

## BIPOLARE AFFEKTIVE STÖRUNGEN

**Verfasserin: Milena**

**Fach: Psychologie**

**Lehrer: Oberstudienrat Klaus Schenck**

**Abgabetermin: 05.11.2014**

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Vorwort</b> .....	3
<b>2. Was sind bipolare Störungen?</b> .....	4
<b>3. Entstehung</b> .....	5
3.1. Stoffwechselstörung im Gehirn .....	5-6
3.2. Erblich bedingte Veranlagung.....	6
3.3. Negative Lebensumstände und -ereignisse.....	6-7
<b>4. Symptome</b> .....	7
4.1. Manische Episoden .....	7-10
4.2. Depressive Episoden.....	11-13
<b>5. Verlauf von bipolaren Störungen</b> .....	14
5.1. Bipolare I Störung .....	14-15
5.2. Bipolare II Störung .....	15
5.3. Rapid Cycling.....	16
5.4. Zylothymie.....	17-18
5.5. Mischzustand.....	17
<b>6. Diagnose</b> .....	18-23
<b>7. Behandlungsmethoden</b> .....	24
7.1. Medikamente .....	24
7.1.1. Akutbehandlung .....	24-27
7.1.2. Erhaltungstherapie .....	27
7.2. Psychotherapie .....	28-30
7.3. Rückfallvorbeugung .....	31-33
<b>8. Leben mit einer bipolaren Störung</b> .....	34
8.1. Soziales Umfeld.....	35
8.2. Arbeitsleben.....	35
<b>9. Fazit</b> .....	36
<b>10. Anlagen</b> .....	37
10.1. Literaturverzeichnis.....	37
10.2. Selbstständigkeitserklärung .....	37



Beispiele



Wichtiges

## 1. Vorwort

Jeder kennt das Gefühl wenn einem etwas Schlimmes passiert, ob es ein Todesfall ist oder zum Beispiel das Ende einer Beziehung. Für kurze Zeit verfällt man in eine depressive Stimmung, doch nach und nach verschwindet diese wieder. Umgekehrt kennt auch jeder die glücklichen Momente im Leben, die man am liebsten für immer festhalten und nie mehr gehen lassen möchte, doch auch diese sind irgendwann wieder verschwunden. Unsere Stimmung pendelt sich immer wieder auf einem normalen Niveau ein. Allerdings nicht so bei Menschen, welche unter einer bipolaren affektiven Störung leiden, eher bekannt als manisch depressiv. Himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt - deren Gefühlswelt schwankt abwechselnd zwischen manischen und depressiven Verstimmungen, ein normales Level gibt es nicht, wodurch es schwer ist den Alltag zu bewältigen. Nach Schätzungen ist jeder hundertste Deutsche betroffen<sup>1</sup>, allerdings können keine genauen Angaben gemacht werden, da die Krankheit oft nicht erkannt wird.

Das Wichtige aber ist, dass bipolare affektive Störungen behandelbar sind. Die Forschung hat auf diesem Gebiet in den letzten zwanzig Jahren große Fortschritte gemacht, und wenn sie erkannt und richtig therapiert werden, ist es wieder möglich ein normales Leben zu führen.<sup>2</sup> Nicht nur für die betroffene Person, sondern auch besonders für Angehörige und Freunde ist es oft schwer damit umzugehen. Es entstehen immer wieder Fragen wie zum Beispiel, ob man die Krankheit wirklich in den Griff bekommen kann, ob es möglich ist Rückfällen vorzubeugen oder auch ob die Krankheit die Lebensqualität beeinflussen wird.

In der folgenden Ausarbeitung sollen unter anderem die vorhergestellten Fragen beantwortet, aber auch allgemein über die bipolare affektive Störung informiert werden. Von der Entstehung über die die Diagnose bis hin zu den verschiedenen Behandlungsmethoden wird erläutert, womit man es bei dieser Krankheit zu tun hat.

---

<sup>1</sup>Vgl. Bristol-Myers Squibb/ Otsuka: Bipolare Störungen, Informationen für Patienten und Angehörige, S.6

<sup>2</sup> Vgl. Meyer, Thomas/ Hautzinger, Martin: Bipolare Störung. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmaterial. Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2013, S.9

## 2. Was sind bipolare Störungen?

Ein junger Mann hat endlich seine Traumfrau gefunden, sie sind glücklich und verliebt. Beide haben aktuell große berufliche Erfolge, es könnte gar nicht besser laufen. Er erhält einen Anruf aus dem Krankenhaus, seine Mutter sei verstorben. Ein Schock, die euphorische Gefühlswelt des Manns schlägt plötzlich um in eine tiefe Trauer.

„Freude, Trauer, Jubel, Enttäuschung, Glück, Niedergeschlagenheit, Euphorie, Ärger – Gefühle und Stimmungen sind ein wichtiger Teil unseres Lebens.“<sup>3</sup> Die Gefühle des jungen Mannes in dem obigen Beispiel sind vollkommen nachvollziehbar und normal. Bipolare Störungen sind hingegen psychische Erkrankungen. Es handelt sich dabei um extreme Schwankungen in der Gefühlswelt und im Verhalten.<sup>4</sup> Die Betroffenen erleben **abwechselnd manische und depressive Phasen**, welche Tage bis Monate andauern können.<sup>5</sup> Bipolar leitet sich aus dem Lateinischen ab und bedeutet im übertragenen Sinne, dass sich die zwei „Stimmungspole“ gegenüberstehen. Die niedergeschlagenen Phasen bzw. Depressionen der bipolaren Störungen sind nicht von der unipolaren Depression (= „reine Depression“) zu unterscheiden<sup>6</sup>, sind aber meist sehr ausgeprägt und lebensbedrohlich. Die Betroffenen haben vergleichsweise ein 30-fach erhöhtes Selbstmordrisiko als der Rest der Bevölkerung. Die bipolaren Störungen zählen zu den zehn Erkrankungen, „die weltweit am häufigsten zu andauernder Behinderung führen.“<sup>7</sup> Die Betroffenen erkranken häufig zwischen dem zwanzigsten bis dreißigsten Lebensjahr und in Deutschland gibt es rund zwei Millionen manisch Depressive. Das Problem ist jedoch, dass die Krankheit oftmals gar nicht oder nicht richtig diagnostiziert wird, wodurch auch keine spezifische Behandlung bzw. Therapie gestartet werden kann.<sup>8</sup> Es gibt als Behandlungsmöglichkeit zum einen die Verabreichung von Medikamenten und zum anderen die Psychotherapie. Diese werden zur optimalen Genesung kombiniert, allerdings ist die Behandlung sehr langwierig.

<sup>3</sup> Bristol-Myers Squibb/ Otsuka: Bipolare Störungen, Informationen für Patienten und Angehörige, S.6

<sup>4</sup> Vgl. ders., S. 6

<sup>5</sup> Vgl. Grunst, Stephan/ Schramm, Anja: Neurologie Psychiatrie. Urban & Fischer Verlag, München 2003, S.332

<sup>6</sup> Vgl. Prof. Dr. Arolt, Volker/ Prof. Dr. Reimer, Christian/ Prof. Dr. Dilling, Horst: Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie. Springer Verlag, Heidelberg 2007, S.153

<sup>7</sup> <http://www.bipolare-stoerung.com/> (Stand: 28.10.2014)

<sup>8</sup> Vgl. dies. (Stand 28.10.2014)

### 3. Entstehung

Die Forschung hat zwar schon sehr große Fortschritte gemacht, aber die genauen Ursachen der bipolaren Störungen sowie deren Entstehung ist bis jetzt noch nicht eindeutig geklärt. Es wird davon ausgegangen, dass mehrere Faktoren bei der Entstehung mitwirken:

- Stoffwechselstörung im Gehirn
- Eine erblich bedingte Veranlagung zur Erkrankung
- Negative Lebensumstände und -ereignisse

9

#### 3.1. Stoffwechselstörungen im Gehirn

Unser Gehirn verarbeitet alle Sinneseindrücke und Gedanken, es ist ein Netzwerk von ca. hundert Milliarden Nervenzellen. Diese „stehen durch eine Art Schaltstellen miteinander in Verbindung. Körpereigene Botenstoffe, die Neurotransmitter, sorgen dafür, dass diese Verbindungen auch funktionieren.“<sup>10</sup> Forscher haben bei den Erkrankten festgestellt, dass je nachdem, ob sie gerade eine depressive oder manische Phase haben, diese Neurotransmitter eine Veränderung im Stoffwechsel aufweisen.

Depression: Bestimmte Gehirnregionen haben einen **Mangel an Noradrenalin und Serotonin**, es liegt eine Gleichgewichtsstörung dieser Botenstoffe vor.

Manie: **Erhöhter Gehalt der Botenstoffe Dopamin und Noradrenalin.**<sup>11</sup>

Serotonin ist das sogenannte Wohlfühlhormon, wenn ein Mangel herrscht, wird man schlecht gelaunt, ängstlich und depressiv.<sup>12</sup> Noradrenalin beeinflusst die Motivation, Aufmerksamkeit, Konzentration sowie den Appetit, bei einem zu niedrigen Gehalt kommt es zum Motivationsabfall und Konzentrationsstörungen.<sup>13</sup> Umgekehrt bei einem Überschuss von Noradrenalin ist ein übermotiviertes, waches und manisches Verhalten die Folge. Dopamin ist das sogenannte Glückshormon und in Verbindung

<sup>9</sup> Vgl. Bristol-Myers Squibb/ Otsuka: Bipolare Störungen, Informationen für Patienten und Angehörige, S.7

<sup>10</sup> Dies., S.7

<sup>11</sup> Vgl. dies., S.7

<sup>12</sup> Vgl. <http://www.zentrum-der-gesundheit.de/serotonin-ia.html> (Stand: 28.10.2014)

<sup>13</sup> Vgl. <http://neurolab.eu/infos-wissen/wissen/neurotransmitter/noradrenalin/> (Stand: 28.10.2014)

mit Noradrenalin wird eine Art Glücksrausch ausgelöst. Allerdings kann „eine über längere Zeit andauernde hohe Konzentration von Dopamin“<sup>14</sup> zur Erschöpfung führen und die Nervenzellen schädigen. Insgesamt wird davon ausgegangen, dass sich in jeder Phase, ob manisch oder depressiv, die Nervenzellstrukturen verändern und dadurch das erneute Auftreten von den Episoden ausgelöst wird.<sup>15</sup>

### 3.2. Erblich bedingte Veranlagung

Es besteht ein erhöhtes Risiko, an einer bipolaren Störung zu erkranken für Menschen, bei denen zum Beispiel ein Elternteil oder Geschwister betroffen sind. Ist es der Fall, dass ein Elternteil an einer bipolaren Störung leidet, so besteht für dessen Kind eine **Wahrscheinlichkeit von zehn bis zwanzig Prozent**, ebenfalls eine erhöhte Verletzlichkeit des Nervensystems zu besitzen und die Krankheit zu bekommen. Bislang ist jedoch nicht bekannt „welche Erbanlagen oder Gene genau eine Rolle spielen“<sup>16</sup>, jedoch ist man sich sicher, dass bei einer solch komplexen Krankheit die Entstehung nur durch „zahlreiche Gene und Interaktionen von Genomabschnitten“<sup>17</sup> bewirkt werden kann. Man muss außerdem bedenken, dass Gene nicht alleine den Auslöser darstellen, falls eine erbliche Veranlagung vorhanden ist, – wird diese trotzdem erst durch bestimmte Belastungen oder Ereignisse „aktiviert“, d.h., „Umwelt- und Erbfaktoren stehen also in Wechselwirkung“<sup>18</sup>

### 3.3. Negative Lebensumstände und –ereignisse

Wie in 3.2. schon angedeutet, spielen die Umweltfaktoren eine große Rolle bei der bipolaren affektiven Störung. Negative Lebensereignisse, wie zum Beispiel der Tod eines geliebten Menschen, eine Trennung oder eine Entlassung, können, wenn eine Veranlagung zur Krankheit vorhanden ist, diese ausbrechen lassen.<sup>19</sup> Ein weiterer

