

Rosa Geislinger, Dipl.-Psych.

Dr. med. Heinz Grunze

Bipolare Störungen

(manisch-depressive Erkrankungen)

Ratgeber für Betroffene und Angehörige

Anhang: Interview

2. überarbeitete Auflage



Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V.
(manisch-depressive Erkrankungen)

Hinweis:

Medizin als Wissenschaft ist ständig im Fluss. Für Angaben bzgl. Medikamenteneinsatz, Zulassung bzw. Zulassungsbeschränkung, Dosierungsempfehlungen und Applikationsformen kann vom Autor und dem Herausgeber keine Haftung übernommen werden. Jeder Benutzer ist angehalten, durch sorgfältige Prüfung der Medikamentenbeipackzettel und ggf. nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebenen Empfehlungen von denen in diesem Werk abweichen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und von jedermann benutzt werden dürfen.

Wichtig:

Eine Gefährdungshaftung für in Deutschland nicht zugelassene Importpräparate durch den Hersteller und den Importeur wird nicht übernommen.

Das Werk, einschließlich aller Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Herausgebers und der Autorin unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Copyright © 2005

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. und die Autoren

2. überarbeitete Auflage

Gestaltung: ConferencePoint Verlag, Hamburg

www.conferencepoint.de

Herstellung: BoD GmbH, Norderstedt

ISBN 3-8311-4519-9

Inhalt

Vorwort	5
Welche Ursachen haben bipolare Störungen?	7
Welche Symptome zeigen bipolare Störungen?	9
Welche Symptome und Verlaufsformen sind bei bipolaren Störungen zu erwarten?	11
Welche Symptome kennzeichnen die einzelnen Pole der Erkrankung?	13
Wie wird eine bipolare Störung diagnostiziert?	17
Wie können bipolare Störungen behandelt werden?	19
Wie lange dauert die Behandlung einer bipolaren Störung?	21
Welche Behandlungsmethoden werden bei bipolaren Störungen eingesetzt?	23
Wie können Patient und Angehörige mit der Erkrankung umgehen?	27
Die bipolaren Störungen und ihre (psycho)sozialen Folgen	29
Die Beziehung zu Familie und Freunden aus der Sicht der Betroffenen	35
Die Angehörigen und Freunde	37
Psychoedukation	41
Die Selbsthilfe und der Weg dorthin	43
Glossarium	51
Interview – Wege, die sich kreuzten Seite an Seite mit einem bipolar Erkrankten	57

Vorwort

Die ersten Beschreibungen bipolarer Störungen (oder manisch-depressiver Erkrankungen) gehen bis in das griechische Altertum zurück. Eine Unausgewogenheit der verschiedenen Körperflüssigkeiten wurde schon damals als Ursache vermutet, was von unseren heutigen Vorstellungen von Störungen der Überträgerstoffe (Neurotransmitter) im Gehirn gar nicht so weit weg ist. Nicht nur wegen ihres zum Teil dramatischen Erscheinungsbildes mit unvorhersehbaren Stimmungswechseln, sondern auch wegen der Häufigkeit ihres Auftretens waren bipolare Störungen offensichtlich schon damals Gegenstand des Interesses und der Forschung. Nach aktuellen Schätzungen sind mindestens 5% der Bevölkerung von diesen Leiden betroffen. Laut der WHO (<http://www.who.int/whr/2001/main/en/chapter2/002e1.htm>) stellen bipolare Störungen somit eins der gravierendsten Leiden dar, sowohl für den einzelnen Patienten als durch die Kosten, die die Erkrankung für die Allgemeinheit verursacht.

Trotz ihrer Häufigkeit werden bipolare Störungen nur selten fachgerecht behandelt. Es wird geschätzt, dass nur etwa 10–15% aller Betroffenen aufgrund des Leidens sich in fachärztlicher Behandlung befinden. Meist wird die Erkrankung gar nicht erkannt und ihre Symptome als Probleme des täglichen Lebens bagatelisiert. Oft wird aber auch der Weg zum Arzt gescheut, um nicht als Schwächling oder gar verrückt zu gelten. Umgekehrt erkennen auch viele Ärzte, teils sogar Fachärzte, die Erkrankung nicht auf Anhieb, und eine Behandlung erfolgt oft nur unspezifisch wegen körperlicher Beschwerden oder Schlafstörungen.

