Bipolare affektive Störungen

Verfasserin:	**Milena**
Fach:	**Psychologie**
Lehrer:	**Oberstudienrat Klaus Schenck**
Abgabetermin:	**07.01.2015**

Inhaltsverzeichnis

1. Was sind bipolare Störungen? 3

2. Entstehung 4
2.1. Stoffwechselstörung im Gehirn 4-5
2.2. Erblich bedingte Veranlagung....5
2.3. Negative Lebensumstände und -ereignisse....6

3. Symptome....7
3.1. Manische Episoden 7
3.2. Depressive Episoden....8

4. Verlauf von bipolaren Störungen.... 9-10
4.1. Bipolare I Störung 9
4.2. Bipolare II Störung 10
4.3. Rapid Cycling....10

5. Diagnose.... 11-13

6. Behandlungsmethoden 14
6.1. Medikamente 14
6.1.1. Akutbehandlung 14
6.1.2. Erhaltungstherapie 15
6.2. Psychotherapie....16

7. Leben mit einer bipolaren Störung 17

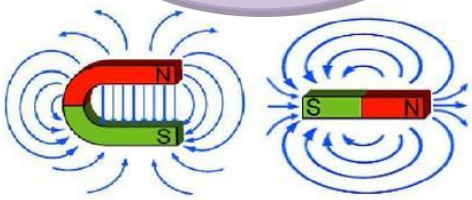
8. Anlagen....18
8.1. Literaturverzeichnis....18
8.2. Selbstständigkeitserklärung 18

1. Was sind bipolare Störungen?[1]

Abwechselnd manische und depressive Phasen,
Dauer: Tage bis

Psychische Erkrankun-

bipolar: lat. gegenüberstehende „Stimmungspole“



Extreme Schwankungen
in der Gefühlswelt und

Depressive Phasen:
oft sehr ausgeprägt,
lebensbedrohlich

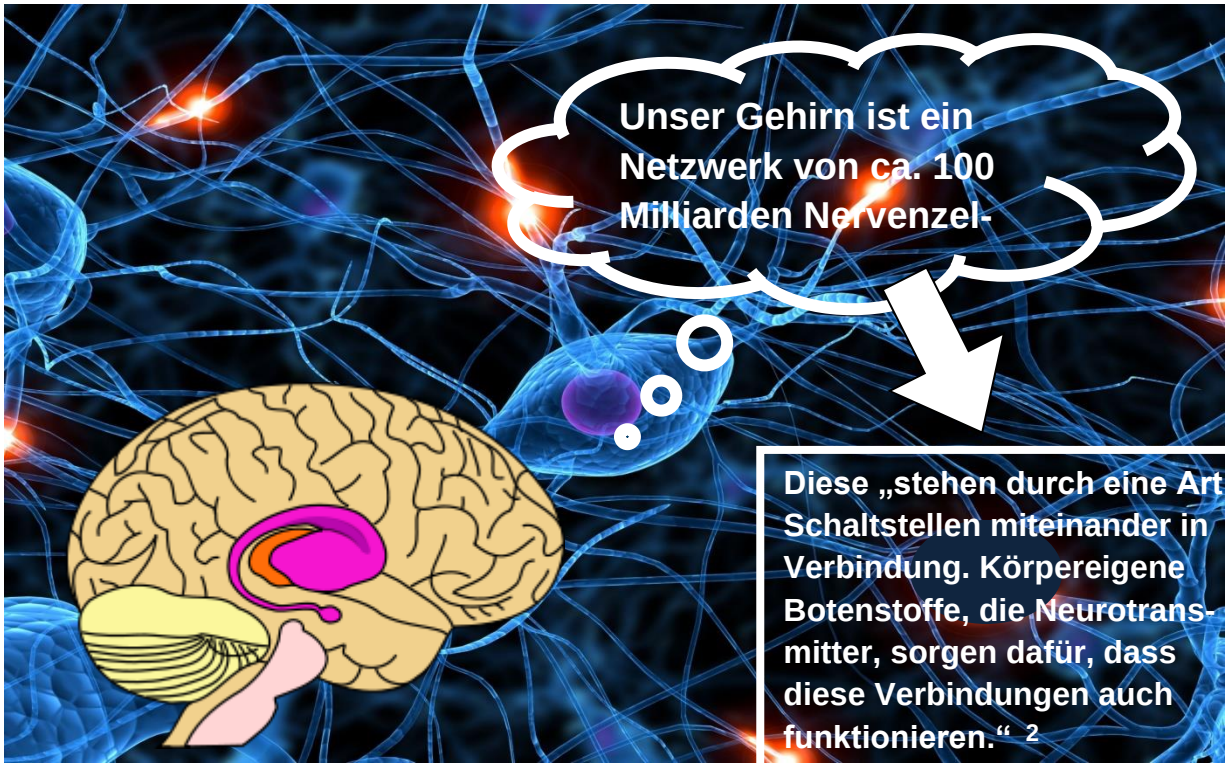
Ausbruch oftmals zwischen zwanzigsten und dreißigstem Lebensjahr

20-30 Lj.

[1] Zentrale Informationen:
- Bristol-Myers Squibb/ Otsuka: Bipolare Störungen, Informationen für Patienten und Angehörige, S.6
- Grunst, Stephan/ Schramm, Anja: Neurologie Psychiatrie. Urban & Fischer Verlag, München 2003, S.332

.2. Entstehung

2.1. Stoffwechselstörungen im Gehirn



In depressiven/manischen Phasen weisen diese Neurotransmitter eine Veränderung im Stoffwechsel auf.