<sup>14</sup> <http://www.lebenshilfe-abc.de/dopamin.html> (Stand: 28.10.2014)

<sup>15</sup> Vgl. <http://www.psychose.de/wissen-ueber-psychoesen-56.html> (Stand: 28.10.2014)

<sup>16</sup> Vgl. Bristol-Myers Squibb/ Otsuka: Bipolare Störungen, Informationen für Patienten und Angehörige, S.8

<sup>17</sup> Meyer, Thomas/ Hautzinger, Martin: Bipolare Störung. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual. Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2013, S.22

<sup>18</sup> <http://www.psychose.de/wissen-ueber-psychoesen-56.html> (Stand: 28.10.2014)

<sup>19</sup> Vgl. Bristol-Myers Squibb/ Otsuka: Bipolare Störungen, Informationen für Patienten und Angehörige, S.8

Faktor ist der Stress, denn wenn die erkrankten Personen unter ständigem Stress stehen, können wieder neue Krankheitsepisoden entstehen. „Viele Betroffene berichten, dass bei längerer Erkrankungsdauer die Episoden oft durch Stress ausgelöst werden, der in früheren Zeiten als unbedeutend empfunden wurde.“<sup>20</sup> Neue Episoden können des Weiteren auch durch zu wenig Schlaf, unregelmäßige Tag-Nacht-Rhythmen und Drogen- und Alkoholkonsum entstehen.<sup>21</sup>

## 4.Symptome

Die Symptome der bipolaren Störungen sind sehr vielfältig, daraus ergibt sich das Problem, dass die Krankheit oft erst nach fünf bis zehn Jahren richtig diagnostiziert wird. Im Wesentlichen sind die Symptome in zwei Phasen aufzuteilen, die manischen Episoden und die depressiven Episoden. Innerhalb jeder Phase sind verschiedene Verhaltensweisen bzw. Symptome zu erkennen.

### 4.1. Manische Episoden

Die auffälligsten Symptome einer manischen Episode sind

- Unangemessene gehobene oder gereizte Stimmung, die Betroffenen haben entweder eine „**überdreht-fröhliche Stimmungslage**, die häufig nicht zur jeweiligen Situation passt“<sup>22</sup>, oder sind extrem **reizbar und suchen regelrecht den Streit**.
- Übersteigerte Aktivität, die Betroffenen haben den ständigen Drang etwas tun zu müssen. Diese extrem erhöhte Aktivität ist gerade am Anfang einer manischen Episode sehr auffällig, denn das **Schlafverhalten ist gestört**, es wird subjektiv weniger Schlaf benötigt, um sich zu erholen.<sup>23</sup>
- Ideen- und Gedankenflut, die Betroffenen können diese extremen Ideen- und Gedankenströme nicht bewältigen, sie sind leicht abzulenken und haben **Konzentrationsschwierigkeiten**.<sup>24</sup>

<sup>20</sup> <http://www.psychose.de/wissen-ueber-psychoesen-56.html> (Stand: 28.10.2014)

<sup>21</sup> Vgl. dies. (Stand: 28.10.2014)

<sup>22</sup> Bristol-Myers Squibb/ Otsuka: Bipolare Störungen, Informationen für Patienten und Angehörige, S.9

<sup>23</sup> Vgl. dies., S.9

<sup>24</sup> Vgl. dies., S.9

- Rededrang, die Betroffenen sind in ihrem Redefluss kaum zu unterbrechen. „Sie wechseln ständig das Gesprächsthema, eine **normale Unterhaltung ist [...] kaum möglich**.“<sup>25</sup>
- Selbstüberschätzung, die Betroffenen besitzen einen grenzenlosen Optimismus bis hin zum Größenwahn, der Bezug zur Wirklichkeit sowie **soziale Hemmungen gehen verloren**. Die Bewältigung des Alltags wird dadurch immer schwerer, denn gegensätzlich zu den ursprünglichen Gewohnheiten ist nun eine **große Risikobereitschaft** vorhanden sowie die Neigung dazu **unüberlegt Geld auszugeben**.<sup>26</sup>

Die ICD-10 (= Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) teilt die manischen Episoden nochmals in drei Haupttypen ein. Zum einen eine sehr leichte Ausprägung der Manie, welche „Hypomanie“ genannt wird, zum anderen die „Manie ohne psychotische Symptome“ und die „Manie mit psychotischen Symptomen“.<sup>27</sup>

### Hypomanie

Die Hypomanie ist eine leichte Ausprägung der Manie, es sind alle Symptome anzutreffen, allerdings nur „in geringerem Umfang und in schwächerer Form.“<sup>28</sup> Diese Symptome sind zum Beispiel eine anhaltend leicht gehobene Stimmung, auffällig hohes Wohlbefinden, gesteigerte Aktivität, übermäßige Vertraulichkeit sowie gesteigerte Libido. Wahnvorstellungen und Halluzinationen treten jedoch nicht auf.<sup>29</sup> Der Begriff „Hypomanie“ stammt von Mendel, der diese wie folgt beschreibt: „Die Hypomanie zeigt in einer großen Zahl von Fällen ein Initialstadium, das, wie bei der typischen Form, neben gewissen somatischen Veränderungen, gastrischen Störungen, Stuhlverstopfung, mangelndem Schlaf, deprimierte Stimmung zeigt. [...] Die ganze Dauer des Anfalles beträgt in der Regel 2-5 Monate.“<sup>30</sup> Die Hypomanie entwi-

<sup>25</sup> Bristol-Myers Squibb/ Otsuka: Bipolare Störungen, Informationen für Patienten und Angehörige, S.9

<sup>26</sup> Vgl. dies., S. 10

<sup>27</sup> Vgl. Marneros, Andres: Handbuch der unipolaren und bipolaren Erkrankungen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1999, S. 103

<sup>28</sup> Ders., S.109

<sup>29</sup>Vgl. ders., S. 111

<sup>30</sup> Mendel, E.: Die Manie. Urban und Schwarzenberger, Leipzig 1881, S. 38-41



ckelt sich, wenn sie nicht erkannt und behandelt wird, schließlich zur schweren Manie.

Tabelle 10.5: Kriterien für Hypomanie (nach den Forschungskriterien der ICD-10)

<p>A. Die Stimmung ist in einem für die Betroffenen deutlich abnormen Ausmaß an mindestens vier aufeinanderfolgenden Tagen gehoben oder gereizt.</p> <p>B. Mindestens drei der folgenden Merkmale müssen vorhanden sein und die persönliche Lebensführung beeinträchtigen:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. gesteigerte Aktivität oder motorische Ruhelosigkeit</li><li>2. gesteigerte Gesprächigkeit</li><li>3. Konzentrationsschwierigkeiten oder Ablenkbarkeit</li><li>4. vermindertes Schlafbedürfnis</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>5. gesteigerte Libido</li><li>6. übertriebene Einkäufe oder andere Arten von leichtsinnigem oder verantwortungslosem Verhalten</li><li>7. gesteigerte Geselligkeit oder übermäßige Vertraulichkeit.</li></ol> <p>C. Die Episode erfüllt nicht die Kriterien für Manie, bipolare affektive Störung, depressive Episode, Zylothymia oder Anorexia nervosa.</p> <p>D. <i>Häufigstes Ausschlusskriterium:</i> Die Episode ist nicht auf einen Mißbrauch psychotroper Substanzen oder auf eine organische psychische Störung zurückzuführen.</p>
---	---

31

### Manie ohne psychotischen Symptome

Die Stimmung der Betroffenen ist dauerhaft gehoben, aber kann zwischen „sorgloser Heiterkeit und fast unkontrollierbarer Erregung“<sup>32</sup> variieren. Sie schlafen weniger, haben den Drang zum Reden und sind überaktiv. Soziale Hemmungen sind verschwunden und eine überhöhte Selbsteinschätzung sowie grenzenloser Optimismus sind zu erkennen. Oft treten auch Störungen der Wahrnehmung auf, so werden zum Beispiel Farben als viel intensiver und schöner wahrgenommen. Die Erkrankten geben außerdem unüberlegt Geld aus und wollen unmögliche Ideen realisieren. Häufiger als die gehobene Stimmung treten aggressive und gereizte Verhaltensmuster auf. Die Dauer einer solchen Episode ist mindestens eine Woche und, um diese Form der Manie bescheinigen zu können, muss eine „deutliche Beeinträchtigung in sozialen und beruflichen Funktionsbereichen“<sup>33</sup> zu erkennen sein. Beim Auftreten einer Manie ohne psychotische Symptome ist die Diagnose meist die Bipolare-I-Störung.

<sup>31</sup> Marneros, Andres: Handbuch der unipolaren und bipolaren Erkrankungen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1999, S. 113

<sup>32</sup> Ders., S. 103

<sup>33</sup> Ders., S.104

Tabelle 10.1: Kriterien für Manie (ohne psychotische Symptome) (nach den Forschungskriterien der ICD-10)

- A. Die Stimmung ist vorwiegend gehoben, expansiv oder gereizt und für die Betroffenen deutlich abnorm. Dieser Stimmungswechsel muß auffällig sein und mindestens eine Woche anhalten (es sei denn, eine Krankenhauseinweisung wird notwendig).
- B. Mindestens drei der folgenden Merkmale müssen vorliegen (vier, wenn die Stimmung nur gereizt ist) und eine schwere Störung der persönlichen Lebensführung verursachen:
  - 1. Gesteigerte Aktivität oder motorische Ruhelosigkeit.
  - 2. Gesteigerte Gesprächigkeit („Rededrang“).
  - 3. Ideenflucht oder subjektives Gefühl von Gedankenrasen.
  - 4. Verlust normaler sozialer Hemmungen, was zu einem den Umständen unangemessenen Verhalten führt.
  - 5. Vermindertes Schlafbedürfnis.
  - 6. Überhöhte Selbsteinschätzung oder Größenwahn.
  - 7. Ablenkbarkeit oder andauernder Wechsel von Aktivitäten oder Plänen.
  - 8. Tollkühnes oder leichtsinniges Verhalten, dessen Risiken die Betroffenen nicht erkennen, z.B. Lokalrunden ausgeben, törichte Unternehmungen, rücksichtsloses Fahren.
  - 9. Gesteigerte Libido oder sexuelle Taktlosigkeit.
- C. Fehlen von Halluzinationen oder Wahn, Wahrnehmungsstörungen können aber vorkommen (z.B. subjektive Hyperakusis, Wahrnehmung von Farben als besonders leuchtend etc.).
- D. *Häufigstes Ausschlusskriterium:* Die Episode ist nicht auf einen Mißbrauch psychotroper Substanzen oder auf eine organische psychische Störung zurückzuführen.

34

### Manie mit psychotischen Symptomen

Diese Form der Manie ist die schwerste und schlimmste Ausprägung der manischen Symptomatik. Es treten zuzüglich zu den Symptomen der Manie ohne psychotische Symptome hier auch noch Halluzinationen und Wahnvorstellungen auf.<sup>35</sup> So haben zum Beispiel manche Betroffene einen Verfolgungswahn und glauben, dass ständig jemand hinter ihnen her ist.

Es gibt zusätzlich zu diesen drei Haupttypen der Manie noch weitere Einteilungen anhand der Symptomatik, wie zum Beispiel die katatone Manie, deliröse Manie oder die schizomanischen Episoden.

Tabelle 10.3: Kriterien für Manie mit psychotischen Symptomen (nach den Forschungskriterien der ICD-10)

- A. Die Episode erfüllt die Kriterien für eine Manie ohne psychotische Symptome mit Ausnahme des Kriteriums C.
- B. Die Episode erfüllt nicht gleichzeitig die Kriterien für eine Schizophrenie oder eine schizomanische Störung.
- C. Wahnideen oder Halluzinationen kommen vor, aber andere als die aufgelisteten typisch schizophrenen (d.h. die Wahndgedanken sind nicht bizarr oder kulturell unangemessen, bei den Halluzinationen handelt es sich nicht um Rede in der dritten Person oder kommentierende Stimmen). Am häufigsten sind Größen-, Liebes-, Beziehungs- und Verfolgungswahn.
- D. *Häufigstes Ausschlusskriterium:* Die Episode ist nicht auf einen Mißbrauch psychotroper Substanzen oder auf eine organische psychische Störung zurückzuführen.

