

Zurück zum
Inhalt

Drucken

Thomas D. Meyer • Martin Hautzinger

Manisch-depressive (bipolar-affektive) Störungen

| Informationen für Patienten und Angehörige

BELTZPVU

Manisch-depressive (bipolar affektive) Störungen

Informationen für Patienten und Angehörige

Einleitung

Was bedeutet manisch-depressive (bipolar affektive) Störung?

Depressive und manische Symptome

Diagnose einer „manisch-depressiven (bipolar affektiven) Störung“

Gibt es unterschiedliche Formen der manisch-depressiven bzw. bipolaren Störung?

In welchem Alter treten manisch-depressive (bipolar affektive) Störungen auf?

Berichte von Patienten mit einer manisch-depressiven Störung

Was ist die Ursache für manisch-depressive (bipolar affektive) Störungen?

Werden bipolar affektive Störungen vererbt?

Wie erklärt man sich heute die Entstehung manisch-depressiver Episoden?

Wie sieht die Behandlung aus?

Welche Behandlungskomponenten stehen zur Verfügung?

Medikamentöse Behandlung – wie sieht sie aus und was wird damit erreicht?

Was sind stimmungsstabilisierende Medikamente?

Was sind Antidepressiva?

Wie lange müssen die Medikamente eingenommen werden?

Ist diese vorbeugende medikamentöse Behandlung überhaupt wirksam?

Mit welchen Nebenwirkungen ist bei den Medikamenten zu rechnen?

Aufklärung, Information und Psychotherapie – von Nutzen?

Was können Sie tun?

Welchen Sinn macht Psychotherapie?

Ausblick

Einleitung

Nicht allein. Erhält man selbst oder ein Angehöriger die Diagnose „manisch-depressive Störung“, kann man sich fühlen, als stehe man mit diesem Problem allein da. Doch viele Menschen werden mit dieser Diagnose konfrontiert: Insgesamt erkranken etwa 1 % aller Erwachsenen an der klassischen Form der manisch-depressiven Störung, d.h. von den 80 Mio. Bundesbürgern leiden mindestens 800.000 Menschen an dieser Erkrankung. Diese Zahl wird sogar noch größer, wenn man zusätzlich Personen berücksichtigt, die entweder nur manische oder nur leichte manische Phasen, sog. Hypomanien, erleben. Hinzu kommt, dass in solche Häufigkeitsangaben meistens nur die schweren Fälle eingehen.

Behandlung hilft. Glücklicherweise gibt es inzwischen sowohl effektive medikamentöse als auch psychotherapeutische Behandlungen zur Stabilisierung der Stimmung und zum Aufbau zusätzlicher Fertigkeiten, die es den Betroffenen – aber auch ihren Angehörigen, Partnern und Freunden – ermöglichen, mit dieser Störung zu leben und ein zufriedenes und erfülltes Leben zu führen.

Verstehen hilft. Im Gegensatz zu den zahlreichen Artikeln, die in Fachzeitschriften und wissenschaftlichen Büchern zu diesem Themenbereich erschienen sind, soll im Folgenden versucht werden, wichtige Informationen über die manisch-depressive Störung verständlich darzustellen. Diese Information soll Antworten auf häufige Fragen von Betroffenen, ihren Angehörigen, Partnern und Freunden geben.

In dieser Information sprechen wir immer von Patienten und Partnern oder Ärzten und Therapeuten. Dies dient ausschließlich der besseren Lesbarkeit, wobei natürlich Patientinnen und Partnerinnen, Ärztinnen und Therapeutinnen immer selbstredend mitgemeint sind.

Was bedeutet „manisch-depressive (bipolar affektive) Störung“?

Depressive und manische Symptome

Extremes Hoch, extremes Tief. Gefühle und Stimmungen, wie z.B. Wut, Freude oder Niedergeschlagenheit, gehören zu unseren täglichen Erfahrungen und stellen ganz normale Reaktionen dar, die zum Teil durch bestimmte Dinge und Situationen ausgelöst werden. Manchmal können sie aber auch relativ losgelöst von aktuellen Erlebnissen erscheinen (z.B. morgens schlecht gelaunt aufwachen). Jeder kennt von sich selbst auch so genannte Hochs und Tiefs in der Stimmung. Bei manisch-depressiven Störungen handelt es sich aber um psychiatrische Erkrankungen, bei denen solche Stimmungsschwankungen extrem stark ausgeprägt sind und die scheinbar völlig unabhängig von Ereignissen auftreten können, die im Leben passieren. Diese Schwankungen in der Stimmung beeinflussen die Gedanken, die Gefühle, das Verhalten und die Fähigkeit, mit dem Alltag zurecht zu kommen. Die Tatsache, dass die Erkrankungen nicht nur Veränderungen in der Stimmung umfassen, ist auch der Grund, warum für die Diagnose einer manisch-depressiven Störung die Stimmungsschwankungen allein nicht ausreichen, sondern weitere Merkmale hinzukommen müssen (siehe unten Kästen 1 und 2).

Von einer voll ausgeprägten **depressiven Episode** spricht man, wenn folgende Symptome für mindestens zwei Wochen vorhanden sind und zu deutlichen Beeinträchtigungen z.B. im Alltag, im Beruf oder auch in zwischenmenschlichen Beziehungen führen:

- (1) a) Sich traurig, niedergeschlagen, deprimiert fühlen *oder*
b) das Interesse an Dingen verlieren, die einem normalerweise Spaß machen (z.B. Hobbys).

Hinzu kommen müssen **mindestens vier weitere** der folgenden Symptome:

- (2) Schlafschwierigkeiten, insbesondere Probleme beim Einschlafen und Durchschlafen. Frühmorgendliches Erwachen oder zu viel schlafen kann aber auch auftreten.