Depression: Mangel an Noradrenalin und Serotonin

Manie: Erhöhter Gehalt der Botenstoffe Dopamin und Noradrenalin.[3]

Serotonin = „Wohlfühlhormon“

Mangel: schlechte Laune, ängstliche und depressive Stimmung[4]

[2] Bristol-Myers Squibb/ Otsuka: Bipolare Störungen, Informationen für Patienten und Angehörige, S.7
[3] Vgl. dies., S.7
[4] Vgl. http://www.zentrum-der-gesundheit.de/serotonin-ia.html (Stand: 28.10.2014)

Noradrenalin = Stresshormon

Mangel: Motivationsabfall und Konzentrationsstörungen[5]

Überschuss: übermotiviertes, waches und manisches Verhalten

Dopamin = Glückshormon

Löst in Verbindung mit Noradrenalin, eine Art Glücksrausch aus

Langanhaltender Überschuss: Erschöpfung, Schädigung von Nervenzellen

In jeder Phase, ob manisch oder depressiv, verändern sich die Nervenzellstrukturen

⇒ Verursachung von neuen Episoden [6]

2.2. Erblich bedingte Veranlagung

Erhöhtes Risiko, wenn

- ein Elternteil betroffen ist: Wahrscheinlichkeit von zehn bis zwanzig Prozent, dass ein Kind ebenfalls erkrankt.

- Geschwister betroffen sind.

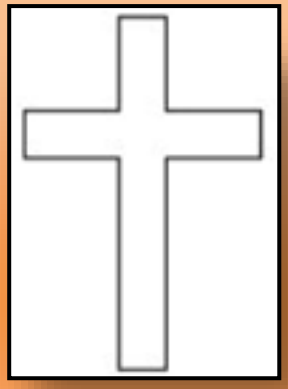
Gene ≠ alleinige Auslöser

Krankheit wird trotz erblicher Veranlagungen wenn dann erst durch bestimmte Ereignisse „aktiviert“

⇒ „Umwelt- und Erbfaktoren stehen also in Wechselwirkung“[7]

[5] Vgl. http://neurolab.eu/infos-wissen/wissen/neurotransmitter/noradrenalin/ (Stand: 28.10.2014)
[6] Vgl. http://www.psychose.de/wissen-ueber-psychosen-56.html (Stand: 28.10.2014)
[7] http://www.psychose.de/wissen-ueber-psychosen-56.html (Stand: 28.10.2014)

2.3. Negative Lebensumstände und –ereignisse



Trennung **Tod von geliebten Menschen** **Entlassung**

und ähnliche Umweltfaktoren

…können, wenn eine Veranlagung zur Krankheit vorhanden ist, diese ausbrechen lassen. [8]

Wichtigster Faktor

Stress

Kann Auslöser für das erstmalige Auftreten der Krankheit sein.

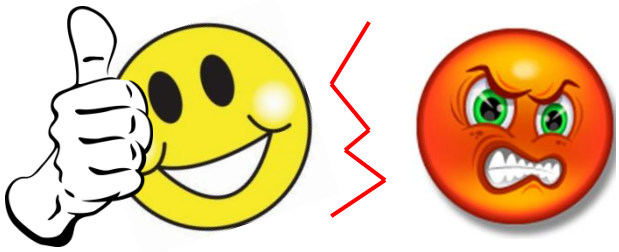
Löst (bei längerer Erkrankungsdauer) wieder neue Episoden aus. [9]

Neue Episoden können ebenso durch
- wenig Schlaf/ unregelmäßige Tag-Nacht-Rhythmen
- Drogen-/ Alkoholkonsum … entste-

[10]

[8] Vgl. Bristol-Myers Squibb/ Otsuka: Bipolare Störungen, Informationen für Patienten und Angehörige, S.8
[9] Vgl. http://www.psychose.de/wissen-ueber-psychosen-56.html (Stand: 28.10.2014)
[10] Vgl. dies. (Stand: 28.10.2014)

3.Symptome



4.1. Manische Episoden

Unangemessene gehobene oder gereizte Stimmung
„überdreht-fröhliche Stimmungslage, die häufig nicht zur jeweiligen Situation passt“[11] oder reizbar und suchen regelrecht den Streit

Übersteigerte Aktivität/ gestörtes Schlafverhalten

Ideen- und Gedankenflut
→ Konzentrationsschwierigkeiten [12]

Rededrang
→ „normale Unterhaltung ist […] kaum möglich.“ [13]

Selbstüberschätzung
grenzenloser Optimismus, große Risikobereitschaft, unüberlegter Konsum [14]

Einteilung in Haupttypen der Manie (nach ICD-10)

- Hypomanie
- Manie ohne psychotische Sympotome
- Manie mit psychotischen Symptomen

[15]

[11] Bristol-Myers Squibb/ Otsuka: Bipolare Störungen, Informationen für Patienten und Angehörige, S.9
[12] Vgl. dies., S.9
[13] Dies., S.9
[14] Vgl. dies., S. 10
[15] Vgl. Marneros, Andres: Handbuch der unipolaren und bipolaren Erkrankungen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1999, S. 103