36

<sup>34</sup> Marneros, Andres: Handbuch der unipolaren und bipolaren Erkrankungen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1999, S.104

<sup>35</sup>Vgl. ders., S. 105

<sup>36</sup> Ders., S. 106

## 4.2. Depressive Episoden

Die auffälligsten Symptome einer depressiven Episode sind

- Niedergeschlagenheit, die Betroffenen sind anhaltend **niedergeschlagen und traurig gestimmt**. Die bisherigen Interessen und freudebringenden Beschäftigungen werden bedeutungslos, „manchmal empfinden Betroffene ein fremdes Gefühl der Versteinerung („**Gefühl der Gefühlslosigkeit**“).“<sup>37</sup>
- Antriebslosigkeit, im Gegensatz zu den manischen Episoden ist die Aktivität und die Energie hier stark verringert. Es kommt zur **schnellen Ermüdung** und an Unternehmungen haben sie nur wenig oder gar kein Interesse.<sup>38</sup>
- Schlafstörungen, durch eine innere Unruhe kommt es zu **Schlafstörungen**, ebenso zu **Stimmungsschwankungen** und **Appetitlosigkeit**.
- Körperliche Beschwerden, die Betroffenen klagen häufig über Beschwerden, wie zum Beispiel „**übermäßiges Schwitzen, Rückenschmerzen, Magendruck, Appetitlosigkeit** bis hin zu **Beschwerden in der Herzgegend**.“<sup>39</sup>
- Grübelneigung, die Betroffenen können keinen klaren Gedanken fassen, die Denkprozesse sind verlangsamt und stockend, sie neigen zur **ständigen Grübele**i. Wie bei einer manischen Episode ist die **Konzentration gestört** und eine **erhöhte Vergesslichkeit** ist wahrzunehmen.
- Depressive Wahnvorstellungen (bei schweren Depressionen), die **Wirklichkeitswahrnehmung ist gestört**. Die Betroffenen entwickeln feste Überzeugungen und lassen nicht davon ab, zum Beispiel denken sie, dass sie unheilbar krank oder arm sind.<sup>40</sup>
- Selbstmordgedanken, dadurch, dass Depressionen die Gedanken verändern, kommt es oft zu Selbstmordgedanken und –phantasien. „Solche Selbstmordgedanken spiegeln nicht den freien Willen des erkrankten Menschen wider, sondern sind Zeichen der Erkrankung.“<sup>41</sup>

---

<sup>37</sup> Bristol-Myers Squibb/ Otsuka: Bipolare Störungen, Informationen für Patienten und Angehörige, S.10

<sup>38</sup> Vgl. dies., S. 10

<sup>39</sup> Dies., S.11

<sup>40</sup> Vgl. dies., S. 12

<sup>41</sup> Vgl. dies, S. 12

Die ICD-10 teilt die depressiven Episoden nochmals in drei Schweregrade ein. Es wird unterschieden zwischen der leichten, mittelgradigen und schweren depressiven Episoden. Diese Differenzierung ergibt sich aus einer „komplexen klinischen Beurteilung, die Anzahl, Art und Schwere der vorliegenden Symptome berücksichtigt.“<sup>42</sup>

Gedrückte Stimmung	Interessenverlust oder Freudlosigkeit	Verminderung des Antriebs	Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit	Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit	Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven	Gedanken oder erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlung	Schlafstörungen	Verminderter Appetit

Symptome der Depression (nach ICD-10) <sup>43</sup>

### Leicht depressive Episode

Für die Diagnose einer leicht depressiven Episode sollten mindestens zwei der Symptome aus der obigen Tabelle vorliegen, allerdings darf keines davon stark ausgeprägt sein. Eine leicht depressive Episode muss **mindestens zwei Wochen** andauern. Für den Betroffenen ist es schwer seinem Beruf nachzugehen, gibt allerdings die alltäglichen Aktivitäten nicht komplett auf.

### Mittelgradig depressive Episode

Für die Diagnose einer mittelgradig depressiven Episode sollten mindestens drei, aber besser vier der Symptome aus der obigen Tabelle vorliegen. „Einige Symptome sind in ihrem Schweregrad besonders ausgeprägt oder es ist durchgehend ein besonders weites Spektrum von Symptomen vorhanden.“<sup>44</sup> Eine mittelgradig depressive Episode muss ebenfalls **mindestens zwei Wochen andauern**. Bei dieser Ausprägung hat der Erkrankte ganz erhebliche Schwierigkeiten seiner Arbeit und sozialen wie häuslichen Aktivitäten nachzukommen.

<sup>42</sup> Marneros, Andres: Handbuch der unipolaren und bipolaren Erkrankungen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1999, S.83

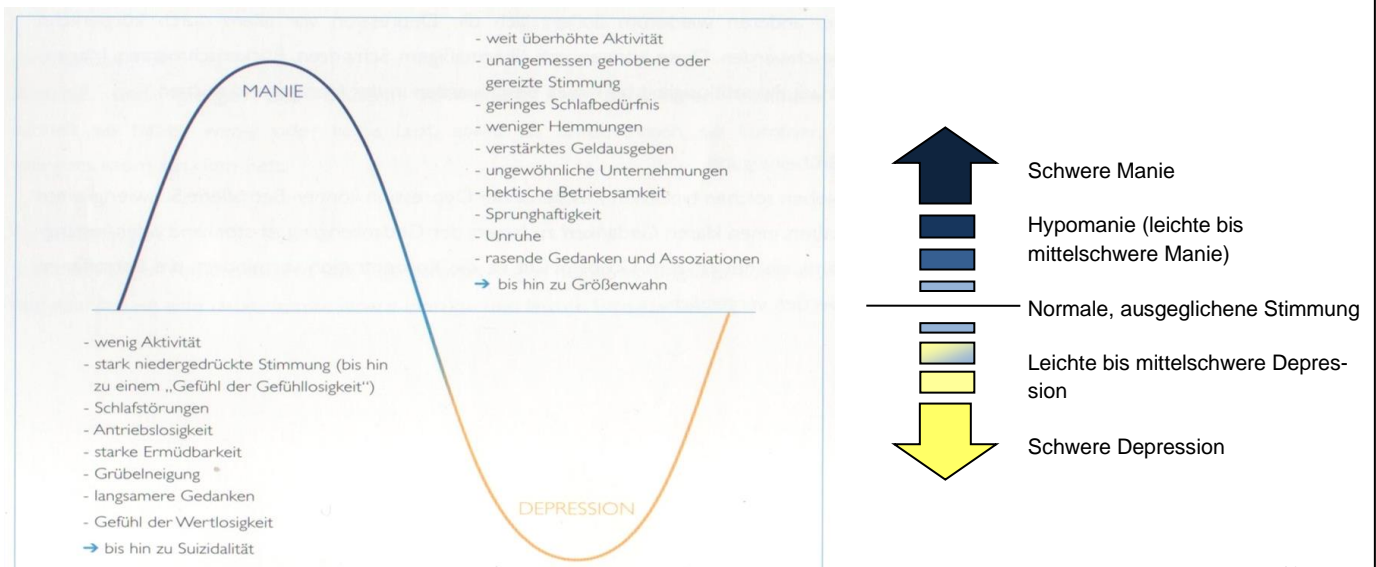
<sup>43</sup> Vgl. ders., S.83

<sup>44</sup> Ders., S. 83

### Schwer depressive Episode

Für die Diagnose einer schweren depressiven Episode sollten mindestens sieben der Symptome aus der obigen Tabelle vorliegen, wovon einige auch ganz besonders ausgeprägt sein sollten. Die Erkrankten sind stark verzweifelt, sie fühlen sich nutzlos und haben Schuldgefühle. Deren Selbstwertgefühl ist komplett verschwunden. In besonders schlimmen Fällen ist ein erhöhtes Suizidrisiko vorhanden.<sup>45</sup> Bei einer schweren depressiven Episode wird grundsätzlich von einer „Melancholie“ gesprochen, welche sich durch weitere Symptome, wie zum Beispiel das besonders frühe Erwachen („mindestens zwei Stunden vor der gewohnten Aufwachzeit“<sup>46</sup>), deutlichen Appetitverlust und Gewichtsabnahme oder eine „fehlende Aufhellbarkeit auf normalerweise angenehme Außenreize“<sup>47</sup>, erkennen lässt.

Als kurze Zusammenfassung:



<sup>45</sup> Vgl. Marneros, Andres: Handbuch der unipolaren und bipolaren Erkrankungen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1999, S.83

<sup>46</sup> Ders., S.86

<sup>47</sup> Ders., S.86

<sup>48</sup> Bristol-Myers Squibb/ Otsuka: Bipolare Störungen, Informationen für Patienten und Angehörige, S.12f.

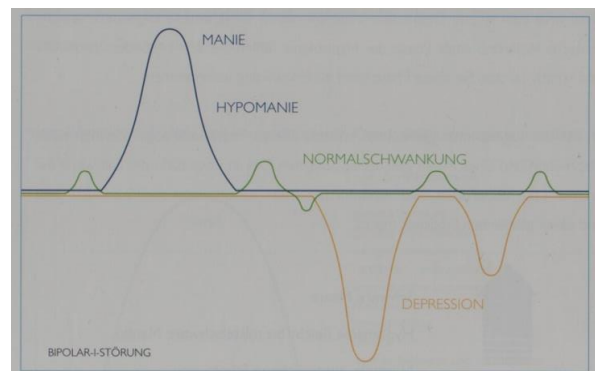


## 5. Verlauf von bipolaren Störungen

Bipolare Störungen können in sehr unterschiedlichen Erscheinungsbildern auftreten. Sie bestehen aus leichten bis stark ausgeprägten manischen und depressiven Phasen. Je nachdem, in welcher Phase der Erkrankte sich befindet, ist die Entwicklung der Krankheit unterschiedlich. Es kann außerdem zu sogenannten gemischten Episoden kommen, wobei sich die Symptome beider Episoden vermischen und es zum Beispiel zur Äußerung von Selbstmordgedanken mit gleichzeitigem Lachen und glücklichem Auftreten kommt. Die bipolaren Störungen sind durch diese verschiedenen Phasen gekennzeichnet, allerdings ist die Länge und Intensität einer einzelnen Phase von Patient zu Patient anders. Im Wesentlichen wird zwischen vier Verlaufsformen unterschieden, der Bipolaren I Störung, der Bipolaren II Störung, dem Rapid Cycling und der Zykllothymie.<sup>49</sup>

### 5.1. Bipolare I Störung

Bei dieser Form gibt es **sowohl Episoden der schweren Manie als auch Episoden der schweren Depression**. Die Krankheit beginnt meist mit einer Depression und zwischen den verschiedenen Phasen sind die Betroffenen meist gesund. Die Reihenfolge, wie die Episoden auftreten, ist unterschiedlich, so kann es vorkommen, dass mehrere depressive Phasen aufeinander folgen, bevor es zu einer manischen kommt. „Insbesondere in der manischen Phase [...] kann Substanzmissbrauch vorkommen.“<sup>50</sup> Man spricht bei dieser Form der bipolaren Störung von „der „klassischen“ manisch- depressiven Erkrankung.“<sup>51</sup>



52

<sup>49</sup> Vgl. Bristol-Myers Squibb/ Otsuka: Bipolare Störungen, Informationen für Patienten und Angehörige, S.14

<sup>50</sup> Prof. Dr. Arolt, Volker/ Prof. Dr. Reimer, Christian/ Prof. Dr. Dilling, Horst: Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie. Springer Verlag, Heidelberg 2007, S.153

<sup>51</sup> Vgl. Bristol-Myers Squibb/ Otsuka: Bipolare Störungen, Informationen für Patienten und Angehörige, S.14

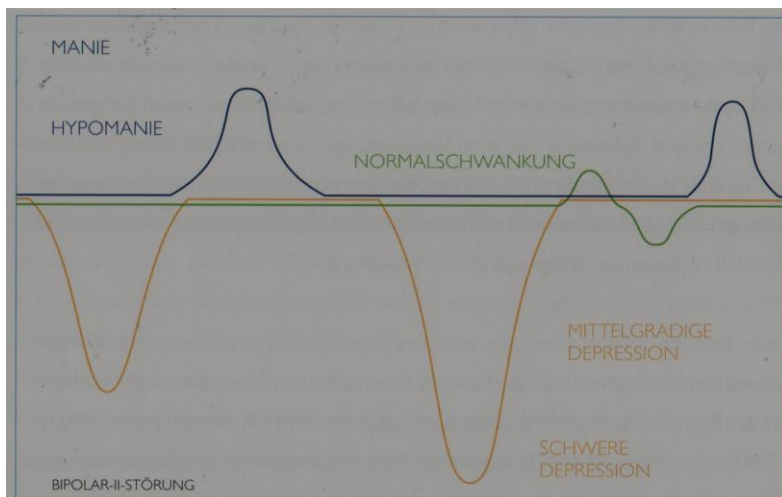
<sup>52</sup> Dies., S. 14

„Der stark gehemmt wirkende, mimisch erstarrte Patient leidet während des ganzen Tages unter seiner ausgeprägt gedrückten Verstimmung. Er ist nahezu antriebslos, kann sich zu nichts aufraffen; interesselos: nichts, auch nicht sein geliebter Garten, interessiert ihn mehr. Er schläft schwer ein, wacht gegen 4 Uhr auf, ohne danach noch Schlaf zu finden, grübelt nur noch über sein vermeintliches Versagen. Seit Wochen hat er keinen Appetit, und er hat 9kg Gewicht verloren. [...]