Mit diesem Umstand dürfen Ärzte, Betroffene und Angehörige natürlich nicht zufrieden sein. Eine Veränderung lässt sich aber nur durch weit reichende Aufklärung über die Erkrankung und ihre Folgen leisten. Zusammen mit praktischen Ratschlägen zum Umgang mit der Erkrankung soll diese aktualisierte Auflage des Ratgebers hierzu einen Beitrag leisten.

Welche Ursachen haben bipolare Störungen ?

Jeder kann prinzipiell von einer bipolaren Störung betroffen sein, die Erkrankung ist weder die eigene Schuld des Patienten noch entspringt sie einer schwachen Persönlichkeit. Im Gegenteil, oft sind in ihrem bisherigen Leben sehr erfolgreiche Menschen betroffen. Bei der Entstehung einer bipolaren Störung kommen zumeist zwei Faktoren zusammen:

- ein anlagebedingter, **genetischer Faktor**
- sowie mit **Stress** im weitesten Sinne verbundene Lebensumstände, die dann die zuvor schlummernde Veranlagung zum Ausbruch bringen.

Die genetische Komponente ist bei bipolaren Störungen im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen sehr stark ausgeprägt. Etwa die Hälfte aller Patienten haben Angehörige, die ebenfalls unter einer bipolaren Störung leiden. Bei eineiigen Zwillingen ist die Wahrscheinlichkeit, an einer bipolaren Störung zu erkranken, sogar 60–80%, wenn auch der andere Zwilling erkrankt ist. Bei zweieiigen Zwillingen liegt sie allerdings nur bei etwa 20%. Gehäuft treten auch in Familien von bipolaren Patienten so genannte „unipolare“ Depressionen, also Erkrankungsverläufe ohne Episoden gehobener Stimmung, und Suchtprobleme auf.

Gegenwärtig geht man davon aus, dass nicht ein einzelnes Gen, sondern ein bestimmtes Genmuster und dessen Zusammenwirken für die Anfälligkeit, an einer bipolaren Störung zu erkranken, verantwortlich ist. Oft werden dabei Gene verändert gefunden, die den Stoffwechsel so genannter „**Neurotransmitter**“ beeinflussen. Dies sind chemische Botenstoffe, die an der Weiterleitung von Nervenimpulsen im Gehirn beteiligt sind. Entsprechend lassen sich auch bei bipolaren Patienten Veränderungen einzelner Neurotransmitter in den Krankheitsphasen nachweisen. In der depressiven Phase zeigt sich dabei oft ein Mangel an Noradrenalin und Serotonin, in manischen Episoden wird eine Erhöhung des Dopamin und Noradrenalin vermutet.

Auch komplexe Abläufe innerhalb der Nervenzelle, die in ihrer Aktivität wiederum von diesen Neurotransmittern beeinflusst werden können, scheinen bei bipolaren Störungen eine Rolle zu spielen. So wird vermutet, dass Veränderungen des Aufbaus der Nervenzellen als Folge vorausgegangener Krankheitsepisoden wiederum neue Episoden begünstigen. Aus dieser Erkenntnis resultiert unter anderem die dringende Empfehlung, schon relativ früh im Laufe der Erkrankung mit einer vorbeugenden Langzeitbehandlung, der so genannten „Prophylaxe“ zu beginnen, um solche Umbauprozesse zu verhindern.

Welche Symptome zeigen bipolare Störungen?

Jeder Mensch hat bei sich und anderen schon Stimmungsschwankungen festgestellt. Wir ärgern uns, wenn wir zu Unrecht gerügt werden und freuen uns über ein Lob. Diese Stimmungsveränderungen sind ganz normale Reaktionen auf die entsprechende Lebenssituation und stellen einen Teil unserer Persönlichkeit dar. Im Gegensatz dazu kommt es jedoch bei Menschen, die an bipolaren Störungen leiden, zu Zeiten mit völlig übersteigerten Stimmungsschwankungen. Während zu Beginn der Erkrankung das auslösende Lebensereignis, das sowohl positiver als auch negativer Art sein kann, noch meist gut zu identifizieren ist, schwindet im Laufe der Erkrankung die Bedeutung der **Auslösefaktoren**. Dann können neue Krankheitsepisoden oft ohne einen entsprechenden Anlass auftreten bzw. lange andauern, obwohl der Anlass, beispielsweise Trauer um einen nahe stehenden Menschen, normalerweise längst an Bedeutung verloren hat. Es entwickelt sich also eine **Eigendynamik** der Stimmungsschwankungen, deren Anlass nicht mehr immer nachvollziehbar ist.