Körperliche Beschwerden z.B. übermäßiges Schwitzen, Rückenschmerzen, Magendruck, Beschwerden in der Herzgegend [16]

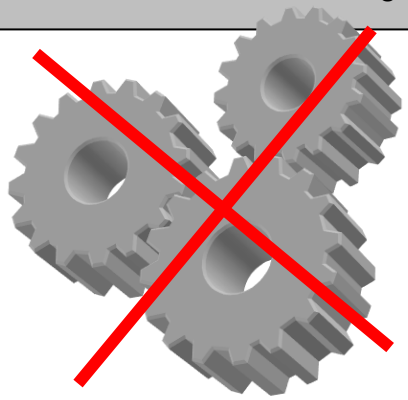
Grübelneigung
gestörte Konzentration, erhöhte Vergesslichkeit

Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen, vermehrter Appetit

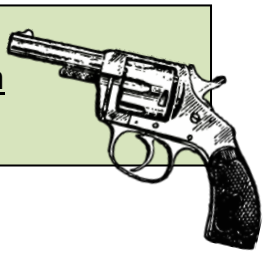
4.2. Depressive Episoden

Antriebslosigkeit
schnellen Ermüdung, wenig/ gar kein Interesse an Unternehmungen [17]

Niedergeschlagenheit
traurig gestimmt,
„Gefühl der Gefühlslosigkeit“ [18]



Selbstmordgedanken



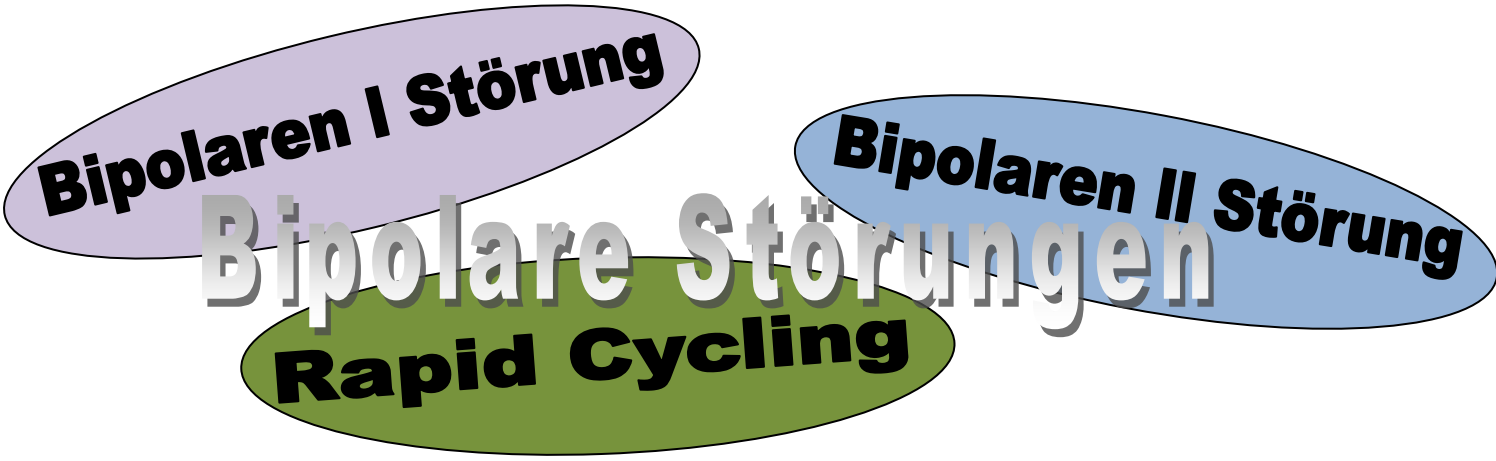
Einteilung der depressiven Episoden (nach ICD-10)

- Leicht depressive Episode
- Mittelgradig depressive Episode
- Schwer depressive Episode

[19]

[16] Vgl. Bristol-Myers Squibb/ Otsuka: Bipolare Störungen, Informationen für Patienten und Angehörige, S.11
[17] Vgl. dies., S.10
[18] Dies., S.10
[19] Vgl. Marneros, Andres: Handbuch der unipolaren und bipolaren Erkrankungen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1999, S.83

4. Verlauf von bipolaren Störungen



[20]

5.1. Bipolare I Störung

= Klassisch manisch- depressive Erkrankung

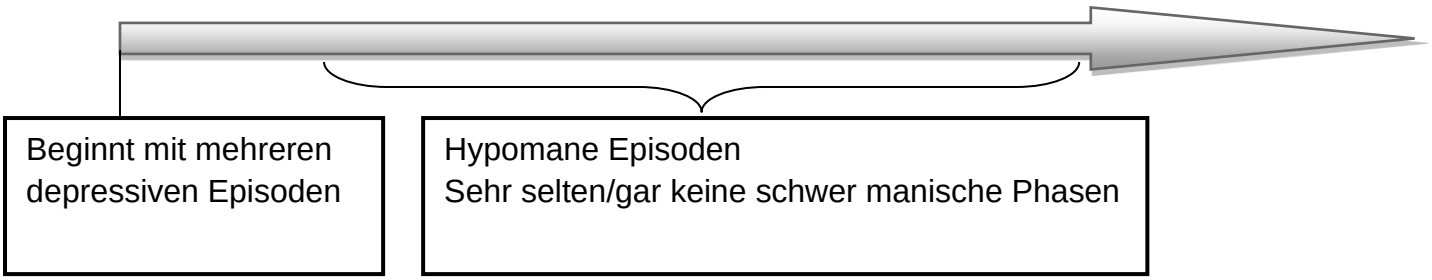
Beginnt in den meisten Fällen mit einer Depression

Unterschiedliche Reihenfolge der Episoden
Zwischen den Episoden: gesundes Verhalten
Manische Episoden: oft Substanzmissbrauch [21]

Es kommen sowohl Episoden der schweren Manie, als auch Episoden der schweren Depression vor.