**Diagnose:** Bipolare affektive Erkrankung: Bipolare I Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit (synthymen) psychotischen Symptomen.“<sup>53</sup>

## 5.2. Bipolare II Störung

Diese Form der bipolaren Störung ist dadurch gekennzeichnet, dass zu Beginn immer wieder Depressionen auftreten. Später kommt es zu hypomanen Episoden, aber nur **sehr selten bzw. gar nicht zu einer schweren manischen Phase**. Da diese hypomanen Episoden teilweise nicht einmal bemerkt werden, kommt es sehr oft zur Fehldiagnose, es sei eine unipolare Depression.<sup>54</sup> Die Fehldiagnose bringt, zum Nachteil des Patienten, Konsequenzen, denn in der Therapie werden Stimmungsstabilisierung und Substanzmissbrauch nur wenig beachtet. Es kommt daher sehr oft zu Substanzmissbrauch und außerdem besteht eine erhöhte Suizidgefahr.<sup>55</sup>



56

<sup>53</sup> Prof. Dr. Arolt, Volker/ Prof. Dr. Reimer, Christian/ Prof. Dr. Dilling, Horst: Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie. Springer Verlag, Heidelberg 2007, S.160

<sup>54</sup> Vgl. Bristol-Myers Squibb/ Otsuka: Bipolare Störungen, Informationen für Patienten und Angehörige, S.14

<sup>55</sup> Vgl. Prof. Dr. Arolt, Volker/ Prof. Dr. Reimer, Christian/ Prof. Dr. Dilling, Horst: Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie. Springer Verlag, Heidelberg 2007, S.153

<sup>56</sup> Bristol-Myers Squibb/ Otsuka: Bipolare Störungen, Informationen für Patienten und Angehörige, S.15

### 5.3. Rapid Cycling

Das Rapid Cycling stellt eine Sonderform der bipolaren Störung dar und kann in der Bipolaren I Störung, aber öfter in der Bipolaren II Störung auftreten.<sup>58</sup> Es handelt sich dabei um einen schnellen Phasenwechsel. Es treten sehr schnell hintereinander manische, hypomanische und depressive Phasen auf. Man spricht von Rapid Cycling, wenn mindestens **vier Phasen innerhalb eines Jahres** vorkommen.<sup>59</sup> Dieser schnelle Phasenwechsel wird durch eine längere Behandlung mit Antidepressiva und Alkoholmissbrauch begünstigt, des Weiteren ist das weibliche Geschlecht eher dafür anfällig.<sup>60</sup>

„Bei der Aufnahme ist die Patientin leicht euphorisch verstimmt, aber auch reizbar, insbesondere bei als kränkend empfundener Konfrontation mit möglicherweise problematischem Verhalten. Sie empfindet ihren Zustand als völlig in Ordnung und als innere und äußere Befreiung von behindernder bürgerlicher Konvention. Ihr Antrieb ist gesteigert; sie scheint sich für alles, was auf der Station passiert, zu interessieren, möchte überall mithelfen; es gelingt ihr jedoch nur schwer, eine Aufgabe vollständig zu bewältigen. Nachts schläft die Patientin spontan etwa vier Stunden; sie wirkt morgens besonders ratlos und unruhig, dabei stimmungslabil.

**Diagnose:** Bipolare II Störung mit Rapid Cycling“<sup>57</sup>

### 5.4. Zykllothymie

Es handelt sich hierbei um eine **manisch- depressive Krankheit, welche allerdings nur sehr leicht ausgeprägte Phasen** hat. Die Betroffenen haben zwar ein regelmäßiges Auf und Ab der Stimmung, aber nur in hypomanischer und leicht depressiver Form. Diese Stimmungsschwankungen beeinträchtigen nicht deren berufliches und soziales

<sup>57</sup> Prof. Dr. Arolt, Volker/ Prof. Dr. Reimer, Christian/ Prof. Dr. Dilling, Horst: Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie. Springer Verlag, Heidelberg 2007, S.161f.

<sup>58</sup> Vgl. ders., S.156

<sup>59</sup> Vgl. Bristol-Myers Squibb/ Otsuka: Bipolare Störungen, Informationen für Patienten und Angehörige, S.15

<sup>60</sup> Vgl. Prof. Dr. Arolt, Volker/ Prof. Dr. Reimer, Christian/ Prof. Dr. Dilling, Horst: Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie. Springer Verlag, Heidelberg 2007, S. 156



Leben.<sup>61</sup> Um diese Form der bipolaren Störungen diagnostizieren zu können, muss das Krankheitsbild schon mindestens zwei Jahre bestehen und es darf keine symptomlose Zeit (2 Monate) aufgetreten sein. In manchen Fällen ist die Zylothymie der Vorläufer einer Bipolaren I Störung oder Bipolaren II Störung.<sup>62</sup>

### 5.5. Mischzustand

Ein Mischzustand ist das „gleichzeitige Bestehen von Symptomen sowohl einer manischen (auch hypomanischen) als auch einer depressiven Episode.“<sup>63</sup> Es kommt gewöhnlich zu einem sehr schnellen Wechsel zwischen Traurigkeit, Bedrücktheit und reizbarem Verhalten und Euphorie. Die Betroffenen sind dauerhaft unruhig, bekommen Schlafstörungen und entwickeln in manchen Fällen psychotische Symptome. Die Diagnose eines Mischzustandes darf nur gestellt werden, wenn es bereits eine depressive, manische, hypomanische oder gemischte Episode gegeben hat. Mischzustände über längere Zeiträume kommen nur sehr selten vor, sie sind allerdings häufiger bei Phasenübergängen zu erkennen, welche nur ein paar Stunden bis wenige Tage andauern. Bei einem anhaltenden Mischzustand besteht hoher Leistungsdruck für die Betroffenen und es entsteht eine erhöhte Suizidalität.<sup>64</sup>

---

<sup>61</sup> Vgl. Bristol-Myers Squibb/ Otsuka: Bipolare Störungen, Informationen für Patienten und Angehörige, S.15

<sup>62</sup> Vgl. Prof. Dr. Arolt, Volker/ Prof. Dr. Reimer, Christian/ Prof. Dr. Dilling, Horst: Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie. Springer Verlag, Heidelberg 2007, S. 153f.

<sup>63</sup> Ders. S. 155

<sup>64</sup> Vgl. Prof. Dr. Arolt, Volker/ Prof. Dr. Reimer, Christian/ Prof. Dr. Dilling, Horst: Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie. Springer Verlag, Heidelberg 2007, S. 155

## 6. Diagnose

Die Diagnose von bipolaren Störungen ist sehr komplex. Das Problem ist, dass nur 50% der bipolaren Erkrankungen mit einer manischen Episode beginnen, daher ist das Wichtigste dabei die Differenzialdiagnose. Befindet sich ein Patient in einer depressiven Phase, so muss **als erstes herausgefunden werden, ob es sich um eine unipolare Depression oder eine bipolare Depression**, also eine Depression innerhalb einer bipolaren affektiven Störung, **handelt**. Es gibt verschiedene Anzeichen, um diese Differenzierung durchführen zu können.

- Schlafstörungen, unipolar Depressive haben oft Probleme damit ein- oder durchzuschlafen und wachen meist auch sehr früh auf, Patienten mit einer bipolaren Störung haben allerdings in einer depressiven Phase ein vermehrtes Schlafbedürfnis und schlafen daher viel mehr als normalerweise.
- Psychomotorik, darunter werden „spontane oder bewusst herbeigeführte zielgerichtete motorische Tätigkeiten“<sup>65</sup> verstanden. Diese werden unterteilt in psychomotorische Unruhe, wenn eine Person ständig hin und her läuft und nicht ruhig sitzen kann, und in psychomotorische Verlangsamung, welche sich in verzögerten Reaktionen, langsamen Gehen oder Sprechen widerspiegelt. Bei einer unipolaren Depression entspricht die psychomotorische Unruhe dem Krankheitsbild, bei der bipolaren Störung jedoch ist die psychomotorische Verlangsamung ein erkennbares Zeichen.
- Appetit, die unipolar depressiven Patienten reduzieren ihre Nahrungsaufnahme und verlieren daher Gewicht, die Patienten mit einer bipolaren Störung jedoch haben in der depressiven Episode einen größeren Appetit und essen daher mehr als gewöhnlich.

Des Weiteren sind „emotionale Reagibilität und interpersonelle Sensitivität“<sup>66</sup> Symptome, woran man eine bipolare Depression erkennen kann. Diese Differentialdiagnose lässt sich zwar aus klinischen Erfahrungen bestätigen, allerdings kann es nie ganz sicher ausgeschlossen werden, dass es sich nicht doch um die jeweils andere Form der Depression handelt.