- (3) Appetitverlust oder -steigerung, wobei es häufiger vorkommt, dass die Betroffenen kaum Hunger verspüren.
- (4) Konzentrationsprobleme oder Schwierigkeiten, sich sogar bei alltäglichen Dingen zu entscheiden.
- (5) Schuldgefühle, Gefühl von Wertlosigkeit oder ein sehr geringes Selbstwertgefühl. Die Betroffenen halten sich für unfähig oder machen sich Selbstvorwürfe und grübeln.
- (6) Gefühl von Verlangsamung des eigenen Denkens oder von Bewegungen, was sich z.B. darin zeigen kann, dass es lange dauert, bis auf Fragen geantwortet wird oder so gut wie keine Reaktion erfolgt. Umgekehrt kann man sich so unruhig fühlen, dass man kaum still sitzen kann. Es darf sich dabei nicht nur um ein subjektives Gefühl der Betroffenen handeln, sondern muss so deutlich sein, dass es auch von anderen bemerkt wird.
- (7) Energielosigkeit oder ständige Müdigkeit bzw. Erschöpfung. Selbst kleinste Aufgaben und Aktivitäten werden als enorm anstrengend erlebt.
- (8) Gedanken an den Tod oder an Selbstmord. Dies kann gehen von der Vorstellung, dass es für die anderen besser wäre, man wäre nicht mehr da, bis hin zu detaillierten Plänen, wann und wo man sich umbringen will.

Kasten 1. Symptome einer depressiven Episode (nach APA, 1994)

Was ist depressiv? Nicht jedes Gefühl von Niedergeschlagenheit oder Traurigkeit wird aus psychiatrisch-psychologischer Sicht als Anzeichen für eine Depression gewertet. Hinzukommen müssen weitere Aspekte wie die zeitliche Dauer der Niedergeschlagenheit oder des Interessenverlusts sowie zusätzliche Anzeichen (z.B. Schlafstörungen, Veränderungen des Appetits oder Essverhaltens, die im Kasten 1 aufgelistet sind). Entsprechendes gilt auch für Glücksgefühle, Euphorie oder Gereiztheit. Auch hier müssen weitere Aspekte hinzukommen, die die Diagnose einer „klinisch bedeutsamen manischen Episode“ rechtfertigen.

Was ist manisch? Eine Manie beginnt oft mit einem angenehmen Gefühl von vermehrter Energie, größerem Einfallsreichtum und mit einem stärkeren Bedürfnis nach sozialen Kontakten und Geselligkeit sowie nach einem insgesamt intensiveren Erleben. Für Leute, die den Betroffenen nicht kennen, kann die ungewöhnlich gute oder aufgekratzte Stimmung des Gegenübers durchaus anfangs ansteckend wirken. Für Angehörige und Freunde erscheint das Verhalten jedoch ziemlich schnell als „völlig überzogen“ und manchmal auch fremd. Die Symptome können dann sehr schnell eskalieren, außer Kontrolle geraten und in eine manische Episode münden. Menschen in einer manischen Phase fehlt meistens die Einsichtsfähigkeit in die Symptomatik. Sie verleugnen, dass irgendetwas

nicht stimmen könnte, und beschimpfen wütend jeden, der in ihrem Verhalten ein Problem sieht und auf solche Unstimmigkeiten oder Veränderungen im Verhalten hinweist. In Kasten 2 sind die Kennzeichen für eine manische Episode angegeben. Wenn diese nicht ganz so lange dauert und nicht ganz so stark ausgeprägt ist, spricht man von einer „hypomanen“ oder „hypomanischen“ Phase.

Von einer **hypomanen Phase** spricht man, wenn die Symptome mindestens vier Tage andauern, für Dritte eine deutliche Veränderung im Verhalten der Person darstellen und nur leichte Beeinträchtigungen im Alltag oder in zwischenmenschlichen Beziehungen auftreten. Die Symptome sind jedoch die gleichen wie bei einer Manie!

Von einer voll ausgeprägten manischen Episode spricht man, wenn folgende Symptome für mindestens eine Woche vorhanden sind und zu deutlichen Beeinträchtigungen im Alltag, im beruflichen oder zwischenmenschlichen Bereich führen:

- (1) a) Sich ungewöhnlich glücklich, aufgedreht, euphorisch *oder*
b) reizbar fühlen.

Oder diese Veränderungen sind für andere, die die Person gut kennen, deutlich. Auch schnelle Wechsel im Affekt – zwischen Euphorie und Reizbarkeit – werden beobachtet.

Je nachdem, ob die Stimmung euphorisch-aufgedreht oder reizbar ist, müssen **mindestens drei bzw. vier zusätzliche** Symptome aus der folgenden Liste vorhanden sein:

- (2) Geringes Schlafbedürfnis, ohne sich müde zu fühlen, d.h. obwohl kaum oder gar nicht geschlafen wurde, fühlen sich Personen in einer manischen Phase voller Energie.
- (3) Sehr schnelles Reden, so dass andere kaum folgen können. Es kann zu stundenlangen Monologen kommen. Die Sprache ist oft voller Wortspiele und kann sehr spritzig und witzig sein.
- (4) Gedanken- oder Ideenrasen. Von den Betroffenen wird berichtet, dass ihre Gedanken schneller sind als die Worte und dass ein Thema das andere ablöst. Von außen wird es am ehesten als extreme Sprunghaftigkeit von einem Thema zum anderen erlebt.
- (5) Leichte Ablenkbarkeit, die dazu führen kann, dass die Aufmerksamkeit innerhalb weniger Minuten von einem Thema zum nächsten springt. Es fällt den Betroffenen schwer, unwichtige äußere Reize auszublenden, z.B. Hintergrundgeräusche oder die Einrichtung des Zimmers, obwohl eigentlich etwas anderes, z.B. das aktuelle Gespräch, einzig und allein wichtig wäre.