[20] Vgl. Bristol-Myers Squibb/ Otsuka: Bipolare Störungen, Informationen für Patienten und Angehörige, S.14
[21] Prof. Dr. Arolt, Volker/ Prof. Dr. Reimer, Christian/ Prof. Dr. Dilling, Horst: Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie. Springer Verlag, Heidelberg 2007, S.153

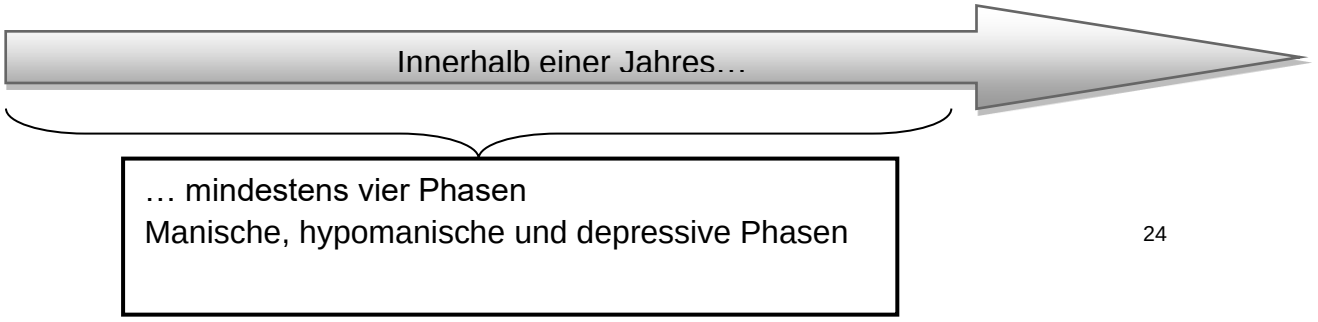
5.2. Bipolare II Störung



Die hypomanen Episoden werden oft nicht erkannt ⟶ Fehldiagnosen[22]
⟶ falsche Therapie ⟶ erhöhte Suizidgefahr, Substanzmissbrauch.[23]

5.3. Rapid Cycling

- Sonderform der bipolaren Störung und
- innerhalb der Bipolaren I Störung, aber öfter bei der Bipolaren II Störung

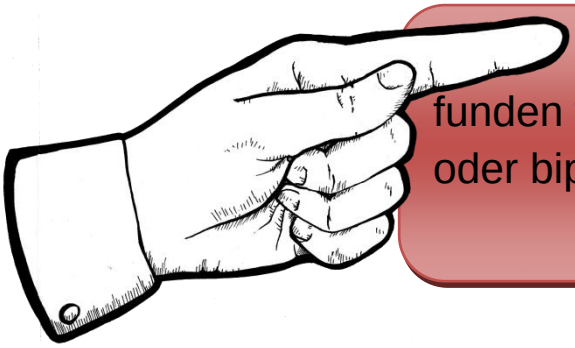


[24]

[22] Vgl. Bristol-Myers Squibb/ Otsuka: Bipolare Störungen, Informationen für Patienten und Angehörige, S.14
[23] Vgl. Prof. Dr. Arolt, Volker/ Prof. Dr. Reimer, Christian/ Prof. Dr. Dilling, Horst: Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie. Springer Verlag, Heidelberg 2007, S.153
[24] Vgl. Bristol-Myers Squibb/ Otsuka: Bipolare Störungen, Informationen für Patienten und Angehörige, S.15

5. Diagnose

Nur in 50% der Fälle, beginnt eine bipolare Erkrankung mit einer manischen Episode



Es muss als erstes herausgefunden werden ob es sich um eine reine oder bipolare Depression handelt.

Es gibt verschiedene Anzeichen

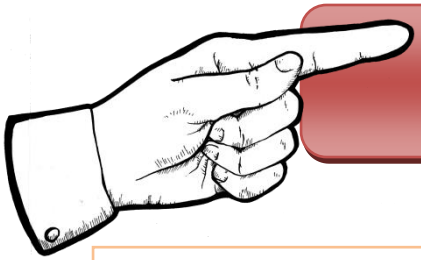
Schlafstörungen:
reine Depression: Probleme mit dem ein-/ durchschlafen
bipolare Depression: vermehrtes Schlafbedürfnis

Psychomotorik:
reine Depression: psychomotorische Unruhe
bipolare Depression: psychomotorische verlangsamung

Appetit:
reine Depression: reduzierte Nahrungsaufnahme
bipolare Depression: ungewöhnlich großer Appetit

25

[25]Vgl. Meyer, Thomas/ Hautzinger, Martin: Bipolare affektive Störung. Hogrefe Verlag, Göttingen 2011, S.5



