



Bipolare affektive Störung ICD10 Kapitel V F. F31

Bei der bipolar affektiven Störung handelt es sich um eine psychische Störung, die durch wiederkehrende Episoden gestörter Stimmungslage der Betroffenen charakterisiert ist. Dabei treten Depression und Manie abwechselnd auf. Manische Episoden beginnen in der Regel abrupt und dauern zwischen 2 Wochen und 4-5 Monaten. Eine Depression tendiert dazu länger zu dauern (in etwa 6 Monate). Andere Symptome, die während dieser Phase auftreten können, beruhen in der Regel auf dem Stimmungs- und Aktivitätswechsel. Rückfälle treten dabei häufig auf. Der Beginn einzelner Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen in Zusammenhang zu bringen (Dilling H, Mombour W, Schmidt M H, 2011).

Bipolare affektive Störung gegenwärtig leichte

oder mittelgradige depressive Episode

ICD-10 V F31.3

Durch die manischen Phasen unterscheidet sich die bipolare Störung von der Depression. Symptome einer manischen Episode sind: Überaktivität, vermindertes Schlafbedürfnis, hemmungsloses Verhalten und überzogene Selbsteinschätzung. Die Symptome der depressiven Episode sind durch Stimmungsschwankungen, Schuldgefühle, Freud- und Lustlosigkeit gekennzeichnet. Wie bei der „reinen“ Depression (auch „unipolare Depression“ genannt) sind auch bei der bipolaren Störung nicht nur die Stimmung, sondern auch andere Bereiche betroffen, so zum Beispiel der Antrieb, das Denken, und der Biorhythmus.

Da eine bipolar affektive Störung oft nicht erkannt wird, vergehen von der ersten Krankheitsepisode bis zur korrekten Diagnose meist viele Jahre. Durch diese Umstände erhöht sich die Zahl der Betroffenen in Europa von 2,5% auf 5%.

Die bipolare Störung beginnt meist vor dem 25. Lebensjahr und damit im Durchschnitt über zehn Jahre früher als eine Depression (auch „unipolare Depression“ genannt). Männer und Frauen sind etwa gleich häufig betroffen. Das Risiko, an einer speziellen Ausprägung der Krankheit—dem sogenannten „Rapid Cycling“, bei der sich manische und depressive Phasen sehr häufig abwechseln (vier oder mehr Phasen pro Jahr)—zu erkranken, ist bei Frauen erhöht. Auch Jugendliche können an einer bipolar affektiven Störung erkranken.

Als Auslöser für eine Erkrankung wird ein Zusammenspiel aus unterschiedlichen Faktoren (zB belastendes Arbeits- oder Familienverhältnis) vermutet. Dabei kommt es auf neurologischer Ebene zu einem Ungleichgewicht im Gehirn, wobei vor allem der Neurotransmitter „Noradrenalin“ eine entscheidende Rolle in der Krankheitsentstehung spielen dürfte.

Die manisch-depressive Erkrankung bricht häufig schon in jungen Jahren aus, kommt in verschiedenen Kulturkreisen ähnlich oft vor und tritt familiär gehäuft auf. Menschen, die mit an bipolarer Störung erkrankten Personen nahe verwandt sind, haben ein etwa zehnfach höheres Risiko an einer bipolaren affektiven Störung zu erkranken. Leiden beide Eltern an einer bipolaren Störung, steigt das Erkrankungsrisiko für ihre Kinder auf 50%.

Die Häufigkeit der Krankheitsepisoden sowie der Verlauf der bipolaren Störung sind individuell sehr unterschiedlich (Kasper et.al. 2006).