- (6) Ein deutlich gesteigertes Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein. Das Spektrum kann hier von einem überhöhten Selbstvertrauen, von übersteigerten Gefühlen persönlicher Macht, Einflussmöglichkeit oder Bedeutung, bis hin zu dem Gefühl, besondere Fähigkeiten zu haben, reichen. Auch sehr ausgeprägte Größenideen können auftreten, z.B. kann es vorkommen, dass die Betroffenen Bücher oder Symphonien schreiben, die sie für grandios halten.
- (7) Übermäßige Beschäftigung mit angenehmen Dingen oder deren Planung, ohne an die Folgen zu denken. Die Aktivitäten, Unternehmungen und Verhaltensweisen können dabei mit großer Wahrscheinlichkeit zu negativen Konsequenzen führen. Beispiele hierfür sind sexuelle Eskapaden, das Ausgeben von zu viel Geld, törichte finanzielle Entscheidungen oder Anrufe bei Bekannten oder Fremden zu jeder Tages- und Nachtzeit.

Kasten 2. Symptome einer manischen Episode (nach APA, 1994)

Diagnose einer manisch-depressiven (bipolar affektiven) Störung

Himmelhochjauchzend, zu Tode betrübt. Der Begriff „manisch-depressiv“ macht bereits ein zentrales Kennzeichen dieser Erkrankung deutlich: Hier kommen zwei Aspekte zusammen, die auch für sich allein auftreten können, die aber beide für das Erscheinungsbild der Störung wichtig sind. Es handelt sich – wie bereits beschrieben – um die Symptome für depressive und manische Episoden. Manche Personen erleben voll ausgeprägte manische und depressive Episoden, manche zeigen ausgeprägte depressive Phasen und nur mäßig starke manische Phasen, die auch als „hypomane“ bzw. „hypomanische“ Episoden bezeichnet werden.

Es kann auch vorkommen, dass ein Betroffener primär manische Phasen erlebt, aber nur schwache depressive Phasen. Bei etwa 50–60 % der manischen Episoden tritt entweder vorher oder nachher eine depressive Phase auf. Andere Personen wiederum leiden unter so genannten „gemischten Episoden“, in denen quasi gleichzeitig depressive und manische Symptome auftreten oder diese sich an einem Tag mehrmals abwechseln. Unter diesen „gemischten Episoden“ leiden Betroffene vielleicht am meisten: Man ist einerseits erregt und unruhig wie in einer manischen Phase, fühlt sich aber gleichzeitig gereizt oder niedergeschlagen und nicht euphorisch oder glücklich.

Psychotische Symptome. Bei manchen Patienten mit dieser Störung treten zudem so genannte „psychotische Symptome“ auf. Damit sind vor allem Halluzinationen und Wahnvorstellungen gemeint.

Halluzinationen. Hier hört oder sieht der Betroffene z.B. Dinge, die andere nicht hören oder sehen können. Manche hören Stimmen, die ihnen Befehle geben oder ständig das eigene Verhalten kommentieren. Andere sehen verstorbene Menschen, vertraute oder unbekannte Personen, Engel oder Fratzen. Wie sich die Halluzinationen äußern, kann im Einzelfall sehr unterschiedlich sein, aber sie können als sehr beängstigend und bedrohlich erlebt werden.

Wahnvorstellungen und -ideen. Die Person glaubt unumstößlich an Dinge, die nicht wahr sind, und ist felsenfest davon überzeugt. Typische Beispiele sind, sich für berühmte Persönlichkeiten wie z.B. Napoleon oder für eine Gottheit zu hal-

ten. Es kann auch vorkommen, dass Betroffene glauben, ganz besondere Kräfte oder Sonderaufträge zu haben (z.B. die Welt vor Außerirdischen zu retten). Es gibt aber auch Menschen mit einer manisch-depressiven Störung, die glauben, dass andere sie bedrohen oder verfolgen. Auch hier gibt es sehr vielfältige Formen, in denen sich solche Wahnvorstellungen zeigen können. Oft fällt es den Betroffenen besonders schwer, offen und frei über diese Erfahrungen zu sprechen.

Diagnosekriterien. Da es für die Diagnosestellung „manisch-depressive Störung“ keine objektiven Kriterien gibt wie z.B. Veränderungen im Blutbild, Hormonspiegel etc., sondern nur subjektiv erlebte oder von anderen beobachtete Veränderungen im Verhalten und Erleben, kann es passieren, dass zu Beginn der Erkrankung nicht die richtige Diagnose gestellt wird. Dies tritt vor allem auf, wenn bislang in erster Linie depressive oder psychotische Symptome, wie sie gerade beschrieben wurden, in der Akutsituation vorherrschend waren. Bei etwa 30 % der Patienten wird erst im Krankheitsverlauf die Diagnose in „manisch-depressive Störung“ korrigiert.

„Bipolare (affektive) Störung“. Gleich bedeutend mit „manisch-depressiver Störung“ ist ein Begriff, der ebenfalls wiederholt bereits in diesen Informationen auftaucht: die „bipolare (affektive) Störung“. Dieser wird vor allem im psychiatrisch-psychologischen Bereich und in der entsprechenden Fachliteratur häufig benutzt. Das hat nichts mit Physik und Elektroden zu tun, sondern mit der Vorstellung, dass sich bei dieser Erkrankung zwei scheinbar völlig gegensätzliche Zustände zu einem Störungsbild vereinigen. Wenn Patienten nur unter Depressionen leiden, wird entsprechend dazu von einer „unipolaren“ oder „monopolaren“ Störung gesprochen.