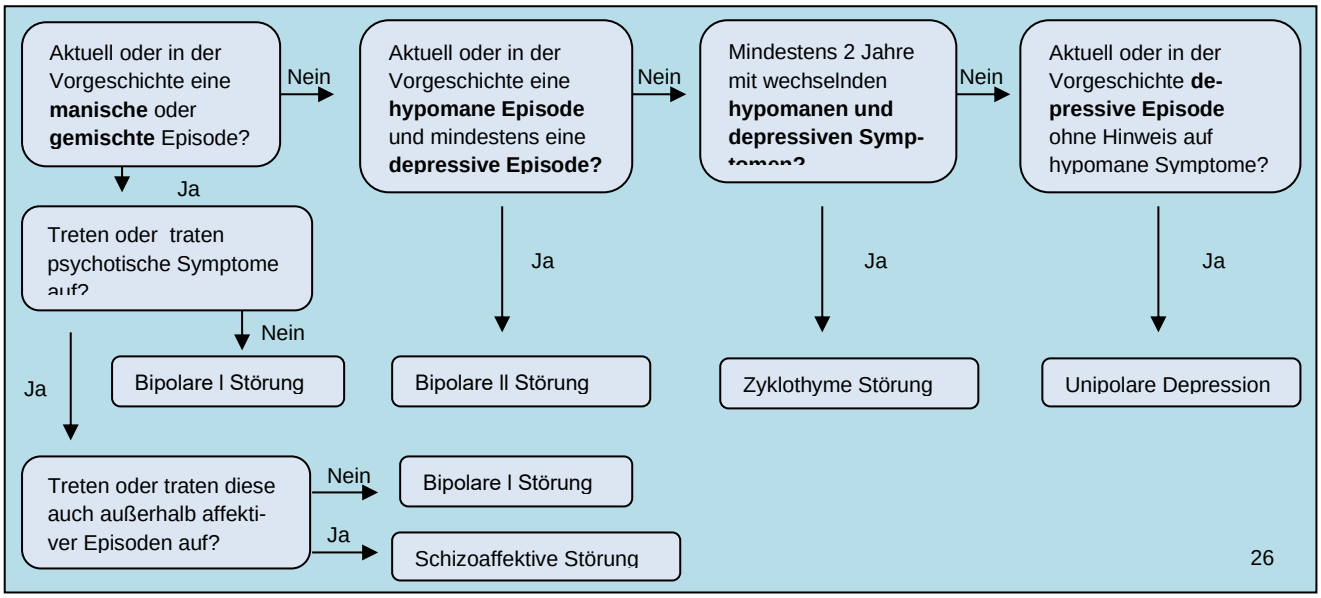
Form der bipolaren Erkrankung

Sind bisher nur hypomane/ keine manischen Episoden vorgekommen?

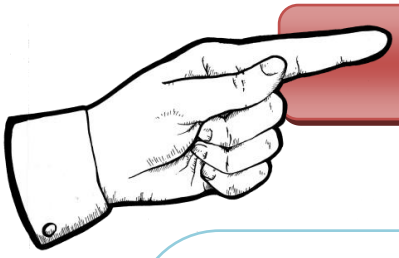
Ja → Bipolare II Störung

Nein → Bipolare I Störung

Zur Differenzierung wird außerdem folgender Entscheidungsbaum verwendet:



[26] Vgl. Meyer, Thomas/ Hautzinger, Martin: Bipolare affektive Störung. Hogrefe Verlag, Göttingen 2011, S.5f.



Ausschließen anderer psychischer Erkrankungen

Abgrenzung zur Schizophrenie und zum Wahn

Bei jungen Leuten tritt öfter eine Schizophrenie, als eine manisch-depressive Erkrankung auf.

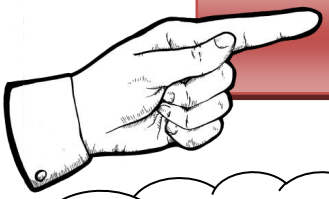
! genaue Befragung, intensive Beobachtung des Krankheitsverlaufs[27]

Abgrenzung zur Persönlichkeitsstörung

Egozentrische, grenzüberschreitende, impulsive und reizbare Verhalten in manischen Phasen → Fehldiagnose einer Persönlichkeitsstörung

! Systematische, umfassende Diagnostik:
- Verlauf, Dauer der Symptome
- Spezifische Symptomatik

[28]



Diagnose durch unterschiedliche Methoden/Instrumente

Für die Diagnose muss bereits mind. eine hypo - mane Phase stattgefunden haben

Vorauswahl: Erfassung von manischen Symptomen

Selbstbeurteilung: Einschätzung des eigenen Zustands, mittels Fragebögen u.ä.