---

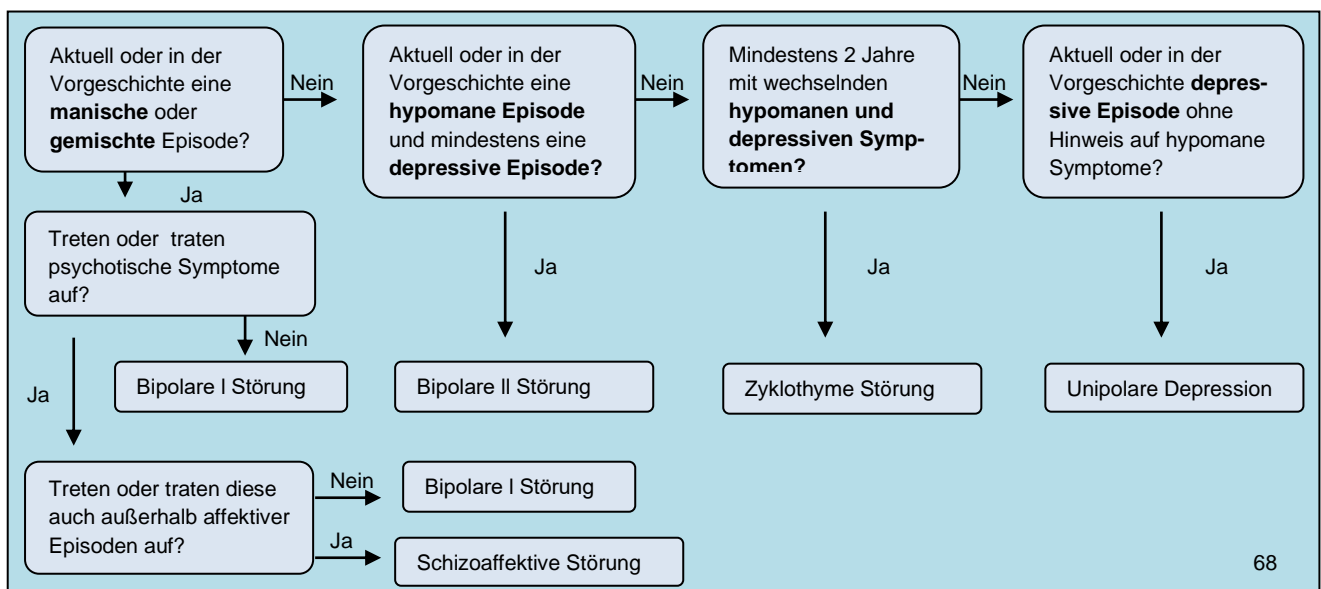
<sup>65</sup> Meyer, Thomas/ Hautzinger, Martin: Bipolare affektive Störung. Hogrefe Verlag, Göttingen 2011, S.5

<sup>66</sup> Ders., S. 4

Die manischen Episoden werden anhand der Symptomatik der ICD-10 Tabellen (S. 9-10) diagnostiziert. Es muss allerdings darauf geachtet werden, dass festgestellt wird, um welche Form der manischen Episode es sich handelt, manisch mit oder ohne Psychose oder lediglich eine hypomanische Phase. **Im Gegensatz zu einer hypomanen Episode ist bei den anderen Formen auch für das Umfeld eine Veränderung des Erkrankten auffällig.** Bei der Diagnose von Mischzuständen gibt es immer noch Probleme, weil dafür noch keine ausreichenden Kriterien und Diagnosesysteme vorhanden sind.<sup>67</sup>

Um herauszufinden, ob es sich um eine Bipolare I- oder II Störung handelt, muss darauf geachtet werden, ob im bisherigen Krankheitsverlauf ausschließlich hypomanische oder auch manische Episoden vorgekommen sind. Ist es der Fall, dass auch schon manische Phasen vorhanden waren, so handelt es sich um die Bipolare I Störung, wenn allerdings nur ein Wechsel zwischen hypomanischen und depressiven Phasen vorhanden ist, so handelt es sich um die Bipolare II Störung. Die Schwere der Krankheit wird bei bipolaren Störungen an der Manie festgestellt, daher wird die Bipolare II Störung auch als weniger schwer angesehen.

Zur Differenzierung wird unter anderem folgender Entscheidungsbaum verwendet:



<sup>67</sup> Vgl. Meyer, Thomas/ Hautzinger, Martin: Bipolare affektive Störung. Hogrefe Verlag, Göttingen 2011, S.5f.

<sup>68</sup> Vgl. ders., S.9

Da es allerdings auch verschiedene Formen der manischen Episoden gibt, müssen differentialdiagnostische Überlegungen angestellt werden. „Es ist wichtig, genau zu eruieren, wie lange die gehobene oder reizbare Stimmung anhält und ob gleichzeitig Anzeichen für ein subjektiv verringertes Schlafbedürfnis, vermehrte Geselligkeit oder Gesprächigkeit oder gesteigertes Aktivitätsbedürfnis vorliegen.“<sup>69</sup> Außerdem ist es wichtig die manischen Episoden von einer Schizophrenie, Wahn und Persönlichkeitsstörungen abzugrenzen. Dies gestaltet sich oft schwierig, weil die Betroffenen in den manischen Episoden keine Hilfe aufsuchen oder falls doch ihr Verhalten nicht als negativ ansehen. Es muss daher auch das Umfeld und Angehörige des Patienten befragt werden, um genau erschließen und abgrenzen zu können.

→ Abgrenzung zur Schizophrenie und zum Wahn

Es ist sehr komplex zwischen manischer Episode mit psychotischen Symptomen und einer schizoaffectiven Erkrankung zu unterscheiden. Mit Hilfe des obigen Entscheidungsbaum ist es etwas erleichtert. Die Diagnose kann allerdings nur gemacht werden, wenn sich der Patient nicht genau zu diesem Zeitpunkt in einem psychotisch-manischen Zustand befindet, **es kann erst im Verlauf der Episode festgestellt werden, ob es sich um eine bipolare Störung oder eine Schizophrenie handelt.** Es wurde festgestellt, dass gerade bei jungen Leuten öfter eine Schizophrenie als eine manisch-depressive Erkrankung auftritt. Ein weiteres Problem ist die Zuordnung psychotischer Symptome, so werden Wahnvorstellungen, zum Beispiel Verfolgungswahn, als Manie mit psychotischen Symptomen klassifiziert. Allerdings wird das Vorhandensein von Wahnvorstellungen und Halluzinationen „nach Kurt Schneider oft als Indiz gewertet, dass es sich um eine Störung aus dem schizophrenen Spektrum handelt.“<sup>70</sup> Viele Ärzte erwägen, wenn der Patient zum Beispiel akustischer Halluzinationen oder Gedankeneingebungen hat, nicht einmal mehr eine bipolare Störung, sondern sofort die Schizophrenie, daher kommt es oft zu Fehldiagnosen. Es muss

---

<sup>69</sup> Meyer, Thomas/ Hautzinger, Martin: Bipolare affektive Störung. Hogrefe Verlag, Göttingen 2011, S.10

<sup>70</sup> Ders., S.11

also auch, wenn psychotische Symptome vorliegen, eine **genaue Befragungen** stattfinden und der **Verlauf der Krankheit intensiv beobachtet** werden.<sup>71</sup>

→ Abgrenzung zu Persönlichkeitsstörungen

Es ergeben sich immer wieder Probleme, wenn bei der Krankheit keine psychotischen Symptome auftreten, aber der Patient „antisoziale, histrionische [oder] emotional-instabile“<sup>72</sup> Verhaltensmuster aufweist. Das typische, egozentrische, grenzüberschreitende, impulsive und reizbare Verhalten während einer manischen Phase wird vom behandelnden Arzt oft als antisozial oder narzisstisch angesehen. Es kommt oft zur **falschen Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung**. Um dies zu vermeiden, gibt es ein paar hilfreiche Abgrenzungsmöglichkeiten.

- **Systematische und umfassende Diagnostik**, wobei mittels eines strukturierten Interviews festgestellt wird, ob Symptome einer bipolaren Störung vorliegen, außerdem sind eventuell auftretende Symptome einer Persönlichkeitsstörung genau zu untersuchen und zu bewerten.
- **Verlauf und Dauer der Symptome**, es muss besonders darauf geachtet werden, ob das Verhalten des Patienten phasenhaft oder nicht ist. Bei manischen Episoden ist ein klarer Beginn zu erkennen, außerdem verändert sich das Verhalten der Betroffenen sehr stark gegensätzlich zum normalen Verhalten, ebenso ist das Ende der Phase deutlich zu merken. „Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung schwankt die Stimmung von Tag zu Tag oder auch von Stunde zu Stunde.“<sup>73</sup>
- **Spezifische Symptommuster**, die Borderline-Persönlichkeitsstörung weist einige der Symptome einer bipolaren Störung nicht auf, so fehlen zum Beispiel der gesteigerte Antrieb oder der verminderte Schlaf. Außerdem fehlen die typischen Symptome einer Persönlichkeitsstörung in den manischen Phasen der bipolaren Störung, wie zum Beispiel die Selbstverletzung.

---

<sup>71</sup> Vgl. Meyer, Thomas/ Hautzinger, Martin: Bipolare affektive Störung. Hogrefe Verlag, Göttingen 2011, S.11

<sup>72</sup> Ders., S.11

<sup>73</sup> Ders., S.11

- **Komorbidität**, die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung sollte ausschließlich dann gestellt werden dürfen, wenn Symptome dafür schon „seit dem Jugendalter oder frühen Erwachsenenalter vorhanden sind und nicht ausschließlich im Rahmen hypomaner, manischen oder depressiven Phasen auftreten.“<sup>74</sup>

„Herr J. (44 Jahre), war seit Jahren wiederholt wegen Zwängen psychotherapeutisch und pharmakologisch behandelt worden. Die Kontrollzwänge kreisten alle um die Befürchtung, etwas Falsches zu machen (...) und dadurch seine Familie in Gefahr zu bringen und letztlich damit zu bestätigen, dass er als Vater und Ehemann ein „Versager“ sei. Im Vordergrund stand jedoch nicht so sehr das Kontrollverhalten, sondern ein ständiges Grübeln etwas falsch gemacht oder vergessen zu haben.

**Diagnose:** Bipolare II Störung, wobei sich die Zwangssymptome und das Grübeln ausschließlich in Zeiten mit depressiver Symptomatik zeigten.“<sup>75</sup>



Ohne umfassende Diagnostik hätte man hier lediglich eine Behandlung wegen der Zwangssymptomatik verordnet.

Zur Diagnose von bipolaren affektiven Störungen werden unterschiedliche Methoden und Instrumente verwendet.

→ Verfahren zur Vorauswahl

Um überhaupt eine bipolare Störung diagnostizieren zu können, muss der Betroffene mindestens schon eine hypomane oder manische Phase gehabt haben. Als sogenannte Vorauswahl wird die Erfassung von manischen Symptomen bei dem Patienten bezeichnet. Es wird sich also ausschließlich damit befasst, ob bereits eine dieser Phasen durchlebt wurde und in welcher Schwere. Um diese Vorauswahl zu erleichtern, werden wieder bestimmte Tabellen und Entscheidungskriterien mit einbezogen,

<sup>74</sup> Meyer, Thomas/ Hautzinger, Martin: Bipolare affektive Störung. Hogrefe Verlag, Göttingen 2011, S.12

<sup>75</sup> Ders., S. 13

wie zum Beispiel die MDQ (Mood Disorder Questionnaire) oder die HCL (Hypomanie Checkliste-32), diese umfasst 32 Items und kann sowohl die Bipolare I- als auch die Bipolare II Störung identifizieren.<sup>76</sup>

→ Interviews zur syndromalen Diagnostik

„Ein strukturiertes klinisches Interview erlaubt Beurteilung maniformer und depressiver Episoden, damit die zuverlässige Diagnosestellung.“<sup>77</sup> Der Vorteil dieser Interviews ist, dass die Differenzierung zwischen Bipolarer I- und Bipolarer II Störung berücksichtigt wird, ebenso wie die Erfassung psychotischer Symptome. Zusätzlich kann festgestellt werden, ob Substanzmissbrauch vorgefallen ist, im Hinblick auf entsprechende Problem und vorausgegangene Diagnosen.<sup>78</sup>

→ Selbstbeurteilung

Es ist oft der Fall, dass die **Betroffenen ihren Zustand besser einschätzen** können als die Ärzte oder das Pflegepersonal. Zur Selbstbeurteilung stehen einige Fragebögen und Selbstberichtsinstrumente zur Verfügung, wie zum Beispiel die „Allgemeine Depressions- und Manie-Skala“, diese beinhaltet 13 Fragen, welche die Depression behandeln und 9 Fragen, welche die Manie behandeln. Je nachdem, welche Punktzahl man bei den Fragen erreicht, kann der aktuelle Schweregrad der Erkrankung festgestellt werden.<sup>79</sup>

→ Fremdbeurteilungsinstrumente

Mittels dieser Beurteilung soll genauso wie bei der Selbstbeurteilung der Schweregrad der Symptomatik festgestellt werden. Für die Fremdbeurteilung werden meist die Young Mania Rating Scale (YMRS), die Bech-Rafaelsen-Manie-Skala (BRAMS) und die Bech-Rafaelsen-Melancholie-Skala (BRMS) verwendet.

---

<sup>76</sup> Vgl. Meyer, Thomas/ Hautzinger, Martin: Bipolare affektive Störung. Hogrefe Verlag, Göttingen 2011, S.33f.