Gibt es unterschiedliche Formen der manisch-depressiven bzw. bipolaren Störung?

Es gibt erhebliche individuelle Unterschiede in der Häufigkeit und Art der Krankheitsphasen, die Menschen mit einer bipolaren Störung erleben. Manche Betroffene haben etwa gleich häufig depressive und manische Episoden; bei anderen wiederum dominieren entweder depressive oder manische Phasen.

Krankheitsepisoden. Im Durchschnitt treten in den ersten zehn Jahren der Erkrankung vier Episoden auf. Bei Männern beginnt es häufiger mit einer manischen Phase, während bei Frauen eher depressive Episoden am Anfang stehen. Obwohl manchmal Jahre zwischen den ersten zwei oder drei depressiven oder manischen Krankheitsepisoden vergehen können, häufen sich bei fehlender Behandlung meistens die Episoden. Die Abstände zwischen manischen und de-

pressiven Phasen und somit die Zeit, in der es vielen Betroffenen relativ gut geht, wird zunehmend kürzer. Vielleicht haben Sie bereits einmal von sog. Winterdepressionen gehört. Etwas Ähnliches kann auch in einigen Fällen bei der bipolaren Störung beobachtet werden. Es kann zu jahreszeitlich bedingten Schwankungen kommen, in denen z.B. manische Phasen eher in den Sommermonaten auftreten, während sich die depressiven Phasen in den Wintermonaten häufen. Bei einer kleinen Anzahl von Leuten kann dieser Wechsel von manischen und depressiven Episoden sehr häufig sein, bis hin zu einem ständigen Vorhandensein von Symptomen das ganze Jahr durch.

Die einzelnen Krankheitsphasen können Tage, Wochen oder Monate andauern. Unbehandelt halten manische und hypomane Episoden im Durchschnitt meist nur einige Monate an, während Depressionen oft länger als ein halbes Jahr andauern. Einige Personen zeigen zwischen solchen manischen und depressiven Episoden überhaupt keine Symptome. Man spricht in diesem Fall von einer sog. vollständigen Remission. Bei etwa 20–30 % bleiben jedoch Symptome übrig, wie z.B. soziale oder berufliche Probleme, leichte Depressivität oder mäßige Stimmungsschwankungen mit sich abwechselnden Hochs und Tiefs.

Für die Abrechnung mit den Krankenkassen ist das Diagnosesystem der Weltgesundheitsorganisation WHO entscheidend, das nur allgemein von „bipolar affektiver Störung“ spricht. Eine Unterscheidung, die von psychiatrisch-psychologischer Seite oft getroffen wird und die im Hinblick auf Verlauf, Prognose und Behandlung zunehmend an Bedeutung gewinnt, ist folgende:

Bipolar I Störung. Hierbei handelt es sich um die Diagnose, die traditionell als „manisch-depressiv“ bezeichnet wird. Betroffene haben manische oder gemischte Episoden und zeigen meistens auch depressive Phasen. Wenn man zum ersten Mal erkrankt und es sich dabei um eine manische Episode handelt, wird dennoch die Diagnose einer Bipolar I Störung gestellt. Der Grund dafür ist, dass sehr wahrscheinlich in der Zukunft auch depressive Phasen auftreten werden.

Eine Unterform der Bipolar I Störung ist das „Rapid Cycling“ (deutsch: schneller Wechsel): Von diesem Typ spricht man dann, wenn ein Betroffener mindestens vier Krankheitsepisoden pro Jahr hat, wobei es unerheblich ist, ob es sich um depressive, gemischte, hypomane oder manische Phasen handelt. Dieses Muster zeigt sich bei etwa 5–15 % der Patienten mit einer bipolaren Störung. Im deutschen Sprachraum gibt es keine allgemein gültige Übersetzung für dieses „Rapid Cycling“. Die Betroffenen könnte man als „schnelle Episodenwechsler“ bezeichnen. Es gibt Hinweise, dass solche schnellen Episodenwechsel manchmal daraus resultieren können, dass depressive Phasen mit Antidepressiva behandelt werden, die ein Hoch auslösen können, dem wiederum ein Tief folgt. Manche vergleichen dies mit einer Art Achterbahn, bei der es ständig rauf und runter geht.

Bipolar II Störung. Wenn bei Ihnen diese Diagnose gestellt wurde, bedeutet dies, dass zwar hypomane und depressive Episoden in der Vorgeschichte festzustellen, aber keine voll ausgeprägten manischen oder gemischten Phasen aufgetreten sind. Diese Form ist sowohl für den Fachmann als auch für Betroffene und Angehörige sehr schwer zu erkennen, da die Hypomanie oft nicht identifiziert wird. Der Betroffene scheint „nur etwas aufgedreht“, „etwas überschießend“, insbesondere wenn sich der Betroffene gut und glücklich fühlt, über mehr Energie verfügt und es vermeidet, in ernsthafte Schwierigkeiten zu geraten.

Wenn man unter einer Bipolar II Störung leidet, übersieht man selbst möglicherweise hypomane Episoden und sucht nur bei Depressionen professionelle Hilfe auf. Bei einer daraus häufig resultierenden einseitigen Behandlung mit Antidepressiva besteht das Risiko, dass

- (1) das Medikament hypomane Phasen auslösen kann oder
- (2) es dazu führen kann, dass die Wechsel von depressiven und hypomanen Episoden häufiger werden.

In welchem Alter treten manisch-depressive (bipolar affektive) Störungen auf?

Die bipolaren bzw. manisch-depressiven Störungen treten typischerweise erstmalig in der Jugend oder im frühen Erwachsenenalter auf. Wenn man von der ersten medizinisch-psychologischen Behandlung oder vom ersten stationären Aufenthalt in einer Klinik als Indiz ausgeht, liegt das Auftretensalter bei etwa 25 Jahren. Wie aus Abbildung 1 ersichtlich wird, erkranken schätzungsweise 57,5 % der Patienten vor dem 30. Lebensjahr.

