Getriebenheit, Überdrehtheit, Hyperaktivität*

Rückzug: *Verlangsamung, Verstummung, Antriebslosigkeit, im Zimmer bleiben, im Bett bleiben, Einhüllen in Musik, der Selbsthilfegruppe aus dem Weg gehen*

Reaktionen: *Nervosität, Gereiztheit, Intoleranz, Unsicherheit, liebevolles Verhalten, Widersprüchlichkeit, Widerspenstigkeit, Dominanz, autoritäres Verhalten, Verletzlichkeit, Dünnhäutigkeit*

Ordnung: *Unzuverlässigkeit, Unpünktlichkeit, Ziellosigkeit, Vernachlässigung von Wohnung und Körperpflege, Vergesslichkeit*

Entschlüsse: *Lähmung, Hemmung*

Interessen: *Allgemeine Interesselosigkeit, Teilnahmslosigkeit, Lesen oder Fernsehen fällt schwer oder ist besonders häufig, Vernachlässigung von Hobbys; dagegen wird Religiöses, Beten, Schreiben wichtiger*

Bedürfnisse: *Rauchen, Trinken (Kaffee, Alkohol, Wasser), Appetitlosigkeit, Freßanfälle, Ruhebedürfnis*

Medikamente: *Absetzen, unregelmäßige Einnahme, Dosissteigerung, andere oder bewährte Krisenmedikamente*

Körperlich-vegetative Veränderungen:

Schlafen: *Verschieben des Wach- und Schlafrhythmus, Schlaflosigkeit, Durchschlafstörungen, Einschlafstörungen, Dauermüdigkeit/Erschöpfung*

Essen/Trinken: *Appetitlosigkeit, gesteigerter Hunger, kein Durst, Durst*

Verdauung: *Durchfall, Verstopfung*

Körpersensationen: *Angespanntheit, Leere im Kopf, Wärme/Kälte-Empfindungen, Vibrationen, Druckgefühle (Herz, Kopf, Hals), Schweißausbrüche, Schüttelfrost*

Augen: *Glänzend, flackernd, unruhig, trübe, verschleiert, Sehstörungen*

Sinnesleistungen: *Intensiviert/abgeschwächt bzgl. Farben, Geräusche, Gerüche, Geschmack, Temperatur*

Bewegungsfähigkeit: *Verlangsamt, unkoordiniert, beschleunigt/ hektisch, angenehme Leichtigkeit*

Aussehen: *Bleich, fahl, aufgedunsen, starr, Augenringe*

Menstruation: *Ausbleiben, Verstärkung der Blutung*

Sexualität/Erotik: *Gesteigert, gehemmt*

Veränderungen im Denken und Sprechen:

Kreativität: *Ideenreichtum, Gedankenflug, Überflutung von Ideen, destruktive Ideen*

Realitätsbezug: *Fixe Ideen, Symbolträchtigkeit aller Wahrnehmungen, Anmutungen*

Produktivität: *Zerfahrenheit, Themenfixiertheit, Unkonzentriertheit, Vergeßlichkeit, Kreisen der Gedanken, kompliziertes Denken, Mißtrauen, Phantasie, Grübeln*

Sprechen: *Formulierungsschwierigkeiten, Sprechhemmung, besonders schnelles oder leichtes Sprechen, Änderung der Stimmlage*

Veränderungen der Gefühle und Empfindungen:

Positive: *Leistungsfähigkeit, Verliebtheit, Empfindsamkeit, Gefühlsintensität, Euphorie, Heiligkeit, Glück, Großartigkeit, gesteigerte Erlebnisfähigkeit, »bunte« Träume*

Negative: *Allgemeines Krankheitsgefühl, Seelenschmerz, Über-forderung, Unruhe, Schuld, Angst, Ängstlichkeit, Trauer, Enttäuschung, Trennungsschmerz, Verlustangst, Freudlosigkeit, Aggressivität, Minderwertigkeit, Resignation, Apathie, Frustration, Verantwortung für alles, Gleichgültigkeit, Verwirrung, Ambivalenz, Niedergeschlagenheit, Starre, Leere, Verzweiflung, Selbstzweifel*

Veränderungen im sozialen Leben:

Familie/Partner: *Beziehungsängste, Verlustängste, Bedürfnis nach Nähe, Angst vor Nähe, Angst vor Anforderungen des Partners oder der Kinder, Isolation, Versagensängste, Angst, andere zu belasten*

Beruf/Kollegen: *Vermeiden von Zusammensein mit Kollegen, Unzufriedenheit mit Kollegen, Verärgerung über Kollegen, gesteigerte soziale Aktivität, Projektionen (ich bin gesund, die anderen sind krank), nicht mehr zur Arbeit gehen*

Freunde/Bekannte: *Rückzug, weniger Toleranz, Aggressivität, häufige Auseinandersetzungen, abweisende Haltung, Ausweichen*

Professionelle: *Profis aus dem Weg gehen, Austricksen der Profis, vermehrtes Aufsuchen der Profis*

Wahrnehmungen anderer: *Sie verstehen uns nicht mehr und sagen, wir hätten uns verändert, sind über uns beunruhigt, wir würden unser Aussehen, Reden, Verhalten verändern, unser Verhalten sei unsinnig, wir würden nicht mehr arbeiten wie sonst, uns vernachlässigen, gehen lassen*

Sich selbst besser kennen

Diese Liste soll nichts weiter sein als eine Hilfe, die jeweils eigenen und besonderen persönlichen Frühwarnzeichen leichter aufzuspüren. Es geht nicht darum, bei sich selbst besonders viele Frühwarnzeichen zu erkennen; es sollte darum gehen, typische persönliche Veränderungen für die Zukunft und rechtzeitig zu kennen. Diese Liste ist ein authentisches Ergebnis unserer AG-Arbeit und vieler Diskussionen.

Einige Psycho-Profis, die sich mit dem Thema beschäftigen, versuchen immer wieder herauszufinden, wie häufig einzelne Frühwarnzeichen von verschiedenen Psychoseerfahrenen als solche benannt werden; im Hintergrund steht das Bemühen, »objektiv» wichtige von »objektiv« unwichtigen Frühwarnzeichen zu unterscheiden. Auf solch eine Gewichtung haben wir hier prinzipiell verzichtet, weil es uns nicht um Hilfen für Objekte irgendeines wissenschaftlichen Bemühens, sondern um Anregungen zum besseren Selbstverständnis von Betroffenen geht.“

✐ **NOTIZEN / FRAGEN:**

.....

.....

.....

.....

A-9: Vorsorgebogen

(Dieser Vorsorgebogen wurde nach Knuf & Gartelmann modifiziert.)

1. Welche Anzeichen deuten bei mir möglicherweise auf den Beginn einer Krise hin?

- ganz frühe _____

  _____

  _____

- frühe _____

  _____

  _____

- späte _____

  _____

  _____

2. Welche Vorbeugemaßnahmen kann ich ergreifen, wenn ich solche Anzeichen bemerke?

- bei ganz frühen _____

  _____

  _____

- bei frühen _____

_____

_____

- bei späten _____

_____

_____

3. Welche Vorbeugemaßnahmen haben sich in der Vergangenheit nicht bewährt?

_____

_____

_____

4. Welche Vorbeugemaßnahmen (Medikamente?) haben sich in der Vergangenheit als besonders hilfreich erwiesen?

_____

_____

_____

5. Mit welchen Personen will ich über Frühwarnzeichen und leichte Krisen sprechen?

_____

_____

_____

6. Wie soll meine Umgebung reagieren, wenn sie Frühwarnzeichen bemerkt (vgl. auch Lernimpuls 9.2)?

_____

_____

_____

✐ **NOTIZEN / FRAGEN:**

.....