Interviews: Erfassung von -eventuellen psychotischer Symptome - Substanzmiss-

Fremdbeurteilung: Einschätzung des Zustands durch Außenstehende

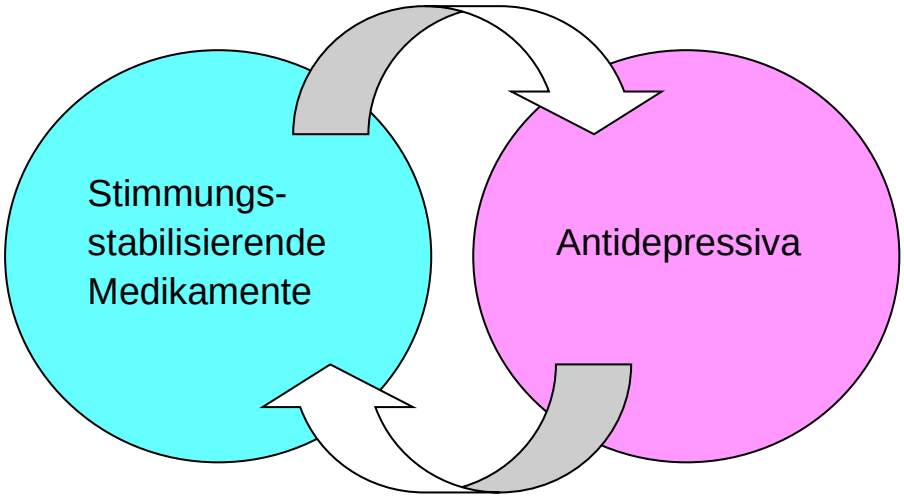
[29]

[27] Vgl. Meyer, Thomas/ Hautzinger, Martin: Bipolare affektive Störung. Hogrefe Verlag, Göttingen 2011, S.11
[28] Ders., S.11
[29] Vgl. ders., S.33f.

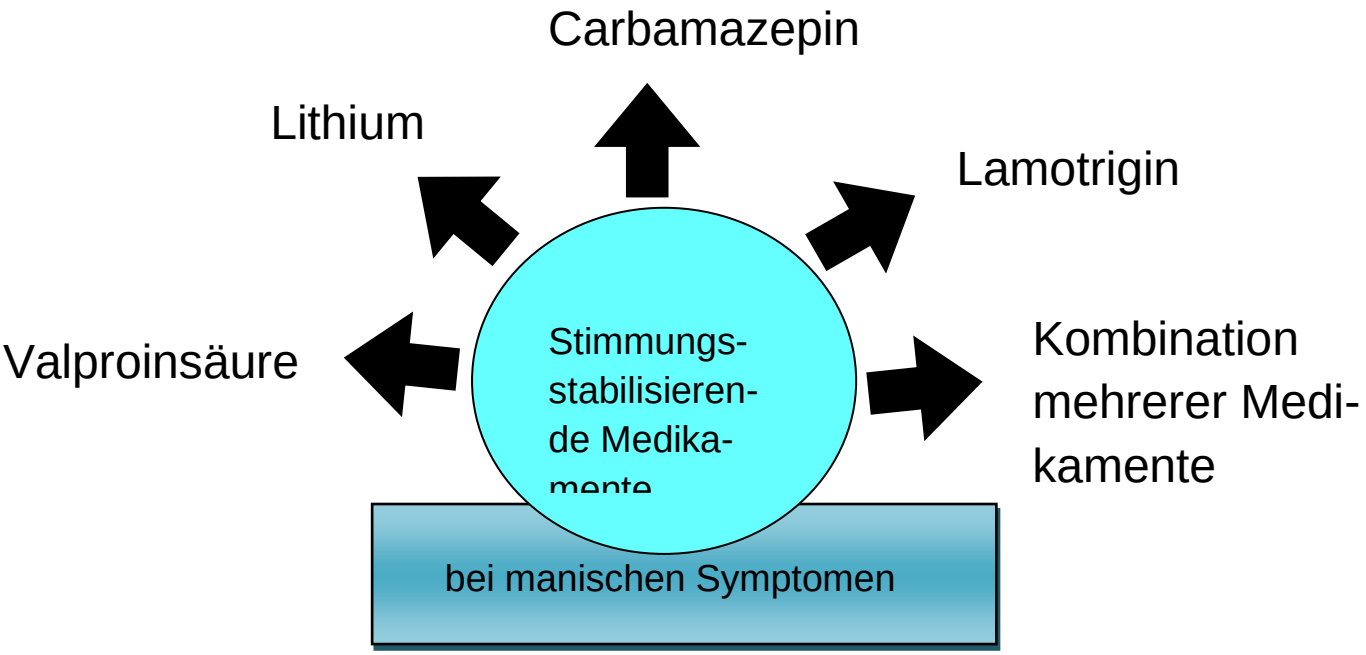
6. Behandlungsmethoden

6.1. Medikamente

6.1.1. Akutbehandlung

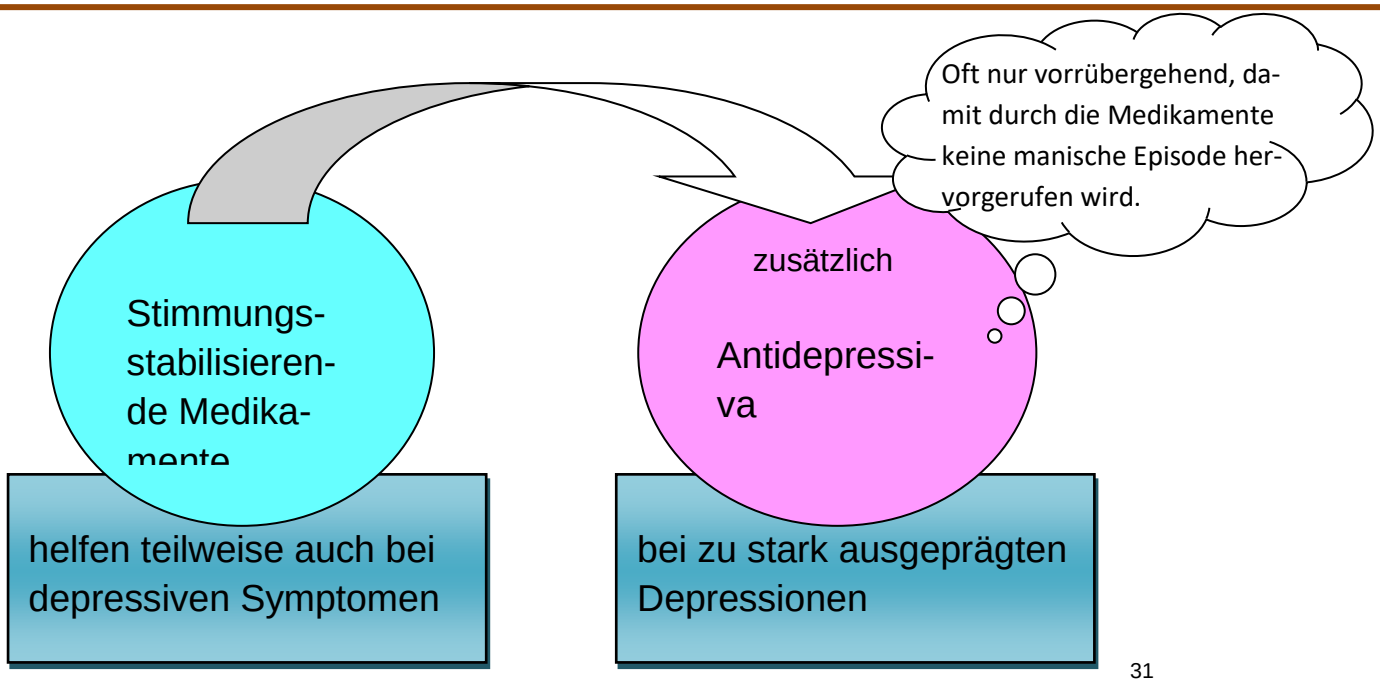


! Es dauert einige Zeit, bis die Medikamente wirken !



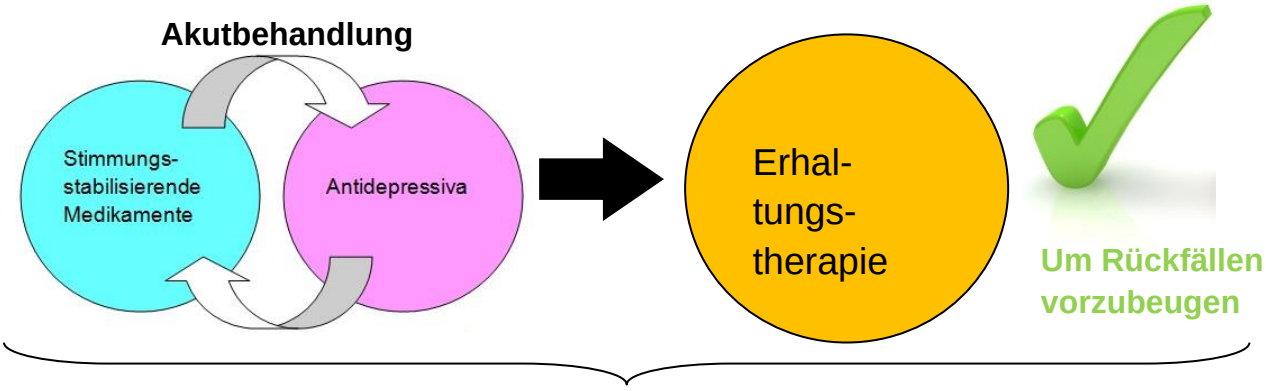
Ein gesundes Maß von Stimmungsschwankungen muss erhalten bleiben [30]

[30] Vgl. Bristol-Myers Squibb/ Otsuka: Bipolare Störungen, Informationen für Patienten und Angehörige, S.17

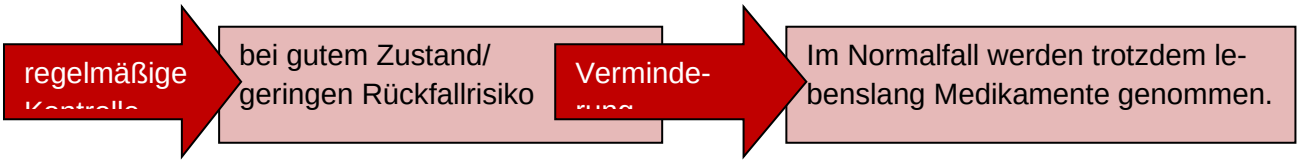


[31]

6.1.2. Erhaltungstherapie



Medikamente die während der Akutbehandlung und in einem Zeitraum von mindesten sechs Monaten bis zu ein Jahr schon gut geholfen haben werden weiterhin verabreicht. [32]



[31] Vgl., Meyer, Thomas/ Hautzinger, Martin: Bipolare Störung. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual. Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2013, S.50ders., S. 50
[32] Vgl. Bristol-Myers Squibb/ Otsuka: Bipolare Störungen, Informationen für Patienten und Angehörige, S.20