Während man früher unter bipolaren Störungen allein den Wechsel zwischen himmelhoch jauchzend (manisch) und zu Tode betrübt (depressiv) verstand, wird der Begriff heute weiter gefasst und kann sämtliche Nuancen menschlicher Stimmungszustände widerspiegeln. Oft können auch Symptome einer Manie oder Depression zeitgleich vorliegen, ein für Patienten und Angehörige sehr belastender Zustand, der mit **Mischzustand** bezeichnet wird. Nicht wenige Patienten leiden aber auch unter Stimmungsschwankungen geringeren Ausmaßes oder geringerer Zeitdauer, die die Klassifikationskriterien einer Manie oder Depression nicht voll erfüllen. Dies bezeichnet man als **Zyklothymia** oder **Zyklothyme Störung**. Nichtsdestotrotz sind die Patienten jedoch durch die ständige Stimmungsinstabilität in hohem Maße beeinträchtigt.

Wichtig ist es, zu akzeptieren, dass bipolare Störungen nicht nur Launen der Stimmung sind, sondern richtige Krankheiten darstellen, die den ganzen Menschen in seinem Denken, seinen Gefühlen, seinen Fähigkeiten zur Lebensbewältigung, aber auch in

körperlicher Hinsicht beeinträchtigen. Patienten mit bipolaren Störungen haben zum Beispiel ein höheres Risiko, an **Herz-Kreislaufkrankungen** zu erkranken und zu versterben als die Normalbevölkerung. Die Krankheit selbst ist durch eine Vielzahl körperlicher Symptome, insbesondere in der Depression, wie Gewichtsverlust, Appetitlosigkeit und Schlafstörungen, gekennzeichnet.

Welche Symptome und Verlaufsformen sind bei bipolaren Störungen zu erwarten?

Als charakteristisch für bipolare Störungen werden zumeist langandauernde Episoden von Depressionen und Manien, die durch Zeiten relativen Wohlbefindens unterbrochen sind, angesehen. Doch diese oft auch als „klassisch“ bezeichnete Verlaufsform der Bipolar I Störung ist bei weitem nicht die einzige. Mindestens genauso viele Patienten leiden unter einer sogenannten Bipolar II Störung, wo die klinische Symptomatik durch schwere Depressionen und meist nur kurze Zeiten leicht gehobener Stimmung – so genannte **Hypomanien** – gekennzeichnet ist. Da von seiten der Patienten diese hypomanen Episoden zumeist nicht als krankhaft angesehen werden, werden sie oft nicht berichtet, was zur Fehldiagnose einer unipolaren Depression führt. Diese Fehleinschätzung kann jedoch zu einer nicht optimalen und den Krankheitsverlauf möglicherweise sogar ungünstig beeinflussenden Behandlung führen.

Die Dauer der einzelnen Krankheitsepisoden kann zwischen wenigen Tagen, mehreren Monaten, aber auch noch längeren Zeiträumen variieren. Bei unbehandelten Patienten dauern die Episoden im Schnitt zwischen 4 und 12 Monaten, wobei die Dauer einer Depression meist deutlich überwiegt und durchschnittlich 2-3mal so lang ist. Manische (oder hypomanische) und depressive Episoden können dabei ineinander übergehen oder durch Zeiten relativ ausgeglichener Stimmung voneinander getrennt sein.

Auch die Häufigkeit der Episoden kann recht unterschiedlich sein. Ohne entsprechende prophylaktische Behandlung ist jedoch die Wahrscheinlichkeit, nach einer ersten Episode mindestens eine zweite zu erleben, über 70%, und je mehr Episoden der Patient durchgemacht hat, desto höher wird die Wahrscheinlichkeit für weitere Episoden, sofern keine prophylaktische Behandlung erfolgt.

Eine weitere Erkrankungsform ist die zylothyme Störung (oder Zylothymia). Sie ist durch einen langdauernden Verlauf mit an-

dauernder Stimmungsinstabilität, also einem ständigen Wechsel zwischen Zeiten leicht gehobener Stimmung und depressiver Phasen, die jedoch nicht die Länge oder Schwere einer typischen Depression erreichen, gekennzeichnet. Auch die zylothyme Störung ist mindestens genau so häufig wie die typische Bipolar I Störung bzw. die Bipolar II Störung.

Die Einteilung in Bipolar I, Bipolar II und zylothyme Störung mag etwas willkürlich erscheinen, hat aber durchaus Konsequenzen für die Behandlungsstrategie. Wir wissen heute, dass manche Medikamente tendenziell bei der einen oder der anderen Form besser wirksam sind.

Früher bestand allgemein die Annahme, dass Patienten mit bipolaren Störungen sich zwischen den einzelnen Episoden wieder völlig erholen. Heute muss man leider feststellen, dass bei vielen Patienten die volle Funktionstüchtigkeit nicht wieder erreicht wird und so genannte **residuale Symptome** wie beispielsweise Konzentrationsschwäche oder Tagesmüdigkeit bestehen bleiben. Mit diesen Beschwerden hat sich die Forschung bisher viel zu wenig beschäftigt. Hier besteht noch deutlicher Bedarf, erfolgreiche Behandlungsstrategien zu entwickeln.

Wie schon eingangs erwähnt, sind bipolare Störungen häufig. 1–1,5% der Bevölkerung leiden unter einer klassischen manisch-depressiven Bipolar I Störung. Die Bipolar II Störung tritt ungefähr bei 3–4% der Bevölkerung auf; wenn man die zylothyme Störung noch mit hinzu zählt, möglicherweise sogar bei 8%. Es erkranken etwa gleich viel Männer wie Frauen an einer Bipolar I Störung, bei der Bipolar II Störung sind etwa doppelt so viele Frauen wie Männer betroffen. Zumeist tritt die Krankheit erstmalig in der späteren Jugend und im frühen Erwachsenenalter auf, kann aber auch schon bei Kindern vorhanden sein und ist dann schwer von der so genannten Aufmerksamkeitsdefizit-Störung mit Hyperaktivität (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD) abzugrenzen.

Welche Symptome kennzeichnen die einzelnen Pole der Erkrankung?

Manische Episoden (Manie)

Zumeist hervorstechende Merkmale der Manie sind ein intensives Hochgefühl, eine übersteigerte und meist unbegründete gute Laune, sowie das subjektive Gefühl erhöhter persönlicher Leistungsfähigkeit. In der eigenen Einschätzung empfinden sich die Betroffenen meist als außergewöhnlich energiegeladene, kreativ und schöpferisch. Damit geht ein sehr geringes Schlaf- und Erholungsbedürfnis einher. Typisch ist, dass Schlaf als Zeitverschwendung und Unterbrechung des (oft ziellosen) Tatendrangs empfunden wird. Im Extremfall können sogar kurzfristige Halluzinationen und Wahnvorstellungen auftreten, dann spricht man von einer **psychotischen Manie**. In der Manie leugnen die Betroffenen oft hartnäckig, dass in irgendeiner Art und Weise Probleme bestehen würden und reagieren oft gereizt, wenn sie von anderen auf offensichtliche Schwierigkeiten hingewiesen werden. Schwer ist es daher, einen manischen Patienten von der Notwendigkeit einer Therapie zu überzeugen; oft müssen die Betroffenen in der akuten manischen Episode gegen ihren Willen in einer geschlossenen Abteilung eines psychiatrischen Krankenhauses behandelt werden. Gerade wenn die Manie einer vorausgegangenen langdauernden Depression folgt, wird sie von dem Betroffenen eher als Befreiung und Wieder-aufleben, aber nicht als neue Krankheitsperiode empfunden.

Die wichtigsten Symptome der Manie sind nachfolgend aufgeführt:

- Intensives Hochgefühl, subjektiv gesteigerte Leistungsfähigkeit und Kreativität
- Deutlich vermindertes Schlafbedürfnis
- Kritikunfähigkeit und Umschlagen der Hochstimmung in Geiztheit, wenn der manische Patient Widerspruch erfährt
- Distanzlosigkeit und Rededrang im Umgang mit anderen Menschen

- Gedankensprünge und Beschleunigung des Denkens, so dass Außenstehende dem Inhalt des Gespräches oft nur schwer folgen können
- Sprunghaftigkeit im Handeln: viele Dinge werden begonnen, aber nicht zu Ende geführt
- Eine Enthemmung in verschiedensten Bereichen, angefangen von exzessivem Kaufrausch weit über die finanziellen Möglichkeiten hinaus, bis hin zu unangepassten sexuellen Handlungen. Oft stehen diese Enthemmungen im krassen Widerspruch zu der normalen, gesunden Persönlichkeit des Betroffenen und führen entsprechend nach Abklingen der Manie zu starken Scham- und Schuldgefühlen.