.....

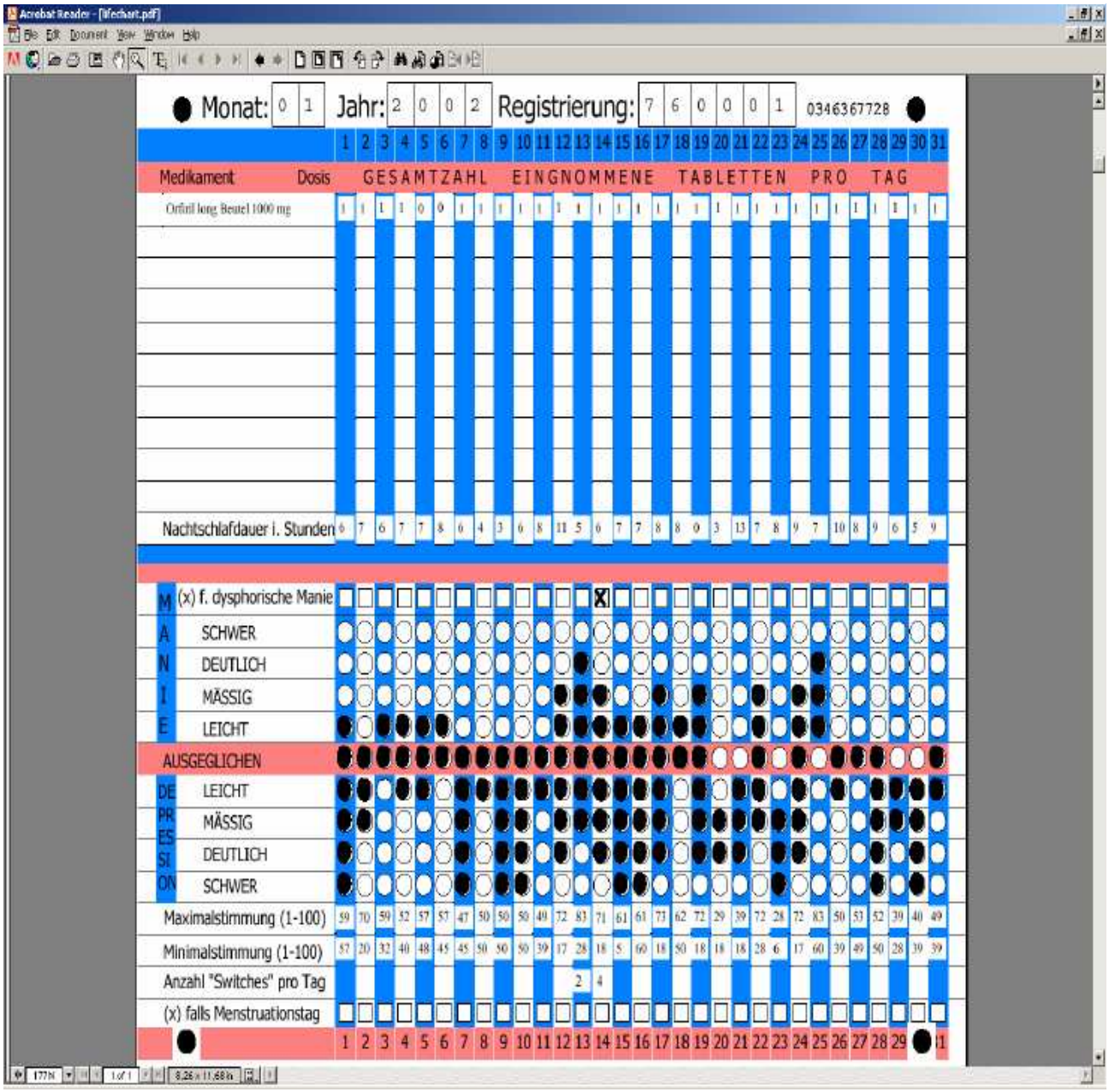
.....

.....

A-10: Muster-Life Chart

(Quelle: © 2001,2,3 DGBS u. CNM Systems)

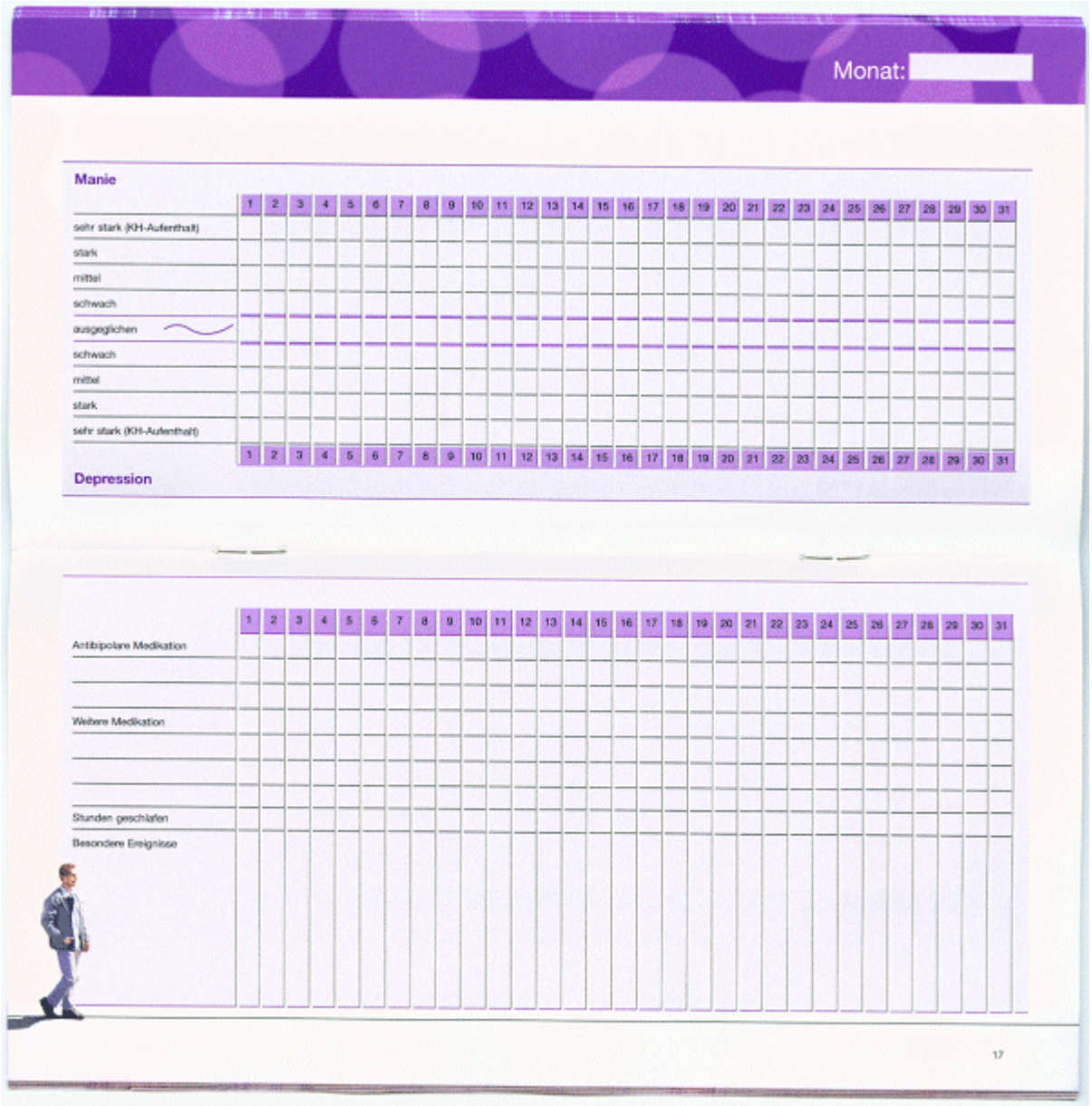
Abbildung 25: Muster-Life Chart



A-11: Stimmungskalender

(Quelle: Patientenbroschüre der Fa. Lilly)