<sup>77</sup> Ders., S. 35

<sup>78</sup> Vgl. ders., S. 35

<sup>79</sup> Vgl. ders., S. 35

## 7. Behandlungsmethoden

Die bipolare Störung ist heilbar. Sobald erst einmal die richtige Diagnose gestellt ist, kann mit einer Therapie begonnen werden, umso früher desto besser. Es ist sehr wichtig die Form der bipolaren Erkrankung zu kennen und außerdem auch den bisherigen Verlauf, damit der Arzt die passende Behandlung starten kann. Desto weniger Phasen der Erkrankte bisher durchlaufen hat, umso besser wird er auf die Behandlung ansprechen. In fast allen Fällen wird eine Kombination aus der Behandlung mit Medikamenten und einer Psychotherapie gestartet.<sup>80</sup>

### 7.1. Medikamente

Bei den bipolaren Störungen wird in der Regel eine medikamentöse Behandlung empfohlen. Es kann zwar trotz der Behandlung wieder zu erneuten Manien oder Depressionen kommen, aber Studien zeigen, dass sich der Krankheitsverlauf durch die Einnahme von Medikamenten in den meisten Fällen positiv entwickelt. Bei der medikamentösen Behandlung wird unterschieden zwischen der Akutbehandlung, Erhaltungstherapie und der Rückfallvorbeugung.<sup>81</sup>

#### 7.1.1. Akutbehandlung

Sobald eine bipolare Störung festgestellt wurde, wird mit der Akutbehandlung begonnen. Es muss aber beachtet werden, dass es **einige Zeit dauern kann, bis der Patient auf die Medikamente anspricht**. Es werden verschiedene Medikamente eingesetzt und kombiniert, um den gewünschten Effekt zu erhalten.

→ Stimmungsstabilisierende Medikamente

Mithilfe dieser Medikamente kann man „auf die Aktivität des Gehirns einwirken.“<sup>82</sup> Der Drang ständig etwas tun zu müssen und andere manischen Symptome werden wieder auf ein normales Niveau abgesenkt, sodass **ein alltägliches Leben wieder möglich wird**. Sie werden ebenfalls in depressiven Episoden eingesetzt und zeigen

---

<sup>80</sup> Vgl. Bristol-Myers Squibb/ Otsuka: Bipolare Störungen, Informationen für Patienten und Angehörige, S.16

<sup>81</sup> Vgl. dies., S.17

<sup>82</sup> Dies., S. 17



auch da große Erfolge, allerdings muss die Dosierung immer richtig eingestellt werden, damit „ein gesundes Maß von Stimmungsschwankungen erhalten bleibt.“<sup>83</sup> Aktuell werden hauptsächlich folgende Präparate für die Behandlung der bipolaren Störungen verwendet:

- **Lithium**, „ein natürlich vorkommendes Salz, das nicht nur im Gestein, sondern auch in manchen Pflanzen, Tiergeweben, See- und Mineralwassern enthalten ist.“<sup>84</sup> Es ist die erste Wahl bei der klassischen manisch-depressiven Störung. Bei der Einnahme müssen bestimmte Regeln beachtet werden, da es sonst zu Problemen mit dem Lithiumspiegel im Blut kommen kann, außerdem besteht das Risiko einer Vergiftungserscheinung.
- **Carbamazepin**, dieses Präparat wird schon seit 30 Jahren verwendet und findet im Bereich der bipolaren Störungen Verwendung, falls die Behandlung mit Lithium nicht funktioniert oder nur Teilerfolge bringt oder schlicht eine Unverträglichkeit vorliegt. Es wurde außerdem festgestellt, dass gerade bei Mischzuständen Carbamazepin größere Erfolge verzeichnet als Lithium.
- **Valproinsäure** ist eine Fettsäure und wird zur Behandlung manischer Episoden verwendet. „Es ist gut verträglich, scheint einen schnellen Wirkungseintritt zu haben“<sup>85</sup> und wird ebenfalls bei Mischzuständen eingesetzt, es hilft des Weiteren bei psychotischen Manien und bei Rapid Cycling. Es ist außerdem ein Präparat, welches für die Prophylaxe verwendet wird.
- **Lamotrigin** zeigt ebenfalls gute Wirkung bei Rapid Cycling und spricht ganz besonders gut an, wenn während dem Krankheitsverlauf die depressiven Phasen überwiegen. Es ist wichtig, dass mit einer sehr kleinen Dosis begonnen wird und nur Schritt für Schritt aufdosiert wird, denn die Dosierung und die erforderliche Konzentration im Körper sind noch nicht klar definiert.<sup>86</sup>

---

<sup>83</sup> Bristol-Myers Squibb/ Otsuka: Bipolare Störungen, Informationen für Patienten und Angehörige, S.17

<sup>84</sup> Meyer, Thomas/ Hautzinger, Martin: Bipolare Störung. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual. Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2013, S.49

<sup>85</sup> Ders., S. 49

<sup>86</sup> Vgl. ders., S. 49f.

Häufig reicht die Therapie mit nur einem Präparat nicht aus, weshalb Substanzen schließlich kombiniert werden. Es kann dadurch eine bessere Stabilisierung erreicht werden, jedoch kann es einige Zeit dauern, bis der Arzt die richtige Dosierung des jeweiligen Präparats gefunden hat, weil jeder Patient anders auf die Medikamente anspricht und erst die optimale Dosis gefunden werden muss, um die „bestmögliche Wirkung bei möglichst geringen unerwünschten Begleiterscheinungen bzw. Nebenwirkungen“<sup>87</sup> zu erreichen. Besonders zu Beginn der medikamentösen Behandlung sind regelmäßige Blutuntersuchungen wichtig, was zum einen dabei hilft die richtige Dosis der Medikamente zu finden, aber vor allem, um rechtzeitig Komplikationen zu erkennen und vorzubeugen.

→ Antidepressiva

Für gewöhnlich helfen die stimmungsstabilisierenden Medikamente auch bei depressiven Phasen, allerdings kann es vorkommen, dass diese so stark ausgeprägt sind, dass zusätzlich Antidepressiva eingesetzt werden müssen. Die Verabreichung von **Antidepressiva ist dann allerdings meistens nur vorübergehend** und wird so bald wie möglich wieder beendet, denn es kann durch diese Medikamente zu sogenannten „Switchs“ kommen, das bedeutet, dass die **depressive Phase plötzlich in eine hypomanische oder manische Episode umschlägt**.<sup>88</sup>

Selbstverständlich kann es auch zu Nebenwirkungen kommen, bei etwa 50% der Patienten ist dies der Fall. Jedes Medikament hat spezifische Nebenwirkungen und wie intensiv diese auftreten, hängt meist von der Dosierung ab, aber auch die körperliche Verfassung und die Wechselwirkungen bei Substanzkombinationen spielen dabei eine Rolle. Gerade während der Akutbehandlung sind die Nebenwirkungen immens, denn die Dosierung der Präparate ist zu Beginn meistens sehr hoch. So sind zum Beispiel bei dem am häufigsten verwendeten Präparat Lithium die Nebenwirkungen sehr deutlich an einer plötzlichen, extremen Gewichtszunahme zu

---

<sup>87</sup> Meyer, Thomas/ Hautzinger, Martin: Bipolare Störung. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual. Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2013, S.50

<sup>88</sup> Vgl., ders., S. 50

erkennen, unter anderem kann es auch zu extremer Müdigkeit, Schwindel und Haar- ausfall kommen.<sup>89</sup> Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Einnahme der Medikamente während einer Schwangerschaft. Es besteht während der ganzen Schwangerschaft das Risiko, dass es bei dem Kind zu Missbildungen kommt, besonders im dritten Monat ist die Gefahr für das Baby am größten. Es wäre allerdings fatal die Medika- mente bei einer manisch Depressiven, gerade während einer Schwangerschaft, ab- zusetzen. Es müsste damit gerechnet werden, dass es zu neuen Episoden kommt. Der Arzt versucht dann gemeinsam mit der Patientin eine optimale Lösung zu finden, zum Beispiel eine kurzzeitige Pause der Medikation. Lithium sollte zu Beginn der Schwangerschaft pausiert werden, aber die Einnahme von Valproinsäure, Lamotrigin und Carbamazepin sollte jedoch komplett eingestellt werden.<sup>90</sup>

### 7.1.2. Erhaltungstherapie

Nach der Akutbehandlung der manischen oder depressiven Episode kommt es häu- fig bei den Betroffenen wieder zu Rückfällen. Es ist daher sehr wichtig nach der Akutbehandlung mit der Erhaltungstherapie weiter zu machen, um eine Rückkehr der Symptomatik zu vermeiden. Bei dieser Therapie bekommen die Patienten vom Arzt die Medikamente verschrieben, die während der Akutbehandlung und in einem Zeit- raum von mindesten sechs Monaten bis zu ein Jahr schon gut geholfen haben.<sup>91</sup> Wenn der Patient weiterhin gut auf die Medikamente anspricht, versuchen die Ärzte regelmäßig bei einem Gespräch herauszufinden, wie hoch das Rückfallrisiko zu dem aktuellen Zeitpunkt ist und je nachdem, wie gut sich der Zustand des Patienten ent- wickelt, wird die Dosis der Medikation gesenkt. Für gewöhnlich ist es so, dass die Präparate ein Leben lang eingenommen werden müssen, doch in manchen wenigen Fällen entscheidet sich der behandelnde Arzt auch dazu, die Medikamente komplett abzusetzen. **Leider können auch „nach Jahren [...] wieder Rückfälle auftreten.“**<sup>92</sup>

---

<sup>89</sup> Vgl. Meyer, Thomas/ Hautzinger, Martin: Bipolare Störung. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Be- handlungsmanual. Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2013, S.52

<sup>90</sup> Vgl. ders., S. 51ff.

<sup>91</sup> Vgl. Bristol-Myers Squibb/ Otsuka: Bipolare Störungen, Informationen für Patienten und Angehöri- ge, S.20

<sup>92</sup> Dies., S. 20

## 7.2. Psychotherapie

Mittels der Psychotherapie finden viele Patienten wieder gut in ihr alltägliches Leben zurück, außerdem hilft sie dabei, dass der Betroffene die Krankheit selbst besser versteht und zum Beispiel lernt auslösende Situationen zu erkennen und mit ihnen umzugehen. Es gibt verschiedene Arten der Psychotherapie, wie zum Beispiel die kognitive Psychotherapie oder Verhaltenstherapie.<sup>93</sup> Es wird außerdem unterschieden zwischen Psychotherapie während einer depressiven oder manischen Episode.

### → Psychotherapie depressiver Symptome

Es wird zwar unterschieden zwischen unipolarer und bipolarer Depression, allerdings wurde bei der Psychotherapie festgestellt, dass „trotz potenzieller symptomatischer Unterschiede“<sup>94</sup> die Therapie der unipolaren Depression ebenso Wirkung bei der bipolaren zeigt und deren Verlauf beeinflusst. Es wird daher auf dieselben psychotherapeutischen Techniken wie bei der unipolaren Depression zurückgegriffen. Je nachdem, welche Probleme der Patient momentan hat, muss verschieden darauf eingegangen werden.