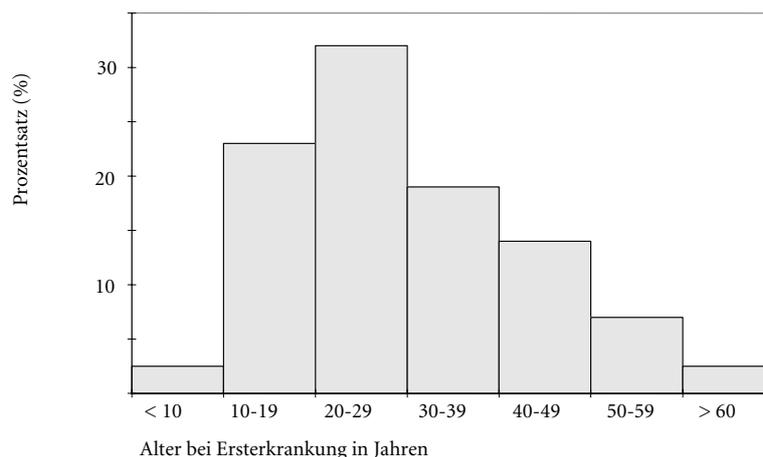


Abbildung 1. Geschätzter Prozentsatz von Ersterkrankungen in unterschiedlichen Altersgruppen

Hierbei muss aber beachtet werden, dass oft viel Zeit zwischen dem Auftreten der ersten Symptome und der ersten Behandlung vergeht. Sofern die Erkrankung mit einer manischen Episode beginnt, wird gleich die richtige Diagnose gestellt. Tritt jedoch zuerst eine Depression auf, muss eine betroffene Person mindestens eine depressive *und* manische bzw. hypomane Krankheitsphase durchgemacht haben, bevor die Diagnose gestellt werden kann. Da diese depressiven und manischen Episoden nicht unbedingt zeitlich eng aufeinander folgen müssen, kann es daher dauern, bis die korrekte Diagnose gestellt werden kann. Auch bei den beiden folgenden Patientenberichten zeigt sich, dass die richtige Diagnose erst nach einiger Zeit gestellt wurde. Bei etwa 50 % der Personen mit einer manisch-depressiven Störung beginnt die Krankheit mit einer manischen Episode, während die anderen 50 % zuerst eine depressive Phase erleben.

Berichte von Patienten mit einer manisch-depressiven Störung

Der Architekt R. ist 41 Jahre alt, verheiratet und hat zwei Kinder. Es dauerte etwa zehn Jahre, bis er sich seine Stimmungsschwankungen, sein aggressives Temperament sowie seine tiefschwarzen depressiven Phasen erklären konnte. Er beschreibt seine Kindheit und Jugend als glücklich. Während des Studiums begann eine Zeit, in der er sich extrem niedergeschlagen fühlte und nur noch über Selbstmord nachdachte.

Wie bei manchen anderen wurde die Diagnose „bipolare Störung“ erst nach Jahren gestellt, da er erstens lange Zeit keine professionelle Hilfe aufsuchte und zweitens erst durch einen massiven Stimmungsumbruch ersichtlich wurde, was hier vonstatten ging. Im Alter von 31 Jahren kam es mit seiner zweiten Ehefrau zu heftigen Auseinandersetzungen. Nicht nur gegenüber seiner Frau kam es mehrfach zu Streit, sondern auch mit Bauträgern und Kunden. Als er zudem kaum noch schlief und nächtelang in seinem Büro saß und dabei „Schlösser und Prachtvillen“ entwarf, überzeugte ihn seine Frau, einen Psychiater aufzusuchen. Die Diagnosestellung dauerte gerade drei Minuten, nachdem seine Frau dem Arzt das Verhalten ihres Mannes beschrieben hatte. Er bekam daraufhin Lithium verschrieben.

Herr R. arbeitet nach wie vor als Architekt. Sein Freundeskreis weiß über seine manisch-depressive Erkrankung Bescheid. Ihm tut es gut zu wissen, dass dies für die anderen kein Problem darstellt. Außerdem hat er den Eindruck, dass sie dadurch seine Stimmungsschwankungen und kleineren Zornausbrüche nicht so persönlich nehmen und besser verstehen können. Inzwischen beobachtet er sorgfältig seine Stimmung. „Ich gehöre zu den Leuten, die alle paar Wochen Hochs und Tiefs haben. Meine Depressionen dauern etwa vier bis fünf Tage, dann baut sich die Euphorie auf, die zwei bis drei Wochen da

ist, und dann kommt die Depression zurück.“ Das Lithium führt bei Herrn R. dazu, dass seine Stimmungsschwankungen nicht mehr so ausgeprägt sind und er seine Reizbarkeit im Zaum halten kann. Außerdem hat er mithilfe seines Therapeuten gelernt, Anzeichen für eine beginnende Manie oder Depression zu erkennen und zu handeln. Er hat z.B. gelernt, dass er ggf. einen Termin mit einem Kunden absagen muss, wenn er an dem Tag sehr gereizt ist und Probleme zu erwarten sind (z.B. der Kunde will nicht den vereinbarten Preis zahlen).

Die Krankenschwester A. ist 36, ledig. Mit 22 Jahren hatte sie ihre erste manische Phase, wobei bei ihr die Diagnose Schizophrenie gestellt wurde. Sie glaubte, ein Engel zu sein und eine besondere Botschaft zu haben. Da sie ständig wildfremde Menschen ansprach, weil sie sich „allen so nah und verbunden fühlte“, und auf der Station allen Patienten Blumen schenkte, wurde sie von ihrem damaligen Chefarzt gebeten, sich in Behandlung zu begeben.