Abbildung 26: Stimmungskalender aus der Patientenbroschüre der Fa. Lilly



A-12: Formulare NIMH-LCM

Abbildung 27: Beispiel für ein prospektives Life Chart

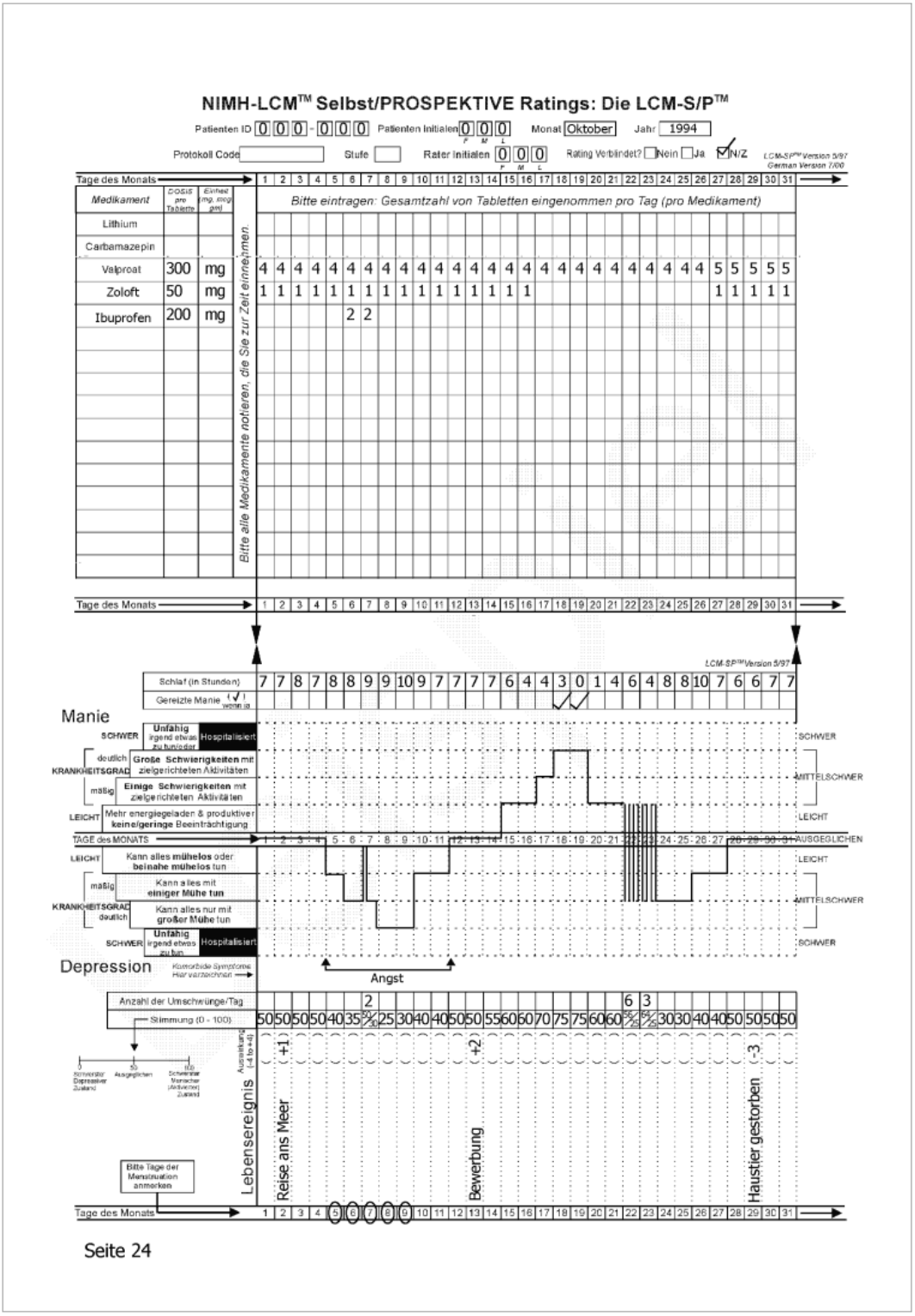


Abbildung 28: Beispiel für ein retrospektives Life Chart

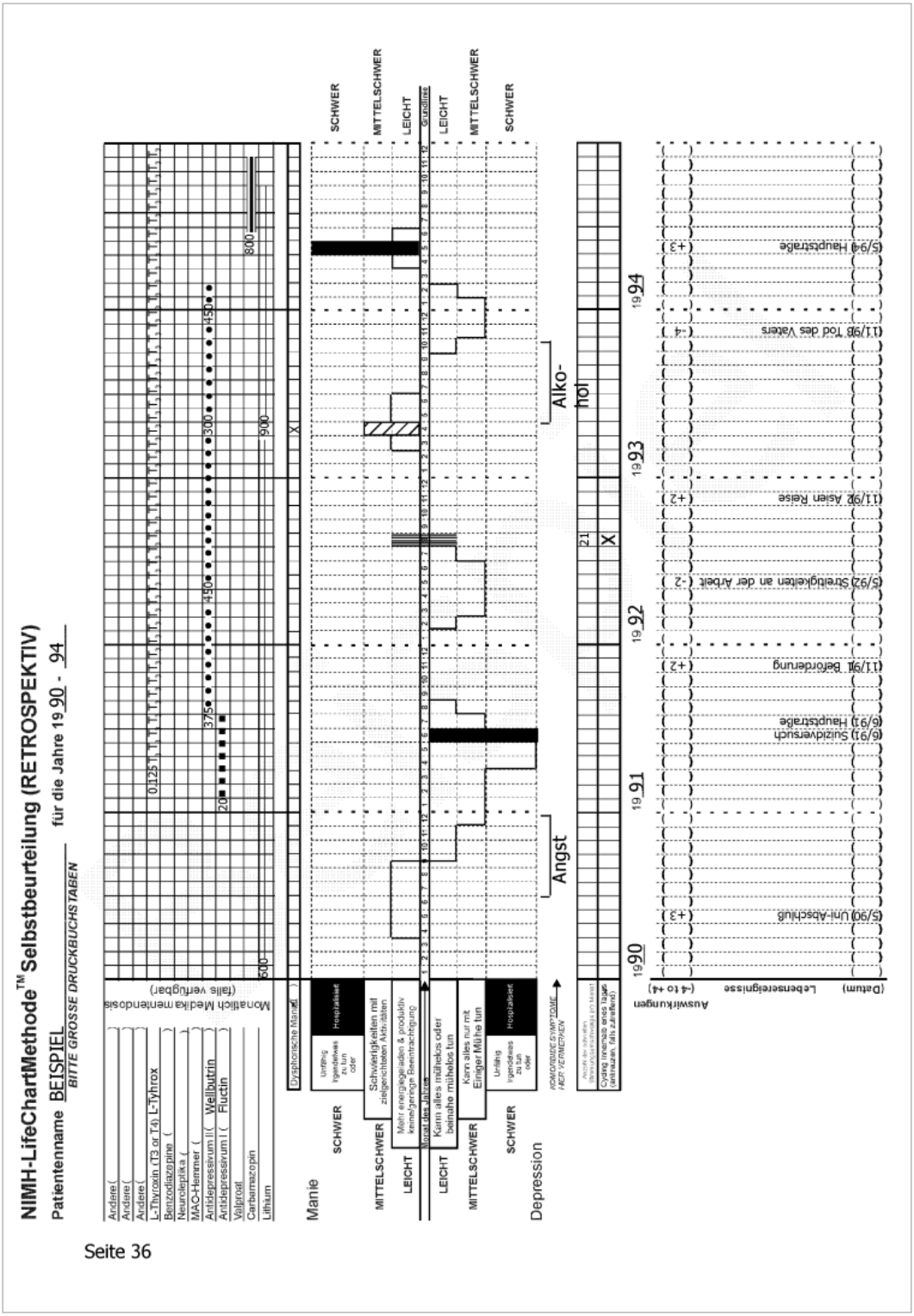


Abbildung 29: Formular für ein prospektives Life Chart - Teil 1

NIMH-LCM™ Selbst/PROSPEKTIVE Ratings: Die LCM-S/P™

Patienten ID ☐☐☐-☐☐☐ Patienten Initialen ☐☐☐ (F M L) Monat ☐ Jahr ☐

Protokoll Code ☐ Stufe ☐ Rater Initialen ☐☐☐ (F M L) Rating Verblindet? ☐Nein ☐Ja ☐N/Z

LCM-SP™ Version 5/97
German Version 7/00

Tage des Monats →	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Medikament	*DOSIS pro Tablette*	*Einheit (mg, mcg gm)*	*Bitte eintragen: Gesamtzahl von Tabletten eingenommen pro Tag (pro Medikament)*
Lithium			
Carbamazepin			
Valproat			

Bitte alle Medikamente notieren, die Sie zur Zeit einnehmen.

Tage des Monats →	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Abbildung 30: Formular für ein prospektives Life Chart - Teil 2

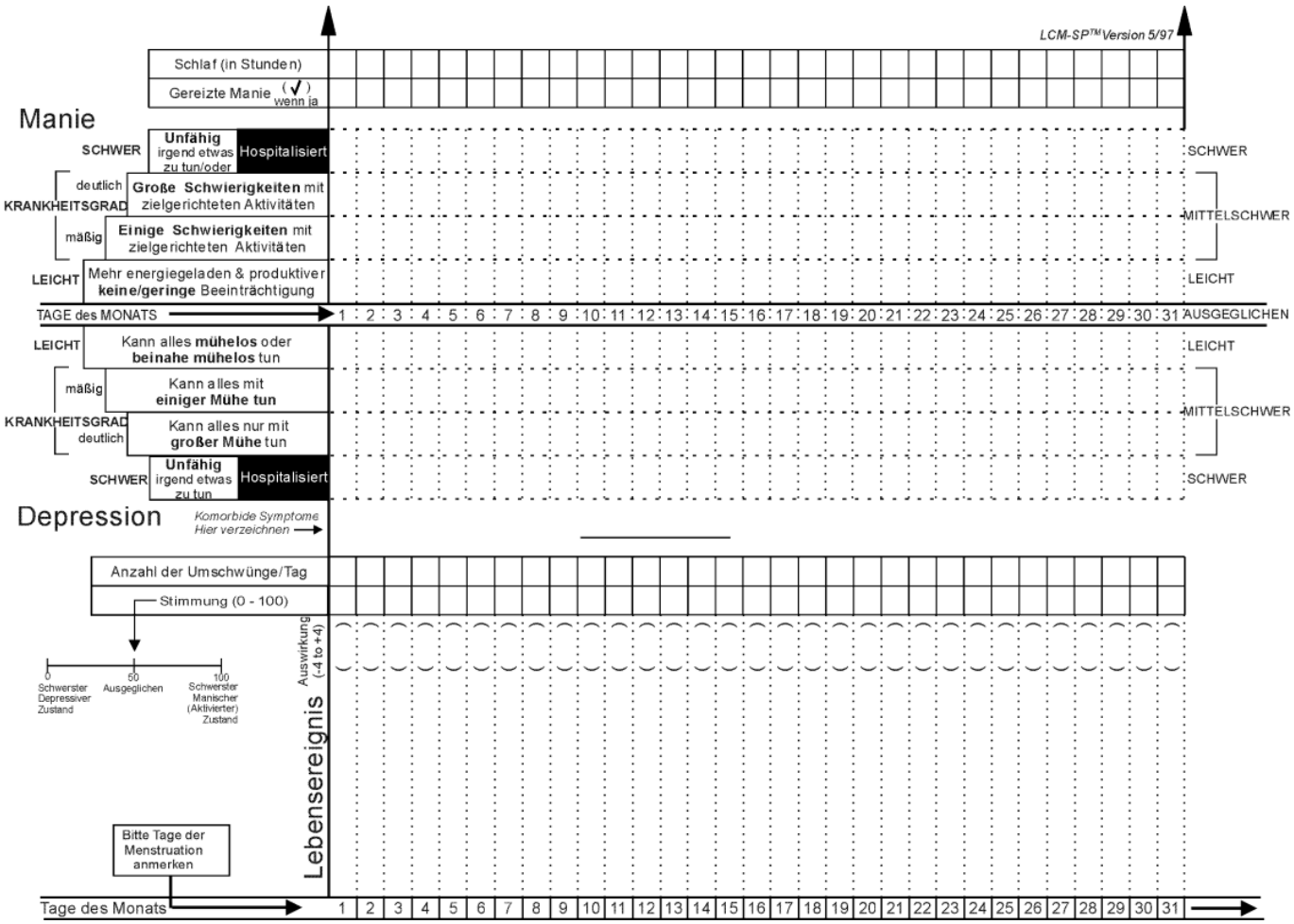


Abbildung 31: Formular für ein retrospektives Life Chart

NIMH-LifeChartMethode™ Selbstbeurteilung (RETROSPEKTIV)

Patientenname _____ **für die Jahre 19___ - _____**

BITTE GROSSE DRUCKBUCHSTABEN

Andere ( )
Andere ( )
Andere ( )
L-Thyroxin (T3 or T4)
Benzodiazepine ( )
Neuroleptika ( )
MAO-Hemmer ( )
Antidepressivum II( )
Antidepressivum I ( )
Valproat
Carbamazepin
Lithium

Monatlich Medikamentendosis (falls verfügbar)

Dysphorische Manie ( )

Manie

SCHWER — Unfähig Irgendetwas zu tun oder — Hospitalisiert

MITTELSCHWER — Schwierigkeiten mit zielgerichteten Aktivitäten

LEICHT — Mehr energiegeladen & produktiv keine/geringe Beeinträchtigung

Monat des Jahres → 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 Grundlinie