- **Schnelle Stimmungsänderungen in Richtung Depression**, falls ein Patient darüber klagt, dass auf einmal wieder starke Depressionen auftreten, ist es wichtig, dass der Therapeut sich die Zeit nimmt und gemeinsam mit dem Patienten eine genaue Bedingungsanalyse durchführt, wodurch man dann erschließen kann woher die „scheinbar aus dem Nichts auftauchenden Depressionen“<sup>95</sup> kommen. Um diese Bedingungsanalyse durchzuführen, wird ein Modell von Mansell, welches Stimmungsschwankungen beinhaltet, herangezogen.
- **Chronische Depressivität**, bei Symptomen der chronischen Depressivität haben sich zwei Strategien als hilfreich erwiesen, die Verhaltensaktivierung und die Situationsanalyse. Bei der Verhaltensaktivierung wird versucht den

---

<sup>93</sup> Vgl. Bristol-Myers Squibb/ Otsuka: Bipolare Störungen, Informationen für Patienten und Angehörige, S.20

<sup>94</sup> Meyer, Thomas/ Hautzinger, Martin: Bipolare Störung. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmaterial. Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2013, S.67

<sup>95</sup> Ders., S. 67

Inhalt der Gedanken des Patienten vollkommen außer Acht zu lassen, der Therapeut muss ausschließlich das Verhalten des Betroffenen fokussieren und analysieren. Dazu wird wieder ein Bedingungsmodell erarbeitet, wodurch ersichtlich wird, welches Verhalten des Patienten dafür sorgt, dass es zu dieser chronischen Depression kommt. Das Ziel der Verhaltensaktivierung ist es, das gefundene Fehlverhalten durch ein angemessenes Verhalten zu ersetzen.<sup>96</sup> Bei der Situationsanalyse handelt es sich um eine „strukturierte, mehrstufige Problemlösungsaufgabe bzw. eine funktionelle Situation-Reaktion-Konsequenz-Technik.“<sup>97</sup> Es werden dabei drei Ziele verfolgt, als erstes sollen die Patienten lernen genau hinzusehen, ihre Wahrnehmung zu verbessern und Wahrnehmungsverzerrungen zu beseitigen. Der zweite Schritt ist sich erreichbare Ziele zu setzen, aber dabei darauf zu achten, dass die bipolare Störung, die vorhanden ist, berücksichtigt wird. Der dritte und letzte Schritt ist, dass die Patienten lernen ein situationbezogenes, angemessenes Verhalten zu haben und damit auch die gesetzten Ziele erreichen können.<sup>98</sup>

→ Psychotherapie manischer und hypomaner Symptome

Es kommt nur sehr selten vor, dass Patienten mit einer akuten manischen oder hypomanischen Episode zu einer Psychotherapie gehen, da in dieser Zeit das Verhalten als vollkommen normal angesehen wird und sich die Betroffenen eigentlich glücklich fühlen. Die meisten gehen nur hin, weil der Termin bereits ausgemacht war oder um den Angehörigen zu zeigen, dass alles okay ist. Der Therapeut muss darauf achten, falls sich der Patient momentan nicht in einer manischen oder hypomanischen Episode befindet, ob es vielleicht irgendwelche Anzeichen einer solchen bevorstehenden Phase gibt. Diese Anzeichen gestalten sich in Form von „gesteigertem Interesse, vermehrte Pläne, Unternehmungen und Aktivitäten.“<sup>99</sup> Solche Veränderungen geben normalerweise keinen Anlass zur Sorge, aber das ist das

---

<sup>96</sup> Vgl. Meyer, Thomas/ Hautzinger, Martin: Bipolare Störung. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual. Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2013, S.70f.

<sup>97</sup> Ders., S.72

<sup>98</sup> Vgl. ders., S.72f.

<sup>99</sup> Ders. S. 74

Risiko. Innerhalb einer Unterhaltung muss daher vom Therapeut ganz besonders auf die Äußerungen des Patienten geachtet werden und ob es Anzeichen wie übertriebene neue Ideen und Pläne oder extreme Vertraulichkeit gibt. Es muss allerdings während dieser Unterhaltung auch aufgepasst werden, dass es nicht zu Konfliktsituationen kommt, der Therapeut muss sehr feinfühlig auf den Patienten eingehen und muss ebenfalls darauf achten, dass er seine Bedenken zu diesen eventuell auftretenden übermütigen, spontanen Plänen, sehr bedacht anspricht, um einen Streit zu vermeiden. Das Ziel muss es sein, gemeinsam die nächsten Schritte der Therapie zu planen und es darf auf gar keinen Fall der Eindruck für den Patienten entstehen, dass der Therapeut ihn zur Krankheitseinsicht drängen will oder ihm einfach als manisch abstempelt.<sup>100</sup>

Eine Therapie mit einem Patienten in einer manischen Episode kann man sich wie folgt vorstellen.

**Patient:** Ach ja, ich habe Ihnen noch gar nicht erzählt, dass ich überlege, vielleicht doch noch zu promovieren. Warum auch nicht? Ein Dokortitel würde doch gut klingen? Vielleicht brauche ich da Ihre Hilfe. Sie sind ja ein Doktor, Sie wissen, wie das geht. [das kann so für einige Zeit und mit variierenden Themen weitergehen, bis meistens Folgendes passiert:] ... Sie sind heute so still? Keine Agenda für die Sitzung?

**Therapeut:** Ich hatte das Gefühl, Sie hatten heute viel zu berichten, Sie sprudelten förmlich und ich hielt es für angemessener, Ihnen diesen Raum zu geben.

**Patient:** [eventuell leicht skeptisch oder gereizt] Denken Sie wie meine Frau, ich sei manisch?

**Therapeut:** Was denken Sie? Was mir heute in der Sitzung auffiel, ist, dass Sie viel gemacht haben, dass Sie viel zu berichten hatten, dass Sie viele neue Ideen zu haben scheinen.

**Patient:** Aber das heißt doch nichts.

**Therapeut:** Vielleicht haben Sie recht, aber eventuell sollten wir uns heute doch etwas Zeit lassen, uns gemeinsam genauer anzusehen, was gerade passiert und ob alles in Ordnung ist.

**Patient:** Ich denke, das ist reine Zeitverschwendung.

**Therapeut:** Ich kann das verstehen, aber mir wäre es wichtig. Eventuell hilft es uns beiden zu verstehen, was gerade passiert. Ich mache mir etwas Sorgen um Sie angesichts dessen, wie die Sitzung heute bislang verlief und was Sie mir erzählten.

**Patient:** Okay, und vielleicht hat meine Frau ja recht, dass ich etwas über dem Strich bin....

**Therapeut:** Ich habe auch die Befürchtung, dass sie eventuell etwas über dem Strich sind. Lassen Sie uns jetzt gemeinsam sehen, wie die Situation aussieht.<sup>101</sup>

1. Patient reden lassen 2. Ruhe bewahren 3. Patient Autonomie lassen 4. Nicht Hypomanie oder Manie sagen

<sup>100</sup> Vgl. Meyer, Thomas/ Hautzinger, Martin: Bipolare Störung. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual. Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2013, S.74ff.

<sup>101</sup> Ders., S. 76

### 7.3. Rückfallvorbeugung

Der Verlauf einer bipolaren Störung ist ungewiss, es kann nach der Akutbehandlung vorbei sein und die Betroffenen bekommen nie wieder eine weitere Episode, aber es kann auch anders sein. Man kann im Voraus nicht sagen, wie es bei einem einzelnen Patienten kommen wird, daher ist es sehr wichtig einem erneuten Rückfall vorzubeugen, Experten sprechen dabei von der Rezidivprophylaxe.<sup>102</sup> Die Erhaltungstherapie und die Rückfallvorbeugung sollten mindestens sechs Monate durchgezogen werden und oft ist es so, dass die Medikamente ein Leben lang eingenommen werden, um erneuten Episoden vorzubeugen. Bei der Psychotherapie werden verschiedene Formen der Therapie angewandt, wie zum Beispiel die Familien Fokussierte-Therapie (FFT), die Interpersonelle und Soziale Rhythmus-Therapie (IPSRT) oder die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT). Ein Programm zur Rezidivprophylaxe haben Dr. Meyer und Prof. Dr. Hautzinger ausgearbeitet, darin wird in vier Phasen bzw. Module eingeteilt.

→ Modul I: Motivation Psychoedukation

Dieses Modul umfasst 4 Sitzungen und es geht „insbesondere darum, Motivation zu entwickeln und zu fördern.“<sup>103</sup> Es werden gemeinsam mit dem Patienten einige Informationen zu bipolaren Störungen besprochen, unter anderem zum Beispiel die Ursachen oder Risikofaktoren. Der Patient kann dadurch mehr über seine Krankheit erfahren und sie kennen lernen. In diesem Modul findet außerdem zu Beginn ein „Warming up“ statt, damit sich Therapeut und Patient besser kennen lernen, danach werden einige Regeln zur Zusammenarbeit festgelegt und schließlich bekommt der Patient noch sein Stimmungstagebuch (STB, siehe S.32), welches er während der ganzen Dauer der Psychotherapie ausfüllen sollte. Es wird außerdem noch das weitere Verfahren der nächsten Module besprochen.<sup>104</sup>

---

<sup>102</sup> Vgl. Bristol-Myers Squibb/ Otsuka: Bipolare Störungen, Informationen für Patienten und Angehörige, S. 20

<sup>103</sup> Meyer, Thomas/ Hautzinger, Martin: Bipolare Störung. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual. Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2013, S.87

<sup>104</sup> Vgl., ders., S. 87ff.



**Bipolare affektive Störungen**

Milena / WG 13 (2014/2015)

**Stimmungstagebuch (STB) – Teil 1**

Machen Sie bei jeder der folgenden Aussagen auf der Linie an dem Punkt ein „X“, der am besten kennzeichnet, wie Sie sich im Lauf der *letzten 24 Stunden* gefühlt haben. Vielleicht gab es Schwankungen über den Tag hinweg, doch versuchen Sie trotzdem, ein allgemeines Urteil für jede Aussage abzugeben. Lassen Sie bitte *keine* Zeile aus!

Heute ...

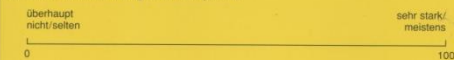
... war meine Stimmung wechselhaft



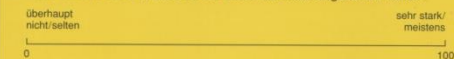
... war ich reizbar



... fühlte ich mich fähig bzw. kompetent



... hatte ich das Gefühl, dass es die Leute auf mich abgesehen hatten



... fühlte ich mich richtig großartig



... war ich impulsiv



... war ich niedergeschlagen

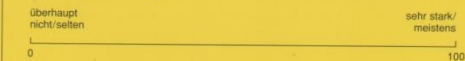


Heute ...

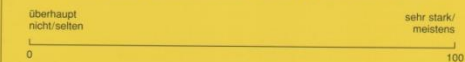
... gingen mir die Gedanken schnell durch den Kopf



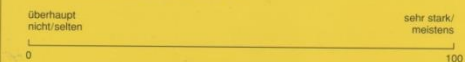
... war ich übermäßig aktiv



... hatte ich das Gefühl, als hätte sich die Welt gegen mich verschworen



... fühlte ich mich innerlich angetrieben



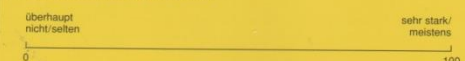
... war ich innerlich unruhig



... war ich streitsüchtig



... fühlte ich mich wie unter Strom



... fühlte ich mich:



**Stimmungstagebuch (STB) – Teil 2**

Tätigkeit/ Aktivität	Das kam heute vor: <small>Bitte ankreuzen!</small>		Zeitangabe <small>(Angabe bitte in Form von 1.00 Uhr – 24.00 Uhr)</small>	Waren andere Personen bei dieser Tätigkeit mit dabei bzw. daran beteiligt oder waren Sie allein? <small>(Bitte ankreuzen, was zutreffend ist!)</small>				
	JA	NEIN		Allein	Partner (-in)	Eltern	Andere Familienmitglieder	Andere Person
Zu Bett gegangen								
Eingeschlafen								
Aufgewacht								
Aufgestanden								
Erster Kontakt zu einer anderen Person (direkt oder telefonisch)								
Frühstück (ggf. nur Kaffee o. Ä.)								
Zum ersten Mal aus dem Haus								
Beginn der Arbeit, Schule, Hausarbeit, andere Arbeiten								
Mittagessen								
Mittagsschlaf								
Sport, Training, Gymnastik, ...								
Imbiss, Snack, ...								