Zwei Jahre später und erst nach weiteren drei Episoden verschrieb ihr ein Arzt probeweise Lithium und ihre Symptomatik verbesserte sich relativ schnell. Die richtige Diagnose und das richtige Medikament führten jedoch nicht dazu, dass ihre Störung verschwand, da sie – wie sie sagt – „lange brauchte, um die Krankheit zu akzeptieren. Erst nach einem stationären Aufenthalt, der fast ein Jahr dauerte, erkannte ich die Wahrheit“. Zuvor hatte sie, sobald es ihr besser ging, die Medikamente wieder abgesetzt, was zu ständigen Rückfällen in manische und depressive Episoden führte.

Frau A. lässt nur wenige Leute wissen, dass sie an einer manisch-depressiven Störung leidet. Da sie inzwischen im öffentlichen Dienst arbeitet, musste sie jedoch bei der Einstellungsuntersuchung ihre Erkrankung mitteilen, da ansonsten die Ergebnisse ihrer Urinprobe Probleme gemacht hätten. Die Auflage, die sie bekam, um ihre neue Stelle als Krankenschwester zu bekommen, war, weiterhin regelmäßig in psychiatrisch-psychologischer Behandlung zu bleiben. In Zusammenarbeit mit ihrem Arzt und Psychologen hat Frau A. für sich herausgefunden, dass bei ihr vor allem Schlafdefizite das Auftreten manischer und depressiver Phasen provozieren. Inzwischen hat Frau A. einen Partner, und sie beide denken auch über eine Heirat nach. Er weiß von ihrer Erkrankung und hat sich einige Male mit ihrem Therapeuten zusammengesetzt, um mehr über die manisch-depressive Störung zu erfahren. Zuerst war ihr dies nicht so angenehm, aber Frau A. geht heute davon aus, dass „er mich, wenn es schlimmer wird, auch vor mir selbst schützen kann; und irgendwie beruhigt mich dieses Gefühl“.

Andere Fälle. Es gibt aber auch Fälle, bei denen die ersten Anzeichen bereits in der Kindheit aufgetreten sind oder umgekehrt erst im Alter von 40 oder 50 Jahren auftauchen. Bei Kindern ist es oft sehr schwierig, die Diagnose einer bipolaren Störung zu stellen, da die Symptomatik längst nicht so eindeutig ist. In ausgeprägter Form scheint sie relativ selten. Wenn jedoch eine Person Symptome einer manisch-depressiven Störung erst sehr spät entwickelt, kann häufig eine eindeutige medizinisch-organische Ursache festgestellt werden. Im psychiatrischen Bereich wird dann oft von einer „sekundären“ oder „symptomatischen“ Störung gesprochen. Es kann sich dabei z.B. um neurologische Erkrankungen, um Störungen im Hormonsystem, um Tumorerkrankungen, um Folgen von langjährigem Alkohol- oder Drogenmissbrauch oder um Nebenwirkungen eines verschriebenen Medikaments handeln.

Was ist die Ursache für manisch-depressive (bipolar affektive) Störungen?

Werden bipolar affektive Störungen vererbt?

Dies ist eine häufig gestellte Frage. Oft geht es dabei auch um Fragen der Familienplanung. Darf ich Kinder haben? Werden sie erkranken?

Familiäre Häufung. Die bipolare Störung scheint familiär gehäuft aufzutreten, d.h. wenn in der Verwandtschaft ein Fall einer manisch-depressiven Störung bekannt ist, ist das Risiko für die Angehörigen größer. Es treten somit bei ihnen häufiger manisch-depressive und depressive Störungen auf als bei Verwandten von Personen ohne psychische Erkrankung.

Die Forschung hat im Erbgut einige Gene entdeckt, die im Zusammenhang mit der manisch-depressiven Störung stehen könnten. Dies bedeutet wiederum, dass bei der bipolaren Störung verschiedene biochemische Prozesse verantwortlich sind – wie z.B. auch bei verschiedenen Arten von Rheuma. Festzuhalten ist auf jeden Fall, dass „das“ eine Gen, das die manisch-depressive Erkrankung auslöst, nicht existiert!

Wenn Sie unter der manisch-depressiven Störung leiden und Ihr Partner bzw. Ihre Partnerin nicht, ist das Risiko für Ihr Kind, dass es ebenfalls eine bipolare Störung entwickelt, 1 zu 7. Die Wahrscheinlichkeit, eine (unipolare) Depression zu entwickeln ist in diesem Personenkreis ebenfalls erhöht und höher als das Risiko, manisch-depressiv zu werden. Das Risiko steigt dann an, wenn es eine größere Anzahl Verwandter gibt, die auch eine manisch-depressive oder eine depressive Störung hatten.

Wie erklärt man sich heute die Entstehung manisch-depressiver Episoden?

Übertragung der Nervenimpulse. Wie Sie bereits erfahren haben, gibt es nicht „das“ Gen für die bipolare Störung. Man kann zudem sagen, dass es „die“ Ursache für diese Erkrankung ebenfalls nicht gibt. Die manisch-depressiven Störungen sind weder Fehler der betroffenen Person noch sind sie das Ergebnis einer „schwachen“ oder „labilen“ Persönlichkeit. Die bisherige Forschung legt nahe, dass es genetisch bedingt zu einer fehlenden Stabilität der Übertragung von Ner-

venimpulsen im Gehirn kommt. Dies macht Personen mit einer manisch-depressiven Störung anfälliger gegenüber emotionalen und körperlichen Belastungen.