LEICHT — Kann alles mühelos oder beinahe mühelos tun

MITTELSCHWER — Kann alles nur mit Einiger Mühe tun

SCHWER — Unfähig Irgendetwas zu tun oder — Hospitalisiert

Depression

KOMORBIDE SYMPTOME HIER VERMERKEN →

Anzahl der schnellen Stimmungsumschwünge pro Monat

Cycling Innerhalb eines Tages (ankreuzen, falls zutreffend)

19___ 19___ 19___ 19___ 19___

Auswirkungen (-4 to +4)

Lebensereignisse

(Datum)

A-13: Formular Soziale Rhythmus Metrik

Abbildung 32: Formular Soziale Rhythmus Metrik

52673

Soziale Rhythmus Metrik (SRM)

Bitte am Ende des Tages ausfüllen

Patientenaufkleber

DATUM ☐☐.☐☐.0 4

UHRZEIT ☐☐:☐☐

PSRM/FR/0

Bitte tragen Sie ihr gegenwärtiges Befinden mit einem senkrechten Strich durch die untenstehende Linie ein:

+ äußerstes Wohlbefinden — - äußerstes Mißempfinden

Schlafdauer (Unterbrechungen abgezogen) Stunden ☐☐ : Minuten ☐☐

☐ Keine Unterbrechungen ☐ 2-3 Unterbrechungen
☐ 1 Unterbrechung ☐ > 3 Unterbrechungen

Aktivität	Uhrzeit		
Aufstehen	☐☐:☐☐	☐ Alleine ☐ Andere nur anwesend	☐ Andere aktiv beteiligt ☐ Andere sehr stimulierend
Erster Kontakt mit anderen Personen	☐☐:☐☐	☐ Andere nur anwesend	☐ Andere aktiv beteiligt ☐ Andere sehr stimulierend
Erstes Frühstück (kleines Frühstück)	☐☐:☐☐	☐ Alleine ☐ Andere nur anwesend	☐ Andere aktiv beteiligt ☐ Andere sehr stimulierend
Hauptfrühstück	☐☐:☐☐	☐ Alleine ☐ Andere nur anwesend	☐ Andere aktiv beteiligt ☐ Andere sehr stimulierend
Aus dem Haus gehen (erstmalig an diesem Tag)	☐☐:☐☐	☐ Alleine ☐ Andere nur anwesend	☐ Andere aktiv beteiligt ☐ Andere sehr stimulierend
Arbeitsbeginn (hier auch Hausarbeit, Schule, u.ä .)	☐☐:☐☐	☐ Alleine ☐ Andere nur anwesend	☐ Andere aktiv beteiligt ☐ Andere sehr stimulierend
Mittagessen	☐☐:☐☐	☐ Alleine ☐ Andere nur anwesend	☐ Andere aktiv beteiligt ☐ Andere sehr stimulierend
Kaffeepause	☐☐:☐☐	☐ Alleine ☐ Andere nur anwesend	☐ Andere aktiv beteiligt ☐ Andere sehr stimulierend
Abendessen	☐☐:☐☐	☐ Alleine ☐ Andere nur anwesend	☐ Andere aktiv beteiligt ☐ Andere sehr stimulierend
Körperliche Betätigung (Sport, Spazierengehen u.ä .)	☐☐:☐☐	☐ Alleine ☐ Andere nur anwesend	☐ Andere aktiv beteiligt ☐ Andere sehr stimulierend
Snack (z.B. Chips, Schokolade, Joghurt, Obst,etc.)	☐☐:☐☐	☐ Alleine ☐ Andere nur anwesend	☐ Andere aktiv beteiligt ☐ Andere sehr stimulierend
TV-Abendnachrichten (Tageschau, Heute, Tagesthemen, etc.)	☐☐:☐☐	☐ Alleine ☐ Andere nur anwesend	☐ Andere aktiv beteiligt ☐ Andere sehr stimulierend
Fernsehen sonstiges (Spielfilme, Quiz, etc. bevorzugt abends)	☐☐:☐☐	☐ Alleine ☐ Andere nur anwesend	☐ Andere aktiv beteiligt ☐ Andere sehr stimulierend
Aktivität 1 (außerberuflich)_____	☐☐:☐☐	☐ Alleine ☐ Andere nur anwesend	☐ Andere aktiv beteiligt ☐ Andere sehr stimulierend
Aktivität 2 (außerberuflich)_____	☐☐:☐☐	☐ Alleine ☐ Andere nur anwesend	☐ Andere aktiv beteiligt ☐ Andere sehr stimulierend
Nach Hause kommen (zuletzt an diesem Tag)	☐☐:☐☐	☐ Alleine ☐ Andere nur anwesend	☐ Andere aktiv beteiligt ☐ Andere sehr stimulierend
Zu Bett gehen	☐☐:☐☐	☐ Alleine ☐ Andere nur anwesend	☐ Andere aktiv beteiligt ☐ Andere sehr stimulierend

A-14: Arbeitsblätter „Stress und Stressbewältigung“

Wie reagieren wir auf Stress?

Die Reaktion des Menschen auf Stressoren kann auf vier Ebenen beschrieben werden:

körperliche Ebene	Gefühle	Denken	Verhalten
- der Puls steigt an	- Angst	- „Ich schaffe das nicht.“	- gereizt gegenüber anderen

Lernimpuls 17.2

Diskutieren Sie die oben beschriebenen vier Ebenen der Stressreaktion und erweitern Sie die Tabelle.

Von welchen Faktoren hängt es ab, wie „stressig“ wir eine Situation, bestimmte Ereignisse oder unsere Gedanken empfinden?

Lernimpuls 17.3

Berichten Sie in der Gruppe von Ihren Erfahrungen. Fassen Sie Ihre Ergebnisse zusammen:

.....

.....

.....

.....

.....

An welchen Zeichen kann man erkennen, dass die Belastung zu groß wird?

Lernimpuls 17.4

Berichten Sie in der Gruppe von Ihren Erfahrungen. Fassen Sie Ihre Ergebnisse zusammen:

Beispiele:

„Ich kann nur sehr schlecht einschlafen.“

„Ich rauche mehr als sonst.“

„Ich arbeite pausenlos weiter...“

Zusammenfassung Lernimpuls 17.4

.....

.....

.....

Welche Stress-Bewältigungsstrategien eignen sich, um ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Belastung und Erholung (wieder) herzustellen?

Lernimpuls 17.5

Überlegen Sie sich Strategien, die

kurzfristig	**aber auch langfristig Stress abbauen helfen.**
⇩	⇩
- Entspannung (z.B. Progressive Relaxation)	- Verändern der Bedingungen, die Stress auslösen (z.B. Tagesablauf umorganisieren)

A-15: Abschluss

Lernimpuls 17.6

Planen Sie eine Freizeitaktivität in Ihrer Gruppe, die Ihnen gemeinsam Freude bringt!!

Index

Akuttherapie....36, 37, 90
Angina pectoris....47
Angst.... 33, 35, 47, 48, 58, 104, 117
Anlage..... 8, 37, 41, 52, 53, 55, 57, 66, 68, 70, 71, 72
Anlagen....90
Antidepressiva....36, 95
Antiepileptika....36
Anwesenheitsliste....5, 92
Arzneimittel....5, 36, 37, 94
Basistherapeutikum....36
Behandlung.... 2, 3, 16, 20, 23, 26, 29, 35, 36, 37, 38, 46, 47, 52, 61, 90
Behinderung....4, 32, 61
Biorhythmus....4, 55, 56, 67
bipolare Erkrankung....3, 32, 35, 93
Checkliste....5, 93, 102
Compliance....84
Coping....59
Depression4, 6, 32, 33, 34, 36, 37, 48, 55, 62, 67, 70, 84, 90
Diagnose....4, 38, 53, 62
Diagnostik....53
DSM IV....62
Elektrokrampftherapie....35, 37
Episode.... 34, 35, 36, 37, 38, 56, 61
Episodenzahl....34
Erkrankungsalter....34
Experten....6, 42
Fluoxetin....36, 94
Folien.... 8, 12, 20, 23, 26, 29, 58
Förderantrag.... 5, 41, 97, 98, 99, 100, 101
Frühsymptome....44
Frühwarnzeichen 2, 3, 4, 5, 20, 44, 45, 46, 48, 61, 65, 66, 70, 71, 72, 73, 78, 84, 103, 105, 107, 108
Frühwarnzeichenliste....3, 5, 45, 71, 80, 103
Gesundheit....3, 46, 53, 72
Gruppenarbeit....3, 8, 42
Gruppenregeln....3, 42, 43
Handout....5, 8, 16, 74, 75
Häufigkeit....4, 32, 61, 90
HausAufgabenblätter....5, 8, 69, 75
Hypochondrie....33
Hypomanie.... 4, 33, 34, 36, 37, 62, 70, 90
ICD 10....62
Informationsblatt....62
Informationsblätter....8, 32
Intervalle....34
IPSRT....38, 57
Klassifikation....58, 62, 67
Komorbidität....35
Krankheitsdauer....34
Krankheitszeichen....32, 34, 63, 90
Krankheitszyklus....34
Kurzübersicht....2, 10, 11
Langzeitbehandlung....36
Lebensereignisse....4, 32, 53, 57, 62
Leitfaden....35, 41, 42
Lernimpulse.... 4, 8, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 75
Lichttherapie....35, 37
Life-Chart....48, 53, 54, 62, 90
Lithium....36
Manie..... 4, 33, 34, 36, 37, 48, 62, 70, 84, 90, 94, 95
Medikation....23, 37, 53, 84
Mischzustände....35
Nebenwirkungen....94, 95
Neuroleptika....37, 95
Neurotransmitter....32, 61
NIMH....5, 72, 111
Palm..... 2, 3, 4, 23, 48, 49, 52, 53, 54, 55, 57, 62, 72
Palm-Life-Chart....3, 48, 53, 54, 62
Pharmakotherapie....96
Phasenprophylaxe....37, 90, 94
PLC....3, 4, 23, 26, 48, 67

Index

7

Prodomalsymptome 38, 44
Prodomie 45
Progressive Relaxation .. 3, 20, 23, 26, 29, 46, 47, 48, 81, 82, 119
Psychoedukation 3, 4, 35, 38, 65, 90
Reizbarkeit 33
Remission 34
Rückfälle 34, 37
Rückfallschutz 37, 90
Schlafentzug 35, 37, 55, 58
Schlafphasenvorverlagerung 55
Schlafstörungen 33, 45, 47, 94, 95
Selbsthilfe 44, 48, 53, 81
Selbsthilfegruppe 3, 6, 38, 41, 43, 103
Serotonin 32, 36, 61, 65, 94
Serotonin-Wiederaufnahmehemmer 36, 65
Soziales Rhythmus Training 3, 55, 56
SSRI 36, 94
Stabilisation sozialer Rhythmen 2, 26
Stimmung 23, 32, 33, 37, 48, 50, 55, 56, 57
Stimmungsstabilisierer 36, 37
Stress 4, 5, 38, 46, 47, 58, 59, 63, 67, 68, 117, 119
Stressbewältigung 2, 4, 5, 29, 58, 68, 117
Stressor 63
Stundenvarianten 2, 9
Suizid 35
Switch 36, 37, 38
Switch-Phänomen 36
Symptome 32, 33, 34, 61, 62
Synapse 65
Telefonliste 5, 43, 91
Therapie . 7, 34, 35, 36, 37, 38, 42, 48, 53, 55, 56, 57, 61
Tod 32, 33, 62
Ursachen 4, 32, 61, 63, 90
Veranlagung 32
Verlauf 34, 35, 48
Version 62
Vorsorge 44, 81
Vorsorgebogen 5, 66, 71, 73, 84, 106
Vulnerabilität 4, 34, 38, 61, 63, 65, 66, 67
Willkürmuskulatur 47

Glossar

Sie finden hier - mehr oder weniger - kurze Definitionen zu ausgewählten Stichworten. Verweise zu Begriffen, die als eigenes Stichwort erscheinen, sind mit einem senkrechten Pfeil nach oben (↑) markiert. Die Bemerkung (hier) bedeutet, dass der Begriff in diesem Handbuch wie unten erklärt verwendet wird.

Akuttherapie	(hier) Behandlung am Beginn einer Episode.
Angina pectoris	Engegefühl, krampfartige, meist anfallsartig auftretende Schmerzen in der Herzgegend und ausstrahlend.
Angst	das beim Erleben (oder der Vorstellung) einer unüberwindlich erscheinenden Bedrohung auftretende beengende Gefühl des existentiellen Bedrohtseins (extrem als Todesangst), das von v.a. ↑vegetativen Symptomen begleitet wird (Blässe, Schweiß, veränderte Mimik, Zittern, Herzklopfen, Blutdruckanstieg, evtl. auch Ohnmacht, Durchfall). Ist im Gegensatz zur Furcht nicht objektgerichtet.
Antidepressiva	Medikamente zur Behandlung von ↑Depressionen.
Antiepileptika	Mittel zur Epilepsiebehandlung.
Arzneimittel	pflanzliche, tierische oder synthetisierte Stoffe (Syn.: Medikamente, Pharmaka).
Behandlung	Maßnahmen zur Heilung einer Krankheit bzw. zum Bekämpfen der Krankheitserscheinungen (↑Therapie).
Behinderung	ein »von der Norm abweichender Zustand von mehr als sechsmonatiger Dauer, der die Eingliederung des Betroffenen in die Gesellschaft infolge körperlicher Regelwidrigkeit, Schwäche der geistigen Kräfte oder seelischer Störungen in erheblichem Umfang beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht« (§§ 1 bis 5 EHVO, Eingliederungshilfe-Verordnung).
Biorhythmus	die „innere“ Uhr des Menschen, wichtige Funktionen wie der Schlaf-Wach-Rhythmus oder die Hormonausschüttung.
Bipolare affektive Störung	laut ↑ICD 10 „eine ↑Erkrankung, die durch wenigstens zwei ↑Episoden charakterisiert ist, in denen Stimmung und Aktivitätsniveau des Betroffenen deutlich gestört sind. Diese Störung besteht einmal in gehobener Stimmung, vermehrtem Antrieb und Aktivität (↑Hypomanie oder ↑Manie), dann wieder in einer Stimmungssenkung und vermindertem Antrieb und Aktivität (↑Depression). Wiederholte hypomanische oder manische Episoden sind ebenfalls als bipolar zu klassifizieren.“
Bipolare Erkrankung	↑ Bipolare affektive Störung.
Compliance	Bereitschaft des Patienten, bei (↑Diagnose) diagnostischen und (↑Therapie) therapeutischen Maßnahmen mitzuwirken (z.B. Zuverlässigkeit bezüglich Medikamenteneinnahme).
Coping	(engl.) klarkommen, zurechtkommen; Bewältigungsstrategien um mit einer Krankheit und/oder Lebenskrise zurechtzukommen.

Glossar

8

Dauerbehandlung	langfristige Behandlung ohne Behandlungspausen.
Depression	seelische Störung mit gedrückter, pessimistischer Stimmungslage (↑Bipolare affektive Störung).
Diagnose	Erkennen und Benennen einer Krankheit (↑Diagnostik).
Diagnostik	↑Diagnose.
DSM IV	das diagnostische und statistische Manual der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft (Version IV).
Elektrokrampftherapie	unter Vollnarkose wird für etwa 20 bis 40 Sekunden durch einen kurzandauernden elektrischen Impuls ein epileptischer Anfall ausgelöst.
Episode	(hier) als der Zeitraum bezeichnet, indem die ↑Krankheit mit ↑Krankheitszeichen in Erscheinung tritt.
Erkrankung	↑Krankheitsbild, ↑Diagnose.
Folien	(hier) methodische Hilfsmittel um die (↑Modul)-Inhalte zu visualisieren. Zubehör zu diesem ↑SMTP.
Frühsymptome	↑ Frühwarnzeichen.
Frühwarnzeichen	individuelle, erste Anzeichen einer drohenden ↑Episode; ↑Prodomie.
genetisch	(biol.) die Entstehung oder Entwicklung betreffend; entwicklungsgeschichtlich (Genetik), erblich bedingt.
Gesundheit	»normales« Aussehen, Verhalten u. Befinden (lt. ↑WHO auch das soziale Wohlbefinden); d.h. das subjektive Fehlen körperlicher u. seelischer Störungen bzw. die Nichtnachweisbarkeit entsprechender krankhafter Veränderungen (↑Krankheit).
Handout	(hier) Teil 5 dieses Handbuchs. Stellt sämtliche zum Programm gehörenden ↑Folien in „Kleinformat“ dar und kann für persönliche Notizen verwendet werden.
HausAufgabenblätter	(hier) Teil 4 dieses Handbuchs.
Hypochondrie	Zustand übertriebenen Besorgtseins um die ↑Gesundheit mit krankhaft übertriebener Selbstbeobachtung der körperlichen u. geistigen Vorgänge auf Zeichen mit möglichem Krankheitswert.
Hypomanie	„leichte“ Form der ↑Manie.
ICD 10	(engl.) Abkürzung für: International Classification of Diseases. Die für deutsche Ärzte verbindliche „Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (Version 10).

Informationsblatt	↑Informationsblätter.
Informationsblätter	(hier) Teil 2 dieses Handbuchs. Wissensinhalte, die über die Themen des ↑SMTP informieren sollen und als Lernhilfen dienen ↑Lernimpulse).
Intervallbehandlung	Behandlung nach einem festgelegten Zeit- u. Therapieschema mit Behandlungspausen (↑Dauerbehandlung).
IPSRT	interpersonale und soziale Rhythmus-Therapie (nach Ellen Frank). Ziel dieser Therapie ist die geregelte Lebensführung, ein regelmäßiger Schlaf-Wach-Rhythmus, Stressbewältigung und Anzeichen für eine beginnende depressive oder manische Episode erkennen lernen.
Klassifikation	Einteilung.
Komorbidität	gleichzeitiges Bestehen von verschiedenen ↑Krankheiten.
Krankheit	subjektives u./oder objektives Bestehen körperlicher u./oder geistig-seelischer Störungen bzw. Veränderungen (↑Gesundheit).
Krankheitsbild	syn. für ↑Krankheit.
Krankheitszeichen	↑Symptom.
Krankheitszyklus	umfasst Beginn einer Episode und den nachfolgenden Zeitraum.
Langzeitbehandlung	↑Dauerbehandlung.
Lebensereignisse	↑Life-Events.
Lernimpulse	(hier) Teil 3 dieses Handbuchs. Weiterführende Anreize/Themen die in der Gruppe bearbeitet werden können. (Das im ↑SMTP enthaltende Material liefert (noch) keine Antworten bzw. ausführlichere Informationen zu diesen Fragen.) Die erste Ziffer des jeweiligen Lernimpulses zeigt an, auf welches Informationsblatt sich dieser Lernimpuls bezieht.
Lichttherapie	therap. (↑Behandlung) Anwendung von natürlichen oder künstlichen Lichtquellen.
Life-Events	besondere Lebensereignisse wie z.B. Hochzeit, Tod eines nahen Verwandten, Studienbeginn.
Lithium	Alkalimetall, kommt. u.a. als biologisches Spurenelement vor, therapeutische Anwendung finden Li-Salze (Chlorid, Carbonat) bei ↑manisch depressiven Erkrankungen als Dauer- bzw. Intervallbehandlung.
Manie	Teilerscheinung der manisch-depressiven Erkrankung (↑Bipolare affektive Störung). ↑Symptome: heitere Grundstimmung, unbegründeter, strahlender Optimismus, Gehobensein aller Lebensgefühle, Antriebsüberschuß, Enthemmung (evtl. auch Tobsucht), erhöhte Triebhaftigkeit, Ideenflucht, Selbstüberschätzung,

	gesteigertes körperl. Wohlbefinden (↑Depression).
Manisch-depressive Erkrankung	syn. für ↑affektive bipolare Störung.
Medikament	↑Arzneimittel.
Medikation	Arzneimittelverordnung, -anwendung.
Methodisches Vorgehen	beschreibt die Art und Weise des Vorgehens während der Gruppenstunden. Ausführlich in Teil 1 dieses Handbuches erläutert.
Mischzustände	sowohl ↑Symptome der ↑Manie/Hypomanie als auch Symptome der ↑Depression sind vorhanden.
Modul	(hier) die in sich geschlossene Einheit von 90 Minuten für ein Gruppentreffen. Das ↑SMTP besteht aus insgesamt sechs Modulen.
Nebenwirkung	jeder nicht erwünschte Effekt einer Maßnahme oder eines ↑Arzneimittels.
Neuroleptika	speziell auf die Psyche wirkende Substanzen.
Neurotransmitter	Überträgerstoffe (Botenstoffe), die an Nervenendigungen freigesetzt werden.
Palm-Life-Chart	eine Methode, bei welcher Stimmung, Medikamente, Schlaf u. a. in einen Palm (Handcomputer) eingetragen werden.
Pharmakotherapie	Krankenbehandlung mit ↑Arzneimitteln.
Phasenprophylaxe	Behandlung, die einer erneuten Krankheitsepisode vorbeugen soll.
Prodomalsymptome	↑ Frühwarnzeichen; ↑Prodomie.
Prodomie	uncharakteristische ↑Symptome, die den typ. Symptomen als Vorboten des Krankheitsgeschehens zeitlich vorangehen. (↑ Frühwarnzeichen).
Progressive Relaxation	Entspannungsverfahren das an der Muskulatur ansetzt.
Prophylaxe	»Vorbeugung«, individuelle u. generelle Maßnahmen zur Verhütung drohender Krankheiten (↑Rückfallschutz).
Psychoedukation	jede Form von Bildung, Aneignung von Wissen über die Krankheit aber auch das eigene krankheitsbezogene Erleben und Verhalten.
Psychopharmaka	Arzneimittel mit spezifischer Wirkung auf psychische Funktionen.

Remission	das vorübergehende Nachlassen von ↑Krankheitszeichen, jedoch ohne Erreichen der Genesung.
Rezidiv	eine Krankheit tritt erneut auf.
Rückfall	↑Rezidiv.
Rückfallschutz	(hier) Maßnahmen die zum Ziel haben, dass die Krankheit nicht erneut ausbricht.
Rückfallsymptome	↑Krankheitszeichen die im Zusammenhang mit dem erneuten Auftreten der Krankheit stehen.
Selbsthilfegruppe	freiwilliger Zusammenschluss von Menschen mit einem vergleichbaren Problem bzw. der gleichen oder einer ähnlich gelagerten Erkrankung.
Serotonin	Gewebshormon, ↑Neurotransmitter.
Serotonin-Wiederaufnahmehemmer	Wirkstoffe (↑Arzneimittel), die gewährleisten sollen, dass das ↑Neurotransmitter ↑Serotonin länger seine stimmungsaufhellende Wirkung entfalten kann und nicht so schnell wieder in die Nervenzelle aufgenommen wird.
SMTP	(hier) Abkürzung für Selbstmanagement-Trainingsprogramm (↑Modul).
soziale Rhythmen	„Zeitgeber“ bzw. Aktivitäten wie die Mahlzeiten und die Arbeittätigkeit, die einen Einfluss auf den ↑Biorhythmus des Menschen haben.
SSRI	Abk. für: Selektive Serotonin Rückaufnahme Inhibitoren (↑Serotonin-Wiederaufnahmehemmer).
Stimmungsstabilisierer	Medikamente, die die Stimmungslage ausgleichen sollen.
Stressor	jeder Stress auslösende Reiz.
Stress-Vulnerabilitätsmodell	theoretisches Modell, das im Rahmen der Krankheitsentstehung den Zusammenhang von Verletzlichkeit des Nervensystems (↑Vulnerabilität) und Stress zu Grunde legt.
Suizid	Selbsttötung.
Switch	(engl.) schalten, umstellen; (hier) das Umschalten von der Depression in die Manie (Hypomanie) bzw. umgekehrt.
Symptom	Krankheitszeichen.
Therapie	↑Behandlung.
Variante	(hier) Art des methodischen Vorgehens. Wird im Vorwort und im Teil 1 des Handbuchs erklärt.

Glossar

Vegetatives Nervensystem	Teil des Nervensystems, dessen Regelung vom Willen weitgehend unabhängig geschieht.
Vegetativum	↑ Veg. Nervensystem.
Vorsorge	↑Prophylaxe.
Vulnerabilität	(hier) Verletzlichkeit (des Nervensystems).
WHO	Abkürzung für (engl.) World Health Organization, Weltgesundheitsorganisation.
Willkürmuskulatur	die Muskulatur, die durch den Willen zu beeinflussen ist – z.B. der Bizeps am Oberarm.

Zubehör

CD-Rom mit sämtlichen Handbuch-Inhalten und den Folien als Power-Point-Präsentation

Elektronisches Tagebuch für Patienten mit bipolarer affektiver Störung – Die Life Chart Methode (Handbuch PLC/SRM)

Folien

Fotomappe „Zukunft“

Leverich G, Post R: Die LifeChart Methode. Herausgeber: DGBS e.V. (Deutsche Fassung: übersetzt von Schärer L.)

Ohm, D.: Stressfrei durch Progressive Relaxation, Trias-Relax-CD, Trias-Verlag, Stuttgart, 2001

Videokassette „Himmelhoch jauchzend zu Tode betrübt – Bipolare Erkrankungen“

Zusatzfolien

Folie 1

Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell

Abbildungen entnommen und modifiziert nach: nach M. Amering, I. Sibitz, R. Gössler, H. Katschnig: Wissen – genießen – besser leben. Ein Seminar für Menschen mit Psychoseerfahrung. Psychiatrie-Verlag. Bonn. 2003

1

Die Folien 1-4 beziehen sich auf den Lernimpuls 3.1 und können zur besseren Visualisierung benutzt werden.

Erklären sie anhand dieser Folien was unter Vulnerabilität zu verstehen ist, was man unter Stressoren versteht, wie sich Stressoren, Vulnerabilität und damit Krankheitszeichen vermindern lassen.

Folie 2

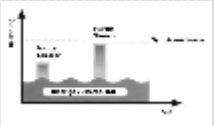


Abb. 1: Normale Vulnerabilität

2

Folie 3

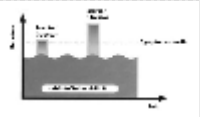


Abb. 2: Erhöhte Vulnerabilität

3

Folie 4

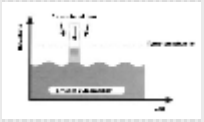


Abb. 3: Stress - Reduktion

4

Folie 5

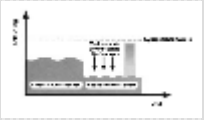
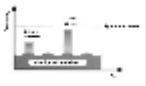


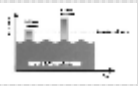
Abb. 4: Verringerung der Vulnerabilität

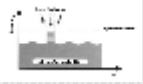
5

Folie 6

Zusammenfassung:







6

Folie 7

Weiterführende Literatur:

Bräunig P, Wagner P (2004) Zwischen den Polen von Manie und Depression.

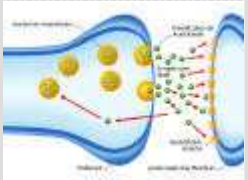
Psychoedukation bei bipolarer Erkrankung – Ein Wegweiser für Betroffene und Angehörige. Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. Herstellung: BoD Norderstedt

ISBN: 3-8330-1161-0

7

Folie 8

Synapse



8

Erregungsübertragung an einer Synapse

Die Erregungsübertragung an einer Synapse erfolgt durch Botenstoffe oder Transmitter wie Serotonin. In der präsynaptischen (vorgeschalteten) Zelle wird der Botenstoff aus synaptischen Bläschen freigesetzt. Er diffundiert in den synaptischen Spalt und wird an der Membran der postsynaptischen (nachgeschalteten) Zelle von Rezeptoren aufgenommen. Überschüssige Botenstoffe werden wieder in die präsynaptische Zelle zurückgeführt.

Microsoft ® Encarta ® Enzyklopädie 2002. © 1993-2001 Microsoft Corporation. Alle Rechte vorbehalten.

Folie 9

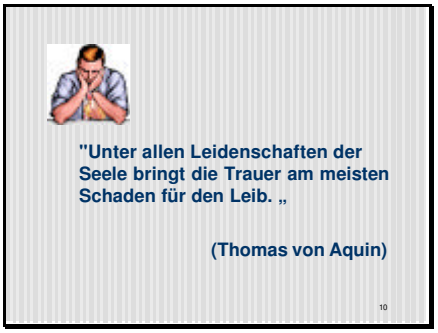
Zusammenhang Psyche-Körper

Depressionen als Risikofaktor für körperliche Erkrankungen

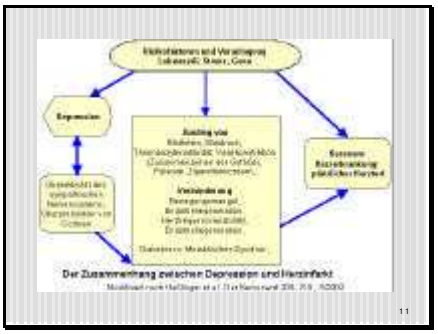
9

vgl. Lernimpuls

Folie 10



Folie 11



Quelle: http://www.neuro24.de/d9.htm (08.05.2004)