6.2. Psychotherapie…

…depressiver Symptome

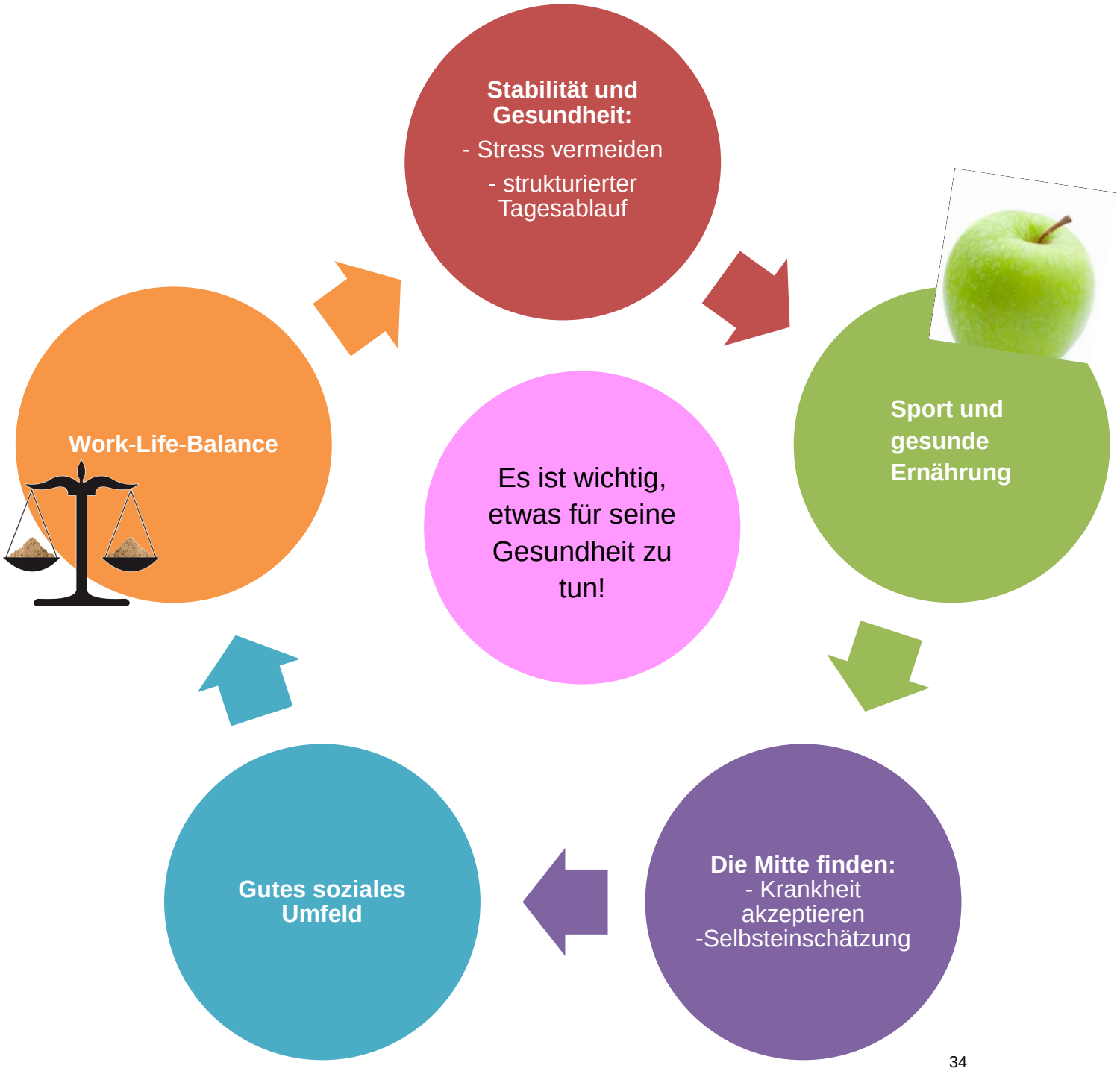
…hypomaner/ manischer Symptome

Psychotherapie depressiver Symptome	
Stimmungsänderung hin zur Depression	Chronische Depressivität
Genaue Bedingungsanalyse durchführen um den Auslöser zu erkennen.	Situationsanalyse/ Verhaltensaktivierung Fehlverhalten soll durch angemessenes Verhalten ersetzt werden[33]

Psychotherapie manischer und hypomaner Symptome	
	Patienten mit akuter manischer Episode gehen im Normalfall nicht zur Psychotherapie, denn es geht ihnen ihrer Meinung nach „gut“.

[33] Vgl. Meyer, Thomas/ Hautzinger, Martin: Bipolare Störung. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual. Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2013, S.70f.

7. Leben einer bipolaren Störung



[34]

[34] Vgl. Bristol-Myers Squibb/ Otsuka: Bipolare Störungen, Informationen für Patienten und Angehörige, S. 22ff.

9. Anhang

9.1. 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

- 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://neurolab.eu/infos-wissen/wissen/neurotransmitter/noradrenalin/ (Stand: 28.10.2014)
- http://www.psychose.de/wissen-ueber-psychosen-56.html (Stand: 28.10.2014)
- http://www.zentrum-der-gesundheit.de/serotonin-ia.html (Stand: 28.10.2014)

Cliparts von Office werden nicht einzeln nachgewiesen

9.2. 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