Laut Kasper et. al. (2006) zeigt die bipolar affektive Störung drei Erscheinungsformen, die durch ihre Stimmungsgrundlagen unterschieden werden: Die erste wird „Tiefphasen-Depression“ genannt, die zweite „Manie/-Hypomanie“, und die dritte „Normalphase“, bei welcher weder eine manische, noch eine depressive Phase vorliegt. Der Ablauf ist geprägt von sich abwechselnden Phasen zwischen Depression und Manie/Hypomanie. Ein Erscheinungsbild kann auch eine Mischung aus beiden Phasen sein. Diese Verlaufsform ist geprägt von einem Wechsel von mindestens einer depressiven Phase, mit einer anschließenden starken Hochphase (Manie) oder einer gemischten Form beider Phasen (ebd.).

Die schematische Darstellung zeigt die verschiedenen Störungsphasen.

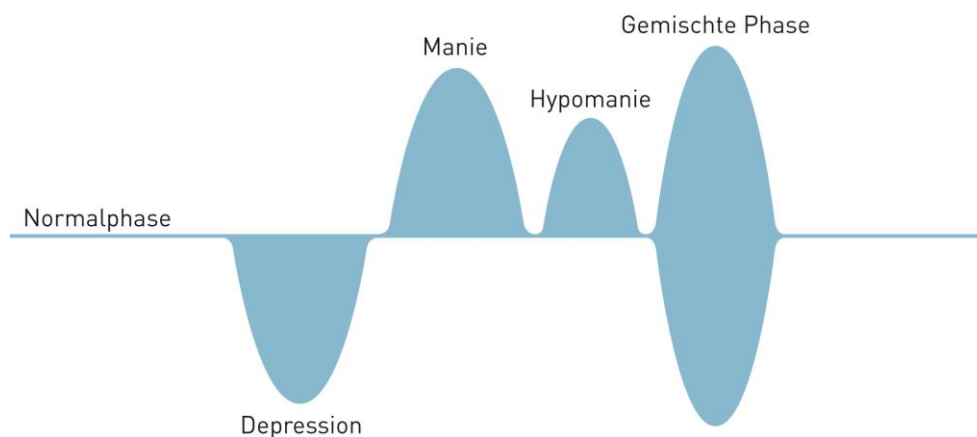


Abb.8: Einzelne Phasen der Bipolaren Erkrankung.

Quelle: Nicht modifiziert übernommen aus (Kasper & Hauk 2006).

Euphorische Phase

Wenn die euphorische Phase mindestens 14 Tage dauert, kann man diesen Ablauf als Manie bezeichnen. Es ist aber nicht gesagt, dass der Patient davor eine Depression hatte. Dies ist nicht immer ausschlaggebend für eine Manie.

Manie

Die manische Episode ist durch eine nicht den Umständen entsprechend gehobene Stimmung charakterisiert. Diese kann zwischen sorgloser Heiterkeit und unkontrollierbarer Erregung schwanken. Die Betroffenen sind rastlos, überaktiv und verspüren einen ständigen Bewegungsdrang. Sie vermeinen über unbegrenzte körperliche und geistige Energie zu verfügen und fühlen sich in keiner Weise psychisch krank. Der Umgang mit anderen Menschen gestaltet sich oft distanzlos, die Betroffenen sprechen typischerweise viel, schnell und hemmungslos. Konzentration und Aufmerksamkeit sind beeinträchtigt, es besteht eine erhöhte Ablenkbarkeit, oft jagt ein Gedanke den anderen. Das Ausüben eines Berufs ist in diesem Zustand praktisch nicht möglich. Die Betroffenen beginnen beispielsweise unrealisierbare Projekte oder geben leichtsinnig viel Geld aus. Charakteristisch für die Manie ist ein vermindertes Schlafbedürfnis, auch das sexuelle Verlangen „Libido“ kann gesteigert sein. Bei sehr schweren manischen Episoden kommt es mitunter auch zu Wahnvorstellungen (zB Größen- oder Verfolgungswahn).