Tätigkeit/ Aktivität	Das kam heute vor: <small>Bitte ankreuzen!</small>		Zeitangabe <small>(Angabe bitte in Form von 1.00 Uhr – 24.00 Uhr)</small>	Waren andere Personen bei dieser Tätigkeit mit dabei bzw. daran beteiligt oder waren Sie allein? <small>(Bitte ankreuzen, was zutreffend ist!)</small>				
	JA	NEIN		Allein	Partner (-in)	Eltern	Andere Familienmitglieder	Andere Person
Hausaufgaben								
TV: Nachrichten gesehen								
Fernsehen (Film, Reportage, ...)								
Abendessen								
Alkohol getrunken								
Rückkehr nach Hause (letztes Mal für heute)								
Tätigkeit 1:								
Tätigkeit 2:								
Tätigkeit 3:								
Wieviele Stunden haben Sie vergangene Nacht insgesamt geschlafen? Stunden _____								
Haben Sie heute Ihre Medikamente genommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein								
Welches Medikament? _____ Dosis? _____								
Welches Medikament? _____ Dosis? _____								
Besondere Ereignisse? _____ _____								



→ Modul II: Selbstmonitoring und Frühwarnsignale

Dieses Modul besteht ebenfalls aus vier Sitzungen. Hier soll das Erlangen eines gewissen Selbstmanagements das Ziel sein. Zuerst wird der Patient in das kognitiv-verhaltenstherapeutische Modell eingeführt, es ist sehr wichtig, dass der Betroffene immer gut mitarbeitet, denn er soll lernen seine Hindernisse kennenzulernen und zu minimieren, außerdem soll er eine gewisse Akzeptanz für seine Krankheit entwickeln. Ein sehr wichtiger Punkt dieses Moduls ist, dass Selbstkontrolle und –beobachtung aufgebaut wird, wodurch der Patient selbst lernt Warnsignale einer Manie oder Depression frühzeitig zu erkennen. Es wird gemeinsam mit dem Therapeut eine Auflistung erstellt, wie sie gemeinsam vorgehen, falls wieder eine Episode auftritt.<sup>106</sup>

→ Modul III: Aktivitätsniveau und Kognitionen in der Depression und Manie

Innerhalb von drei Sitzungen sollen hier genauere Strategien erläutert werden, wie mit Frühwarnsignalen und beginnenden Symptomen umzugehen ist. Es gibt drei grundlegende Ziele, die „Identifikation dysfunktionaler Gedanken und Überzeugungen in depressiven und manischen Zuständen“<sup>107</sup>, des Weiteren möchte der Therapeut Strategien vermitteln, wie mit den depressiven oder manischen kognitiven Prozessen umzugehen ist. Und als letztes soll erkannt werden, welches typische Verhalten bei dem jeweiligen Patient während einer Episode auftritt und schließlich soll versucht werden dieses Verhalten zu ändern.<sup>108</sup>

→ Modul IV: Aufbau zusätzlicher Fertigkeiten und Ressourcen

In neun Sitzungen wird ein Notfallplan erarbeitet, außerdem allgemeine Ressourcen vermittelt, wie zum Beispiel Problemlösungsstrategien, soziale Kompetenzen, also der Umgang mit Konfliktsituationen o.ä., die Emotionsregulation und Achtsamkeit bzw. der Umgang mit Gefühlen.<sup>109</sup>

---

<sup>106</sup> Vgl. Meyer, Thomas/ Hautzinger, Martin: Bipolare Störung. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual. Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2013, S.103ff.

<sup>107</sup> Ders., S.120

<sup>108</sup> Vgl. ders., S. 120ff.

<sup>109</sup> Vgl. Ders., S. 142ff.

## 8. Leben einer bipolaren Störung

Bei der Diagnose einer bipolaren Störung braucht man nicht verzweifeln, es ist möglich mit einer passenden Therapie sein Leben wieder normal führen zu können. Es ist wichtig, dass man auch selbst etwas für seine Gesundheit tut.<sup>110</sup>

### → Stabilität und Gesundheit

Jeder hat ein biologisches Gleichgewicht, ein bipolar Erkrankter muss selbst für sich herausfinden, wie er dieses Gleichgewicht am besten halten kann. Die Grundlage wird natürlich durch die Einnahme der Medikamente gebildet, aber es muss auch im alltäglichen Leben darauf geachtet werden, dass man zum Beispiel **Stress vermeidet**. Man kann als Betroffener selbst sehr viel für die eigene Stabilität tun. Viele haben positive Erfahrung gemacht, wenn sie ihren **Tagesablauf gut strukturieren** und darauf achten, dass sie genügend schlafen. Es ist wichtig Ziele zu haben, die aber auch erreichbar sind. „**Gesunde Ernährung und Sport** tragen erwiesenermaßen zur Besserung und Stabilisierung der Stimmung bei.“<sup>111</sup>

### → Die Mitte finden

Extreme Verhaltensweisen und Stimmungen sind Teil von bipolaren Störungen. Die Betroffenen fragen sich immer wieder, falls Stimmungsschwankungen auftreten, ob es ein Beginn einer neuen Episode ist und wollen selbst etwas tun, um dies zu verhindern. Eine bewährte Strategie ist es, wenn man selbst das eigene Verhalten, die Gedanken und das Erlebte täglich analysiert und aufschreibt, wie zum Beispiel in einem Stimmungstagebuch. Es wird dadurch ermöglicht frühzeitig Symptome zu erkennen und rechtzeitig ärztliche Hilfe aufzusuchen.<sup>112</sup>

---

<sup>110</sup> Vgl. Bristol-Myers Squibb/ Otsuka: Bipolare Störungen, Informationen für Patienten und Angehörige, S. 22f.

<sup>111</sup> Dies., S.23

<sup>112</sup> Vgl. dies., S. 23

## 8.1. Soziales Umfeld

Anfangs ist es für Familie und Freunde oft schwer mit der Krankheit umzugehen, denn sie erleben den Betroffenen dann in Ausnahmesituationen und Extremen, die sie bislang nicht kannten. Es ist daher wichtig, dass das soziale Umfeld über die Krankheit aufgeklärt wird, damit das außergewöhnliche Verhalten verstanden werden kann. „Oft bemerken Freunde und Angehörige als Erste, wenn etwas nicht stimmt.“<sup>113</sup> Es ist daher eine gute Idee, auch mal gemeinsam zu einer Therapiesitzung zu gehen, denn das soziale Umfeld kann den Betroffenen oft eine große Hilfe sein und Unterstützung geben, durch offenes Reden können Missverständnisse beseitigt werden, allerdings sollte auf bestimmte Dinge geachtet werden. Die Betroffenen sollten während einer Episode nicht überfordert werden, das könnte das Krankheitsbild verschlimmern, es ist wichtig, dass Angehörige und Freunde die Initiative ergreifen, aber dabei nicht zu aufdringlich werden. In Partnerschaften ist es wichtig zu wissen, dass es sexuell zu Veränderungen kommen kann, denn wegen der Einnahme der Medikamente wird häufig als Nebenwirkung der Wunsch nach Nähe und Körperlichkeit eingeschränkt.<sup>114</sup>

## 8.2. Arbeitsleben

Natürlich können bipolare Störungen das Arbeitsleben beeinflussen, es kann zum Beispiel während einer Episode dazu kommen, dass wegen zu heftiger Symptome weniger gearbeitet werden muss oder von Vollzeit auf Teilzeit umgestellt wird. In sehr extremen Fällen muss der Beruf sogar aufgegeben oder gewechselt werden. Es ist sehr wichtig, dass eine gute Arbeitsatmosphäre herrscht, es sollte außerdem dem Betroffenen selbst überlassen sein, ob er den Kollegen oder dem Chef von der Erkrankung erzählt. Die Möglichkeit sich mal einen Tag frei zu nehmen, falls das nötig ist, sollte gegeben sein, ebenso ist es von Vorteil, wenn der Chef und die Kollegen dabei unterstützen, nach einer Episode und längerer Pause im Beruf wieder in die Arbeit hinein zu finden.<sup>115</sup>

---

<sup>113</sup> Bristol-Myers Squibb/ Otsuka: Bipolare Störungen, Informationen für Patienten und Angehörige, S. 24

<sup>114</sup> Vgl. dies., S. 24ff.

<sup>115</sup> Vgl. dies., S.25

## 9. Fazit

Bipolare affektive Störungen sind schwere psychische Erkrankungen. Sie sind nicht immer leicht zu erkennen und daher kann es durchaus bis zu zehn Jahre dauern, bis die richtige Diagnose getroffen wird. Das Wichtigste ist, dass man als Außenstehender immer daran denkt, dass die Erkrankten nicht an ihrer Krankheit schuld sind und selbst stark unter ihr leiden. Es kann verschiedene Gründe für die Entstehung einer solchen Erkrankung geben, es ist wichtig sich innerhalb der Familie zu informieren, ob das Krankheitsbild bereits familiär bekannt ist und ob es daher eventuelle genetische Veranlagungen gibt. Falls dies der Fall ist, besteht allerdings nicht gleich Sorge dafür, auch diese Krankheit zu bekommen. In der heutigen hektischen Zeit hat jeder Zeitdruck und Stress, viele kommen kaum noch zur Ruhe. Es ist, egal ob erblich bedingte Veranlagungen vorhanden sind oder nicht, zu empfehlen, sich immer wieder Zeit für die eigenen Interessen und Freuden zu nehmen. Ein ausgeglichenes Leben und eine glückliche und zufriedene Einstellungen sind die optimalen Voraussetzungen, nicht an einer solchen Störung zu erkranken. Am häufigsten sind nämlich zu viel Stress und dauerhafte Belastungen, ob privat oder beruflich, der Auslöser für einen Krankheitsausbruch. Bipolare Störungen treten in verschiedenen Formen auf und es ist vollkommen egal, ob man reich oder arm, jung oder alt ist, es kann jeden treffen. Was deutlich aus dieser Arbeit hervorgehen sollte, ist, dass es für jeden Typ der bipolaren Störungen auch optimale Therapien und Behandlungsmöglichkeiten gibt. Es besteht die Möglichkeit für jeden Erkrankten, ein relativ normales Leben zu führen mit nur eventuell minimalen Einschränkungen, daher ist die Diagnose einer bipolaren Störung auch nicht das Ende aller Tage. Eine gute Unterstützung durch das Umfeld hat meist positive Wirkung auf den Patienten und auch die Vereinbarkeit von der Krankheit und dem Beruf ist möglich.

Manisch Depressive können ihren Mitmenschen durch ihr Verhalten immer wieder als seltsam, schräg oder merkwürdig vorkommen. Doch bevor man sich als Außenstehender über eine Person lustig macht, sollte man sich immer wieder in das Gedächtnis rufen, dass es einen ernsten Hintergrund, wie zum Beispiel eine solche Erkrankung, geben kann.

## 10. Anhang

### 10.1. Literaturverzeichnis

#### Literatur:

- Bristol-Myers Squibb/ Otsuka: Bipolare Störungen, Informationen für Patienten und Angehörige
- Grunst, Stephan/ Schramm, Anja: Neurologie Psychiatrie. Urban & Fischer Verlag, München 2003
- Marneros, Andres: Handbuch der unipolaren und bipolaren Erkrankungen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1999
- Mendel, E.: Die Manie. Urban und Schwarzenberger, Leipzig 1881
- Meyer, Thomas/ Hautzinger, Martin: Bipolare affektive Störung. Hogrefe Verlag, Göttingen 2011
- Meyer, Thomas/ Hautzinger, Martin: Bipolare Störung. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual. Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2013
- Prof. Dr. Arolt, Volker/ Prof. Dr. Reimer, Christian/ Prof. Dr. Dilling, Horst: Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie. Springer Verlag, Heidelberg 2007

#### Internetquellen:

- <http://www.bipolare-stoerung.com/> (Stand: 28.10.2014)
- <http://www.lebenshilfe-abc.de/dopamin.html> (Stand: 28.10.2014)
- <http://neurolab.eu/infos-wissen/wissen/neurotransmitter/noradrenalin/> (Stand: 28.10.2014)
- <http://www.psychose.de/wissen-ueber-psychoesen-56.html> (Stand: 28.10.2014)
- <http://www.zentrum-der-gesundheit.de/serotonin-ia.html> (Stand: 28.10.2014)

### 10.2. Selbstständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die Facharbeit ohne fremde Hilfe angefertigt und nur die im Literaturverzeichnis angeführten Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift