



65 Bipolare affektive Störung ICD- 10 Kapitel V. F.31

So wie Andrawis A, (2021) erwähnt hat, handelt es sich bei der bipolar affektiven Störung 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. Mit anderen Worten Die bipolare affektive Störung ist durch sich abwechselnde gedrückte (depressive) und euphorische (manische) Stimmungen gekennzeichnet - daher die früher übliche Bezeichnung "manisch-depressive Erkrankung". U.a. durch diese manischen Phasen unterscheidet sich die Erkrankung von der Depression. Die krankheitstypischen Stimmungswechsel werden auch oft mit dem geflügelten Wort "Himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt" aus Goethes "Egmont" beschrieben (Andrawis A, 2021).

Die bipolare affektive Störung

Auch als bipolare Störung oder manisch-depressive Störung bekannt ist eine psychische Erkrankung, die im ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision) unter der Kategorie F31 klassifiziert ist. Dieses Kapitel befasst sich mit affektiven Störungen, zu denen auch die bipolare affektive Störung gehört. Die bipolare Störung ist durch episodische Veränderungen in der Stimmung gekennzeichnet, bei denen es zu extremen Schwankungen zwischen manischen oder hypomanischen Episoden und depressiven Episoden kommt. Hier sind die Hauptmerkmale dieser Episoden:

Manische Episoden

Während manischer Episoden erleben die Betroffenen eine gehobene, euphorische oder gereizte Stimmung. Sie können impulsiv, überaktiv und risikobereit sein. Manische Episoden gehen oft mit einem gesteigerten Energielevel, vermindertes Schlafbedürfnis und gesteigertem Selbstwertgefühl einher.

Depressive Episoden

Während depressiver Episoden erleben die Betroffenen anhaltende Gefühle von Traurigkeit, Interessenverlust, Energielosigkeit und Hoffnungslosigkeit. Schlafstörungen, Appetitveränderungen und Gedanken an Suizid können auftreten. Typisch für die bipolare affektive Störung sind Schwankungen der Grundstimmung in beide Richtungen; Phasen der Euphorie und der Niedergeschlagenheit wechseln einander ab. Dazwischen gibt es auch Phasen mit ausgeglichener Stimmung. Wie bei der unipolaren, also "reinen" Depression sind auch bei der bipolaren Störung nicht nur die Stimmung, sondern auch andere Bereiche betroffen, etwa Antrieb, Denken und Biorhythmus.

Die Häufigkeit der Krankheitsepisoden sowie der Verlauf der bipolaren Störung sind individuell sehr unterschiedlich.

Die bipolare affektive Störung kann in verschiedenen Formen auftreten, darunter:

Bipolare I-Störung

Gekennzeichnet durch mindestens eine manische Episode, gefolgt von depressiven Episoden.

Bipolare II-Störung: Gekennzeichnet durch wiederkehrende depressive Episoden und mindestens eine hypomanische Episode (eine weniger schwerwiegende Form der Manie).

Zyklothyme Störung

Eine chronische Form von Stimmungsschwankungen, bei der die Symptome weniger schwerwiegend sind als bei manischen oder depressiven Episoden, aber über einen längeren Zeitraum auftreten.

Die Diagnose

Die Diagnose einer bipolaren affektiven Störung wird in der Regel von einem Facharzt für Psychiatrie oder einem klinischen Psychologen gestellt. Die Diagnose basiert auf einer

gründlichen Bewertung der Symptome, der Krankengeschichte und möglicherweise auf standardisierten psychiatrischen Bewertungsinstrumenten.

Klinische Bewertung

Der Arzt oder Psychotherapeut führt Interviews mit dem Patienten durch, um die Art und Schwere der Symptome zu verstehen. Dies kann Fragen zu Stimmungsschwankungen, Energielevel, Schlafmuster, Gedanken und Verhalten umfassen.

Krankengeschichte

Die Krankengeschichte des Patienten wird ausführlich erfasst. Dies beinhaltet Informationen über vergangene Episoden von Manie, Hypomanie oder Depression, familiäre Vorgeschichte psychischer Erkrankungen und mögliche auslösende Faktoren.

Bewertung der DSM-5-Kriterien

Die Diagnosekriterien für bipolare Störungen sind in der aktuellen Version des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) festgelegt. Der Arzt überprüft, ob die Symptome des Patienten mit den Kriterien für bipolare I-Störung, bipolare II-Störung oder zylothyme Störung übereinstimmen.

Ausschluss anderer Ursachen

Es ist wichtig, andere medizinische oder psychiatrische Erkrankungen auszuschließen, die ähnliche Symptome verursachen könnten. Dazu gehören Schilddrüsenerkrankungen, Drogenmissbrauch und andere psychische Störungen.

Laboruntersuchungen

In einigen Fällen können Laboruntersuchungen wie Bluttests durchgeführt werden, um andere medizinische Bedingungen auszuschließen.

Psychoedukation

Der Arzt kann den Patienten und seine Familie über die bipolare Störung aufklären und ihnen Informationen über die Erkrankung und die Behandlungsoptionen zur Verfügung stellen.

Die Diagnose einer bipolaren affektiven Störung kann komplex sein, da die Symptome variieren können und es gelegentlich schwierig sein kann, manische oder hypomanische Episoden von

normalem Verhalten zu unterscheiden. Daher ist eine gründliche und genaue Bewertung entscheidend, um die richtige Diagnose zu stellen (ebd.).

Bipolare affektive Störung gegenwärtig leichte mittelgradige depressive Episode ICD-10 V F31.3

Autor beschreibt 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 und durch 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 (ebd.). 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 (z.B. 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 (ebd.).

Laut Andrawis A, (2021) zeigt die bipolar affektive Störung drei Erscheinungsformen, die durch ihre Stimmungsgrundlagen unterschieden werden: Die erste wird „Tiefe Phasen Depression“ genannt, die zweite „Manie/-Hypomanie“, und die dritte „Normalphase“, bei der weder eine manische, noch eine depressive Phase vorliegt. Der Ablauf ist geprägt von sich abwechselnden Phasen zwischen Depression und Mani/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 tiefe Depression

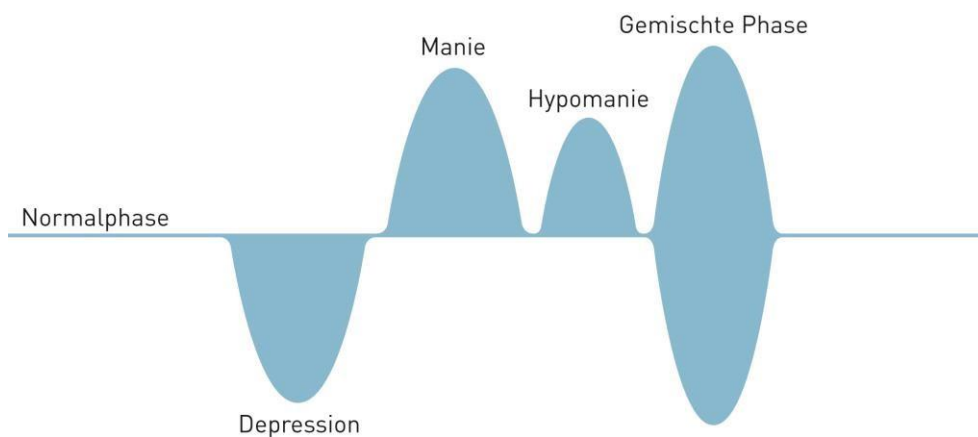


Abb. 1: Einzelne Phasen der Bipolaren Erkrankung, Quelle: Nicht modifiziert übernommen aus (Andrawis A, 2021).

Euphorische Phase Manie

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.

Laut Andrawis (2021) ist eine manische Episode durch eine unpassend gehobene Stimmung gekennzeichnet, die von sorgloser Heiterkeit bis zu unkontrollierbarer Erregung schwanken kann. Betroffene sind rastlos, überaktiv und fühlen sich energiegeladen, ohne sich krank zu fühlen. Typisch sind distanzloses Verhalten, schnelles und viel Reden sowie eine beeinträchtigte Konzentration und Aufmerksamkeit. Die Berufsausübung ist meist nicht möglich, da Betroffene unrealistische Projekte starten oder leichtsinnig Geld ausgeben. Zudem zeigen sie vermindertes Schlafbedürfnis und oft gesteigertes sexuelles Verlangen. In schweren Fällen treten Wahnvorstellungen wie Größen- oder Verfolgungswahn auf.

Bipolare Erkrankung Phase II Manie

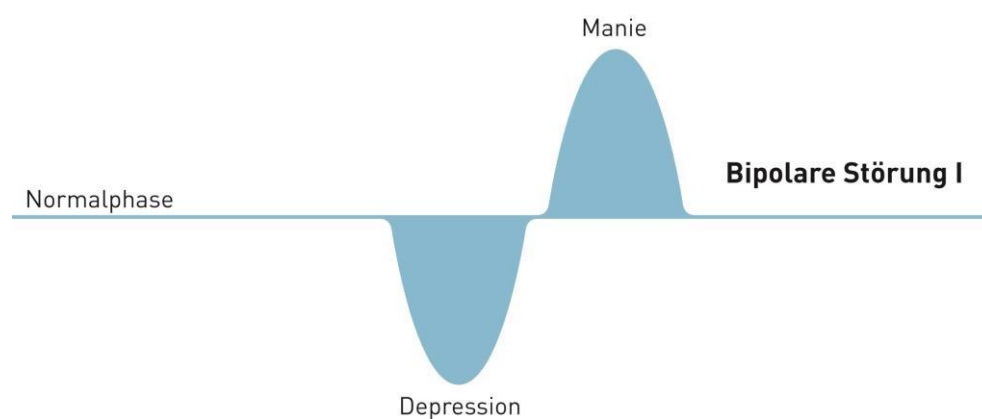


Abb. 2: Bipolare Erkrankung Phase II.

Quelle: Nicht modifiziert übernommen aus (Andrawis A, 2021).

Hypomanie

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

Hypomanie

Die Hypomanie zeichnet sich durch ein der Manie ähnliches Krankheitsbild aus, allerdings ist es leichter ausgeprägt und dauert üblicherweise kürzer an. Die Symptome erreichen kein derartiges Ausmaß, dass die Erkrankten in ihrer Lebensführung wesentlich beeinträchtigt sind, also etwa ihrem Beruf nicht mehr nachgehen können oder auf massive soziale Ablehnung stoßen. Auch in einer hypomanen Episode nehmen die Betroffenen an sich meist keine krankheitswertigen Veränderungen wahr, im Gegenteil, sie fühlen sich meist besonders gesund, vital, attraktiv, kreativ, gesellig, gesprächig und leistungsfähig. Gerade deshalb sollten Angehörige von Menschen mit einer bipolaren Störung besonders aufmerksam sein und bei ersten Anzeichen von gehobener Stimmung oder Antriebssteigerung ärztliche Hilfe suchen. Denn oftmals geht eine Hypomanie in eine Manie über.

(Andrawis A, 2021).

Bipolare Störung Phase III Hypomanie

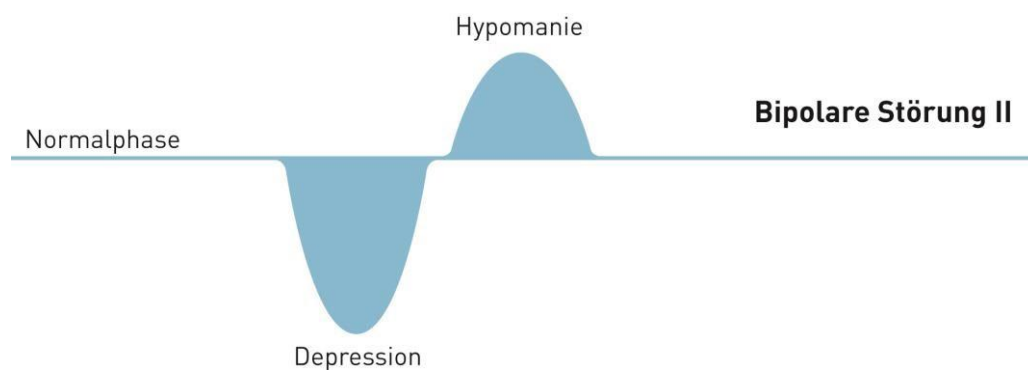


Abb.3: Bipolare Störung Phase III.

Quelle: Nicht modifiziert übernommen aus (Andrawis A, 2021).

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 (Andrawis A, 2018).

Die Diagnose einer bipolaren affektiven Störung ist schwierig und erfolgt oft erst nach mehreren Jahren und Arztkontakten. Besonders hypomane Episoden werden häufig übersehen, da sie milder und kürzer sind. Wichtig ist eine gründliche Anamnese, auch in Bezug auf familiäre Erkrankungen. Anfangs kann eine bipolare Störung oft mit einer unipolaren Depression verwechselt werden, da manche Patienten erst später manische oder hypomane Episoden zeigen. Körperliche Ursachen müssen ausgeschlossen werden, da ähnliche Symptome auch durch andere Erkrankungen oder Drogen ausgelöst werden können. Die Behandlung zielt darauf ab, Phasenhäufigkeit und -intensität zu reduzieren, meist durch eine Kombination aus Medikamenten (stimmungsstabilisierend) und Psychotherapie, ergänzt durch unterstützende Maßnahmen wie Ergotherapie oder Musiktherapie.

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 (ebd.).

Mischzustand

In der so genannten 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. Mischzustand

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

Welche Formen der Erkrankung gibt es?

Von Fachleuten wird die bipolare affektive Störung 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 (ebd.).

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 (ebd.).

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 zahlreiche 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 (ebd.). 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 (ebd.).

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, die 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 (ebd.).

Die Behandlung der Depression erfolgt durch Therapie mit Antidepressiva. Wie schon Andrawis (2021) 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 im Labor bestimmt (Leber, Nieren, Elektrolyte, Blutzucker, Cal, Schilddrüsenwerte, Vitamin B12 Spiegel, Serumeisenspiegel). EEG, CT, eventuell NMR, Hirnszintigraphie, SPECT, rCBF, Doppler

Sonographie folgen. Eventuell sollte bei einer Remission der Depression ein DexamethasonTest durchgeführt werden. Standardisierte Beurteilungsskalen erleichtern die Beurteilung des Schweregrades der Erkrankung (Andrawis A, 2021).

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 (ebd.).

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.).

Die Therapie der bipolaren affektiven Störung

Die Therapie der bipolaren affektiven Störung, auch als bipolare Störung bekannt, ist komplex und erfordert oft eine Kombination aus medikamentöser Behandlung, Psychotherapie und Lebensstilmanagement. Die Behandlung zielt darauf ab, die Stimmungsschwankungen zu stabilisieren, die Häufigkeit und Intensität von Manie, Hypomanie und Depression zu reduzieren sowie das Risiko für Rückfälle zu minimieren. Hier sind die wichtigsten Ansätze in der Therapie der bipolaren Erkrankung:

Medikamentöse Therapie

In einigen Fällen werden atypische Antipsychotika wie Quetiapin, Aripiprazol oder Olanzapin zur Stabilisierung der Stimmung eingesetzt. Antidepressiva können in Verbindung mit einem Stimmungsstabilisator zur Behandlung von depressiven Episoden verwendet werden. Sie werden jedoch in der Regel mit Vorsicht eingesetzt, da sie in manchen Fällen manische Episoden auslösen können.

Psychotherapie Psychoanalyse PA und Kognitive Verhaltenstherapie (CBT)

CBT kann dazu beitragen, den Umgang mit stressigen Situationen zu verbessern und Bewältigungsstrategien zu entwickeln, um die Symptome zu bewältigen.

Psychoedukation

Patienten und deren Familien können von Psychoedukation profitieren, bei der sie Informationen über die Erkrankung und deren Bewältigung erhalten.

Lebensstilmanagement-Regelmäßiger Schlaf

Ein stabiler Schlaf-Wach-Rhythmus ist entscheidend, um manische Episoden zu verhindern. Schlafentzug kann manische Symptome auslösen.

Stressmanagement

Stress kann Stimmungsschwankungen verschlimmern. Stressbewältigungstechniken wie Entspannungsübungen und Achtsamkeitstraining können hilfreich sein.

Alkohol- und Drogenverzicht

Alkohol und Drogen können manische und depressive Episoden auslösen oder verschlimmern. Der Verzicht darauf ist wichtig.

Gesunde Ernährung und regelmäßige Bewegung

Eine ausgewogene Ernährung und körperliche Aktivität können die Stimmung stabilisieren und das allgemeine Wohlbefinden fördern. Die Behandlung der bipolaren Erkrankung erfordert oft eine kontinuierliche Betreuung und Überwachung durch einen Facharzt für Psychiatrie. Die Medikation und Therapie werden individuell angepasst, da die Erkrankung von Person zu Person unterschiedlich verläuft. Es ist wichtig, dass Patienten eng mit ihrem Behandlungsteam zusammenarbeiten und regelmäßige Termine einhalten, um den Verlauf der Erkrankung zu überwachen und Anpassungen vorzunehmen, wenn dies erforderlich ist. Bei einer angemessenen Behandlung können viele Menschen mit bipolarer Erkrankung ein stabiles und erfüllendes Leben führen (Andrawis A, 2018).

Literaturverzeichnis

Andrawis A, (2021) Dissertation, Ganzheitliche Medizin Heilung und Heil, an der Collegium Humanum – Warsaw Management University Univ.

Andrawis A, (2018): Humanmedizin und Psychotherapiewissenschaft, zwischen Theorie und Praxis, Eigenverlag

Andrawis A, (2018): Psychoanalyse zur Überwindung, frühkindlicher Traumata zweijährige Patientenanalyse, von Jänner 2012 bis Februar 2014, Der verborgene Teil des Eisbergs Model Freud, 2.überarbeitete Auflage, Verlag Poligraf, Wydawnictwo, 2.überarbeitete Auflage, Poligraf sp. z o. o. ISBN: 978-3-9504659-0-4

Andrawis A, (2018): Determinanten des Entscheidungsverhaltens, von Verdrängung Heilung, Glaube, zur Bedeutung der Aufdeckung frühkindlicher Verdrängungen, durch Psychoanalyse und im Zusammenhang mit christlicher Glaubenshaltung, Verlag Poligraf, Wydawnictwo Poligraf sp. z o.o., ul ISBN: 978-3-9504659-0-7

Andrawis A, (2015): Der verborgene Teil des Eisbergs, Eine zweijährige Patientenanalyse von Jänner 2012 bis Februar 2014, 1. überarbeitete Auflage, Eigenverlag

Andrawis A, (2018): Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Verlag Poligraf, Wydawnictwo Poligraf sp. z o.o., ISBN: 978-3-9504659-2-1

Andrawis A, (2018): Psychoneuroimmunologie PNI Komplementärmedizin, und Ganzheitliche Heilung, Verlag Poligraf, Wydawnictwo Poligraf sp. z o.o., ISBN: 978-3-9504659-3-8

Andrawis A, (2013): Der verborgene Teil des Eisbergs. Eine zweijährige Patientenanalyse eigene Verlag.

Weiterführende Literatur:

Bürgin D, Resch F, Schulte-Markwort M (2009): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung, 2., überarbeitete Aufl. Verlag Huber

Dilling H, Mombour W, Schmidt M H (2011): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien, 8. überarbeitete Aufl., Verlag Hans Huber

Kernberg O F (1998): Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten, Verlag Hans Huber

Mentzos S (2010): Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven, Fischer-Verlag

Möller H-J, Laux G, und Deisster A (2010): MLP Duale Reihe Psychiatrie, Hippokrates Verlag

Möller H-J, Laux G, Deister A (2014): Psychiatrie und Psychotherapie, 5. Auflage, Thieme Verlag

Schuster P, Springer-Kremser M (1997): Bausteine der Psychoanalyse. Eine Einführung in die Tiefenpsychologie, 4. Auflage, WUV-Universitätsverlag

Schuster P, Springer-Kremser M (1998): Anwendungen der Psychoanalyse. Gesundheit und Krankheit aus psychoanalytischer Sicht, 2. überarbeitete Auflage, WUV-Universitätsverlag

Zepf S, (2000): Allgemeine psychoanalytische Neurosenlehre, Psychosomatik und Sozialpsychologie, Psychosozial-Verlag.

Andrawis A, 2018