Bipolare Erkrankung Phase II Manie

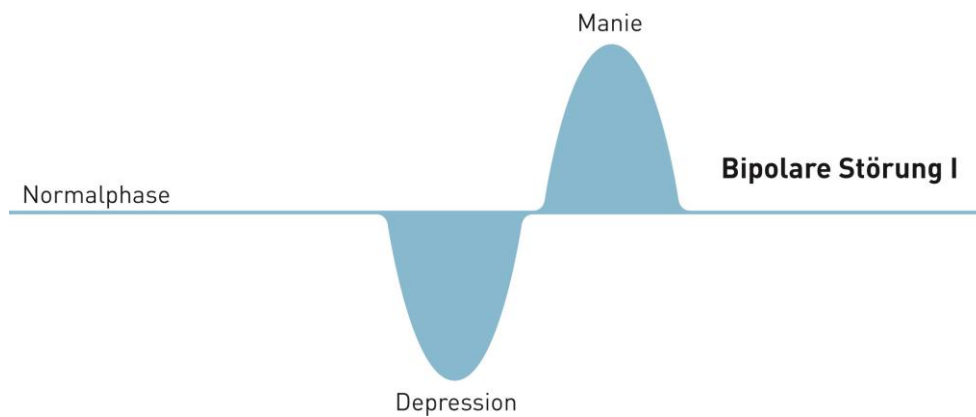


Abb.9: Bipolare Erkrankung Phase II.

Quelle: Nicht modifiziert übernommen aus (Kasper & Hauk 2006).

Hypomanie

Als „Hypomanie“ bezeichnet man eine leicht ausgeprägte Manie. Sie dauert üblicherweise kürzer an. Die Erkrankten sind in ihrer Lebensführung nicht wesentlich beeinträchtigt, dh sie können in der Regel ihrem Beruf nachgehen und stoßen nicht auf massive soziale Ablehnung (Kasper & Hauk 2006).

Bipolare Störung Phase III Hypomanie

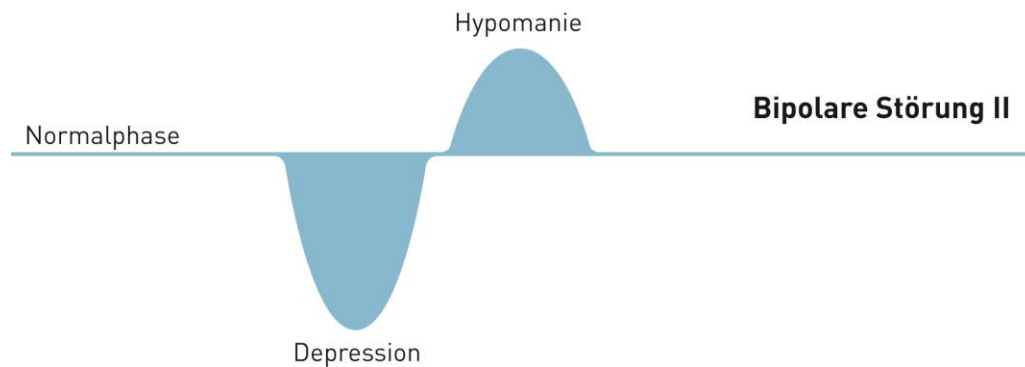


Abb.10: Bipolare Störung Phase III.

Quelle: Nicht modifiziert übernommen aus (Kasper & Hauk 2006:13).

Auch in einer hypomanischen Episode nehmen die Betroffenen meist keine krankheitsbedingten Veränderungen wahr. Im Gegenteil, sie fühlen sich meist besonders gesund, vital, attraktiv, kreativ, gesellig, gesprächig und leistungsfähig. Gerade deshalb sollten Angehörige von bipolaren Menschen besonders aufmerksam sein und bei ersten Anzeichen von gehobener Stimmung oder Antriebssteigerung ärztliche Hilfe suchen. Denn oftmals geht eine Hypomanie in eine Manie über.