Hypomane Episoden

Eine Hypomanie ist eine **abgeschwächte Form der Manie**. Auch von den zeitlichen Kriterien ist sie deutlich kürzer definiert, man spricht bereits von einer hypomanen Episode, wenn die Dauer 4 Tage erreicht. Während der Hypomanie fühlt sich der Betroffene wesentlich besser als üblich, verspürt mehr Kreativität und Lebensfreude, neigt aber nicht zu grob unvernünftigen und persönlichkeitsfremden Verhaltensweisen wie der Maniker. Gerade wenn der Patient aus der Depression herauskommt, wäre man geneigt, dem Patienten seine Hypomanie zu gönnen. Dem stehen jedoch zwei Argumente gegenüber, die sorgfältig bedacht werden sollten:

- Zu Beginn der hypomanen Episode weiß man nie, wo sie endet. Auch eine typische Manie entwickelt sich erst langsam. So ist es durchaus möglich, dass die Hypomanie nach wenigen Tagen in eine Manie mit allen ihren schweren Konsequenzen umschlägt.
- Jede neue Krankheitsepisode, die nicht behandelt wird, verschlechtert den Gesamtverlauf der Erkrankung. Die Abstände zwischen den einzelnen Episoden werden immer kürzer, die Zeiten ausgeglichener Stimmung immer seltener. Von daher ist es wichtig, erste Anzeichen neuer Episoden zu erkennen und sie durch frühzeitige Behandlung abzuwenden.

Depressive Episode

Die meisten Menschen setzen den Begriff „Depression“ mit Traurigkeit oder Trauer gleich. Eine Depression ist jedoch weit mehr als nur ein Gemütszustand. Sie ist eine Erkrankung, die nicht nur unsere Stimmung, sondern auch unser Denken, unser Handeln und selbst unsere körperlichen Funktionen beeinflusst. Hinsichtlich der Stimmungslage ist es dabei für den depressiven Menschen oft charakteristisch, dass er sich nicht im eigentlichen Sinne traurig fühlt, sondern dass er eher über ein **Erlöschen der Gefühle** klagt. Sowohl die Fähigkeit zur Freude als auch zur Trauer sind abhanden gekommen. Oft wirken depressive Menschen wie versteinert. Damit einher geht ein Verlust an sämtlichen Interessen, an Antrieb und Energie, etwas zu unternehmen. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen liegen am Boden; Denken und Konzentrieren wird als mühsam empfunden. Erfreuliche Ereignisse oder eine Veränderung der Lebenssituation haben wenig Einfluss auf die Stimmung. Die Schwere der Depression kann dabei im Tagesverlauf durchaus fluktuieren, viele Patienten beschreiben ein Morgentief und eine Besserung zum Abend hin.

Die wichtigsten Symptome der Depression beinhalten:

- Verlust der Gefühle und der Fähigkeit, zu trauern und sich zu freuen.
- Antriebslosigkeit und Interesselosigkeit an Dingen, die normalerweise Freude bereitet haben
- Verlust sexuellen Interesses
- Neigung zu ständigem Grübeln und pessimistischer Zukunftsperspektive
- Schlafstörungen, oft Durchschlafstörungen und morgendliches Früherwachen, manchmal aber auch gesteigertes Schlafbedürfnis
- Veränderung des Hungergefühls: Sowohl Appetitverlust, aber auch in seltenen Fällen gesteigerter Appetit können auftreten
- Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen
- Unfähigkeit, Entscheidungen zu treffen
- Gefühl der Wertlosigkeit, Schuldgefühle und mangelndes Selbstbewusstsein

- Todeswünsche bis hin zu Suizidversuchen
- Verschiedenste körperliche Missempfindungen: oft Engegefühl im Brustbereich, Durchfall oder Verstopfungen.

Gemischte Episode (Mischzustand)

Manie und Depression sind nicht immer streng voneinander getrennt, sondern können bei vielen Patienten auch praktisch zeitgleich oder im kurzen Wechsel innerhalb von wenigen Stunden auftreten. Patienten fühlen sich energiegeladener, aktiv und schlaflos, zu gleicher Zeit aber auch gereizt und leicht irritierbar. Die Gedanken rasen, beinhalten aber überwiegend depressive Inhalte. Mischzustände sind oft nicht nur für den Patienten die unangenehmsten Manifestationen bipolarer Störungen, sondern gehen auch mit einer **hohen Gefahr des Suizides** aufgrund der Kombination von gesteigertem Antrieb bei gleichzeitigen depressiven Gedankeninhalten einher.