Depression bei Bipolare Störung

Bipolar Erkrankte zeigen in einer depressiven Episode die gleichen Beschwerden wie Menschen mit einer unipolaren Depression, also gedrückte Stimmung sowie Antriebs-, Freud- und Interessenlosigkeit. Selbstvorwürfe und Schuldgefühle können sich einstellen, diese beziehen sich mitunter auf die Konsequenzen manischer Exzesse (z.B. Verlust von Freunden, Schulden). Die Betroffenen zeigen eine gehemmte Mimik, Gestik und Sprache und ziehen sich sozial zurück. Zudem können Appetit und sexuelle Aktivität abnehmen. Typisch sind auch Schlafstörungen mit frühzeitigem Erwachen. Depressive Episoden dauern in der Regel etwas länger als manische.

Mischzustand

In der sogenannten gemischten affektiven Episode wechseln sich manische und depressive Zustände gewöhnlich innerhalb von Stunden ab und können sogar zugleich vorkommen (etwa im Sinne einer aggressiv gefärbten Niedergeschlagenheit). Im Mischzustand ist das Risiko für einen Suizid besonders hoch.

Mischbilder

Dieser Zustand ist ähnlich dem Mischzustand, äußert sich aber in sich häufig ändernden Phasen: mindestens einmal täglich, oft auch im Stundentakt.

Die bipolare affektive Störung wird je nach Häufigkeit, Art und Ausprägung der Krankheitsepisoden wie folgt eingeteilt:

Bipolar-I-Störung

Bei dieser Erkrankungsform kommt es sowohl zu manischen als auch depressiven Episoden mit dazwischen liegenden stabilen Phasen. Die Bipolar-I-Störung entspricht dem klassischen Bild der manisch-depressiven Erkrankung.

Bipolar-II-Störung

Diese Form ist durch depressive, Hypomanie und stabile Episoden gekennzeichnet.

Zyklothymie

Eine Sonderform stellt die sogenannte Zyklothymie dar. Auch in diesem Fall treten anhaltende Stimmungsschwankungen auf, wobei zahlreichen Episoden mit leichter Depression bzw. Hypomanie, also mäßig gehobene Stimmungen, vorkommen. Die einzelnen Episoden erfüllen aber weder das Vollbild einer Manie noch einer Depression, weshalb die Zyklothymie nicht zu den bipolaren affektiven Störungen im engeren Sinn zählt.

Wie wird die Diagnose "Bipolare affektive Störung" gestellt?

Eine bipolare affektive Störung zu diagnostizieren ist nicht einfach und gelingt oft erst nach wiederholten ärztlichen Kontakten. Im Durchschnitt erfolgt die Diagnose erst fünf bis zehn Jahre nach Erkrankungsbeginn. Letztlich spielt die Erfahrung der Ärztin bzw. des Arztes bei der Diagnose eine entscheidende Rolle. Es gilt, nicht nur die momentanen Beschwerden zu erfassen, sondern die Betroffenen wie auch die Angehörigen detailliert nach der Krankengeschichte zu befragen (Anamnese). Strukturierte Fragebögen können dabei hilfreich sein.

Insbesondere sind vorangegangene hypomanische Episoden schwierig zu rekonstruieren, denn sie haben einen im Vergleich zur Manie milden und kurzen Verlauf und werden oftmals weder von den Betroffenen selbst noch von deren Umfeld wahrgenommen oder als krankheitswertig eingestuft. Entscheidender Hinweis auf das mögliche Vorliegen einer bipolaren affektiven Störung ist oftmals, dass nahe Verwandte ebenfalls bipolar erkrankt sind.

Beim ersten Auftreten einer depressiven Episode steht noch nicht fest, ob eine unipolare oder bipolare affektive Störung vorliegt. Etwa ein Viertel aller Menschen, bei denen zu Erkrankungsbeginn eine "reine", also unipolare Depression diagnostiziert wurde, machen im Verlauf der darauffolgenden neun Jahre auch eine manische oder hypomanische Episode durch und sind somit als bipolar einzustufen.

Wie bei jeder psychischen Erkrankung müssen auch bei der bipolaren affektiven Störung körperliche Ursachen als mögliche Auslöser der Symptome ausgeschlossen werden. Auf das Arztgespräch folgt daher in der Regel eine körperliche Untersuchung. Im Bedarfsfall können Blutabnahmen oder Röntgenuntersuchungen angeordnet werden.

Einer Manie entsprechende Stimmungsveränderungen können beispielsweise durch neurologische Erkrankungen wie Multiple Sklerose oder Gehirntumoren ausgelöst werden oder durch hormonelle Veränderungen bedingt sein (z.B. durch eine Schilddrüsenüberfunktion). Aber auch unter dem Einfluss von bestimmten Drogen, etwa Amphetaminen oder Kokain, können manische Symptome auftreten.

Therapie

Wie Andrawis (2018) beschreibt, ist bei bipolarer Erkrankung eine medikamentöse Behandlung (Rezidiv-Prophylaxe als Dauertherapie) notwendig, welche mit Sicherheit einen langen Zeitraum beansprucht. Innerhalb eines Jahres sollte nach dem Abklingen der Symptome mit diesen Maßnahmen begonnen werden. Im Falle eines Rückfalls werden die Therapien wiederholt. Die Episoden lassen sich reduzieren und eine dauernde Beschwerdefreiheit wird erreicht (Andrawis A, 2018).

Die Behandlung der Depression erfolgt durch Therapie mit Antidepressiva. Wie schon Frank (2007) betont, wird parallel eine Psychotherapie empfohlen, allerdings ist dies erst nach der Akutphase sinnvoll. In der akuten Episode ist ein stationärer Aufenthalt notwendig, um eine intensive Therapie zu gewährleisten und die Suizidgefahr zu bannen. Bei leichteren Ausprägungsformen genügt oftmals eine ambulante Behandlung, vor allem dann, wenn zuverlässige Angehörige den Patienten überwachen. Der Patient selbst sollte sich keiner beruflichen Belastung – auch nicht dem Straßenverkehr – aussetzen (ebd.).

Nachdem die Diagnosekriterien erfüllt sind, ist es wichtig, dass internistische und neurologische Untersuchungen beginnen. Das Blutbild wird, wie schon Laux beschreibt, im Labor bestimmt (Leber, Nieren, Elektrolyte, Blutzucker, Ca, Schilddrüsenwerte, Vitamin B12 Spiegel, Serumeisenspiegel). EEG, CT, eventuell NMR, Hirszintigraphie, SPECT, rCBF, Doppler Sonographie folgen. Eventuell sollte bei einer Remission der Depression ein Dexamethason-

Test durchgeführt werden. Standardisierte Beurteilungsskalen erleichtern die Beurteilung des Schweregrades der Erkrankung (Laux 2001).

Bei der Akuttherapie werden, je nachdem ob sich der Patient in einer depressiven oder manischen Episode befindet, stimmungsstabilisierende Medikamente eingesetzt.

Begleitend können auch unterstützende Maßnahmen wie Ergotherapie oder Musiktherapie hilfreich sein.

Prognose der bipolaren Erkrankung

Die bipolare affektive Störung kann sehr unterschiedliche Verläufe haben, die sich in Intensität und Häufigkeit der Krankheitsepisoden stark voneinander unterscheiden. Generell gilt: Mit jeder manischen oder depressiven Episode nimmt die Dauer der krankheitsfreien Intervalle ab. Mit Fortschreiten der Erkrankung verschlechtert sich also ihr Verlauf. Daher sind eine rechtzeitige Diagnose und adäquate Behandlung von entscheidender Bedeutung. Durch die heute zur Verfügung stehenden Therapien kann die Behandlung individuell auf die jeweilige Person abgestimmt werden und ihr in günstigen Fällen ein relativ beschwerdefreies Leben ermöglichen.

Problematisch ist, dass an einer Manie Erkrankte sich selbst meist als völlig gesund erleben und nur sehr schwer vom Gegenteil zu überzeugen sind. Oft führen erst die durch die Manie verursachten partnerschaftlichen, familiären, sozialen und beruflichen Probleme dazu, dass Verwandte, Freunde oder Kollegen die betroffene Person drängen, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Manchmal führen auch Beschwerden, die von den Betroffenen selbst nicht in Zusammenhang mit einer psychischen, sondern einer körperlichen Erkrankung gebracht werden (beispielsweise Schlafstörungen oder Appetitstörungen) zu einem ersten Arztbesuch.

Die Folgen der Erkrankung sollten keinesfalls unterschätzt werden. So verliert beispielsweise eine Frau, bei der mit 25 eine bipolare Störung erstmals auftritt, knapp 15 Jahre ihres unbeeinträchtigten Lebens, sofern die Erkrankung nicht behandelt wird. Sie hat zudem eine um durchschnittlich neun Jahre verkürzte Lebenserwartung. Die Sterblichkeit (Mortalität) ist nicht nur aufgrund des deutlich gesteigerten Suizidrisikos im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöht, sondern auch durch körperliche Erkrankungen, vor allem des Herz-Kreislauf-Systems. Letzteres in erster Linie wohl deswegen, weil sich bipolar Erkrankte in manischen bzw. depressiven Episoden meist jeder Form der ärztlichen Behandlung entziehen.

Das wichtigste in der Therapie ist das Vertrauen zwischen Arzt, Patient und Angehörigen. Es muss den Betroffenen klar sein, dass diese Erkrankung nicht verschwindet, wie sie gekommen ist, sondern dass ein Notfallplan für schwierige hypomanische oder manische Zeiten erarbeitet werden muss (ebd.).

Literaturverzeichnis

- 1 Bräutigam W, Christian P, von Rad M (1992): Psychosomatische Medizin, ein kurzgefasstes Lehrbuch. Verlag Thieme. Stuttgart, 6. Auflage
- 2 Connert P K, Komplementärmedizin in Österreich, In: Ganzheitlich behandeln – Komplementärmedizinische Methoden und ihre Indikationen, Stossier H (Hg.) 2003, Verlagshaus der Ärzte, Wien, 1. Auflage
Dilling H, Mombour W, Schmidt M H (2011) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Verlag Hans Huber.
- 3 Dilling D, Reimer Ch, (1995): *Psychiatrie und Psychotherapie* 2. Auflage. Lehrbuch Springer Verlag.
- 4 21. Jahrhunderts. Chancen einer biopsychosozialen Medizin, Verlag Hans Huber. Bern. 1. Auflage
- 5 Deister A (2005) Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, In: Möller H J, Laux G, Deister A, Psychiatrie und Psychotherapie. Thieme Verlag. Stuttgart. 3. Auflage
- 6 Deister A (2005) Somatoforme Störungen, In: Möller H J, Laux G, Deister A Psychiatrie und Psychotherapie. Thieme Verlag. Stuttgart. 3. Auflage
- 7 Dilling H, Mombour W, Schmidt M H (2011) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Verlag Hans Huber. 8. Auflage
- 8 Ebert D, Loew T (2011) Psychiatrie systematisch. Uni-Med Verlag AG, Bremen. 8. Auflage
- 9 Ermann M (2004) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ein Manual auf psychoanalytischer Grundlage. Kohlhammer Verlag
- 10 Frank W (2007) Psychiatrie. Urban & Fischer Verlag. 15. Auflage
- 11 Frauenknecht S, Brunnhuber S (2008) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen. In: Lieb K, Frauenknecht S, Brunnhuber S Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie. Urban & Fischer Verlag, 6. Auflage
- 12 Fritzsche K, Wirsching M (2006) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Springer Medizin Verlag
- 13 Klein D N, Depue R A (1985) Obsessional Personality Traits and Risk for Bipolar Affective Disorder: An Offspring Study. In: Journal of Abnormal Psychology, S. 291–297, Vol. 94, No. 3, © by the American Psychological Association Inc.
- 14 List E, (2013) :*Psychoanalytische Kulturwissenschaften*. Verlag Facultas Wuv Utb.

15 Kasper S, Hauk P, (2006): *Bipolare Erkrankungen, zwischen Manie und Depression*
Verlagshaus der Ärzte GmbH.

Prof. Dr. Andrawis