Angeborene oder erworbene Anfälligkeit. Wenn nun aufregende Lebenserfahrungen, Stress, Konsum von Alkohol oder Drogen, mangelnder Schlaf oder andere Ereignisse auftreten, die zu einer sehr starken Stimulation bzw. Erregung führen, arbeiten die normalen Gehirnmechanismen eventuell nicht richtig. Diese Mechanismen im Gehirn führen bei Menschen, die nicht an einer bipolaren Störung leiden, normalerweise zu einer Gegenregulation, so dass wieder Ruhe einkehrt. Bei Patienten mit einer manisch-depressiven Störung wird angenommen, dass dies nicht der Fall ist. Diese Theorie, die von einer Wechselwirkung zwischen einer angeborenen oder erworbenen Anfälligkeit („Vulnerabilität“) und Umweltfaktoren (wie z.B. Stress oder familiäre Belastungen) ausgeht, ist den Theorien ähnlich, die auch für andere psychische Störungen und organische Erkrankungen inzwischen allgemein in Fachkreisen anerkannt sind.

Als Beispiel hierzu seien Herzerkrankungen angeführt: Auch hier geht man davon aus, dass ein Mensch genetisch bedingt eine Neigung zu hohem Blutdruck oder einem hohen Cholesterin-Spiegel hat. Diese Faktoren führen dann allmählich zu einer Beeinträchtigung der Sauerstoffzufuhr zum Herzen. Unter Stress (wie bei starker körperlicher Belastung oder emotionaler Anspannung) kann es plötzlich zu Brustschmerzen oder sogar zu einem Herzinfarkt kommen, wenn die Sauerstoffversorgung zu gering wird.

Wechselwirkungen erkennen lernen. Ähnlich sieht man es auch bei der bipolaren Störung. Abbildung 2 versucht dies zu veranschaulichen: Den Hintergrund stellt die individuelle Vulnerabilität bzw. Anfälligkeit dar, die durch Aspekte wie genetische Faktoren, biochemische Prozesse etc. gekennzeichnet ist. Aktuelle Bedingungen in der Umwelt (wie z.B. Stress, jahreszeitliche Veränderungen und Konflikte mit anderen) kommen hinzu. Hierbei kommt es zu Wechselwirkungen, wodurch sich die Lage verschärft. Zu Beginn der Erkrankung treten in diesem Beispiel nur leichte Episoden, d.h. entweder hypomanische Phasen (oberhalb der Zeitachse, schwarz) oder leichte depressive Verstimmungen (unterhalb der Zeitachse, weiß). Die gestrichelten Linien stellen die Schwellen dar, ab wann man von einer manischen bzw. depressiven Episode sprechen würde, wie sie bereits weiter oben in den Kästen 1 und 2 beschrieben wurden. Im vorliegenden Beispiel wäre also erst die dritte Phase (siehe 3. Kurve) so stark ausgeprägt, dass sie in diesem Fall eindeutig die Kriterien einer manischen Episode erfüllt. Auf sie folgt unmittelbar eine klinisch bedeutsame depressive Phase. Dieser Wechsel kann im konkreten Fall so aussehen, muss aber nicht.

Durch Behandlung unabhängiger werden. Wie bereits erwähnt, können die Verläufe wie z.B. die Häufigkeit, Schwere und Art der Episoden zwischen den Personen erheblich variieren, aber eines wird aus der Abbildung 2 auch deutlich: Die Pfeile, die die Stärke des Einflusses von Stress und anderen Bedingungen kennzeichnen sollen, werden kleiner. Dies ist ein Befund, der sich im Längsschnitt zeigt: Bei unbehandelten Patienten scheint die Erkrankung eine Eigendynamik zu entwickeln, so dass das Auftreten von Krankheitsepisoden zunehmend unabhängiger von aktuellen Umweltfaktoren erscheint. Im späteren Verlauf dominieren dann eher jahreszeitliche Schwankungen, d.h. mit beginnenden depressiven Phasen eher im Frühjahr und Herbst und manischen Episoden gehäuft in den Sommermonaten bis etwa September. Das muss zwar nicht so sein, ist aber möglich. Außerdem scheint das Ausmaß an Belastungen und Stress, das erforderlich ist, damit erneut Symptome auftreten, geringer zu werden. Das bedeutet: Je häufiger jemand akute Episoden in seinem Leben hatte, desto geringer scheint die Schwelle, um bei Belastungen wieder Symptome auszubilden.

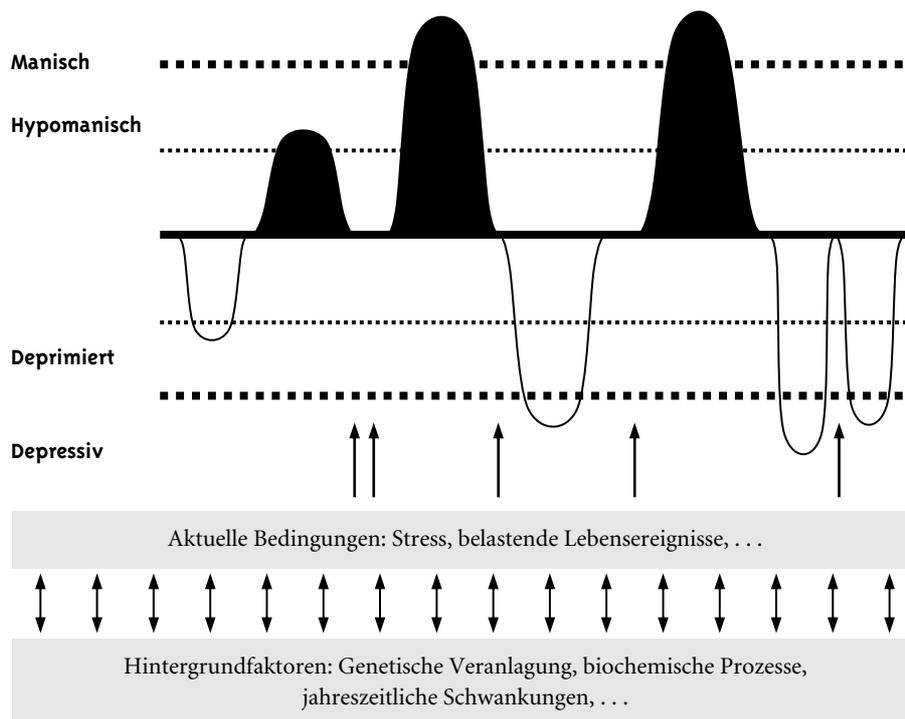


Abbildung 2. Schwellenmodell für manische und depressive Episoden in Abhängigkeit von Vulnerabilität und aktuellen Bedingungen

Richtige Medikamente und Lebensgewohnheiten. Die Abbildung zeigt, dass sowohl die Vulnerabilität (= biologisch-genetische Faktoren) als auch die aktuellen Umweltfaktoren für das Auftreten manischer und depressiver Episoden verantwortlich sind. Dies gilt ebenso für schwächere Varianten (z.B. hypomane Phasen) sowie für gemischte Episoden. Wie bei Herzerkrankungen oder anderen Erkrankungen liegt deshalb der Schwerpunkt der Behandlung der manisch-depressiven Störungen zum einen auf der richtigen Medikation und zum anderen auf der Veränderung von Lebensgewohnheiten.

Durch die *Medikation* soll die biologisch-genetisch verstandene Anfälligkeit, solche ausgeprägten Krankheitsepisoden mit manischer und/oder depressiver Symptomatik zu entwickeln, verringert werden. Die Veränderung von *Lebensgewohnheiten*, die z.B. Stress erzeugen oder Konflikte mit anderen begünstigen, kann durch Information, Aufklärung und Psychotherapie in Angriff genommen werden. Durch diese beiden zentralen Punkte der Behandlung kann das Risiko für das Auftreten zukünftiger depressiver und manischer Krankheitsphasen verringert werden.

Wichtig: Bipolar affektive Störungen so früh wie möglich diagnostizieren und behandeln

Probleme in den Griff bekommen. Im Durchschnitt müssen Menschen, die an einer bipolaren Störung leiden, erst drei bis vier verschiedene Ärzte und/oder Psychologen aufgesucht haben, bis die richtige Diagnose gestellt wird. Wie bereits angedeutet, kann deshalb einige Zeit zwischen ersten Krankheitssymptomen und einer adäquaten Behandlung vergehen. Je früher jedoch die Diagnose „manisch-depressiv“ gestellt wird und eine angemessene Behandlung eingeleitet wird, umso größer ist die Chance, dass weitere Probleme vermieden werden können. Im Folgenden sollen einige häufige Probleme angeführt werden, die im Zusammenhang mit oder als Folge der manisch-depressiven Störungen auftreten können.

Verlauf der Krankheit. Vor allem, wenn die manisch-depressive Störung nicht behandelt wird, scheint folgende Regel zu gelten: Die Phasen zwischen den Krankheitsepisoden, in denen es den Betroffenen sehr gut gehen kann, werden immer kürzer, je mehr manische und depressive Episoden man erlebt. Aus diesem Grund ist es wichtig, möglichst früh einzugreifen!

Selbstmorde und Selbstmordversuche. Das Risiko für Selbstmordversuche ist in den ersten Jahren nach Ausbruch der Krankheit sehr hoch. Zwar schwanken die Schätzungen zwischen den Studien zum Teil erheblich, aber 20–56 % aller Patienten mit einer manisch-depressiven Störung haben mindestens einmal versucht, Selbstmord zu begehen! 15–19 % aller Todesfälle bei manisch-depressiven Patienten sind als Selbstmorde zu werten, was 30-mal höher ist als in der Allgemeinbevölkerung.

Missbrauch von Alkohol und/oder Drogen. In Deutschland betreiben 7–15 % der Bevölkerung Missbrauch von Alkohol oder sind abhängig davon. Bei manisch-depressiven Patienten ist der Anteil mit etwa 35–46 % mehr als doppelt so hoch. Ein ähnliches Bild ergibt sich auch für Drogen wie Kokain, Opiate oder Haschisch. Häufig scheint es sich dabei um eine Art „Selbstbehandlung“ bzw. „Selbstmedikation“ zu handeln, z.B. um Ängste, Reizbarkeit oder Niedergeschlagenheit während manischer und depressiver Phasen in den Griff zu bekommen.

Daraus kann sich dann über die Zeit ein zusätzlich behandlungsbedürftiges Problem mit Alkohol und/oder Drogen entwickeln.

Zwischenmenschliche, partnerschaftliche und familiäre Probleme. Unsere aktuelle Stimmung und Befindlichkeit beeinflusst unsere Gedanken und unser Verhalten. Wenn wir traurig oder niedergeschlagen sind, sehen wir die Zukunft oft eher düster oder getrübt, halten unsere Träume und Hoffnungen für Illusionen. Auch unser Verhalten ändert sich: Wir werden passiver, wir ziehen uns eher von anderen zurück, schränken unsere Aktivitäten z.B. in der Freizeit ein. Genau umgekehrt ist es, wenn wir glücklich und euphorisch sind. Sicherlich hat jeder von uns auch schon erlebt, wie ansteckend die Stimmung einer anderen Person sein kann.

Bei bipolar affektiven Störungen sind diese Veränderungen und Schwankungen in der Stimmung, im Denken und im Verhalten außergewöhnlich stark und verwirrend und haben oft zudem sehr massive und manchmal sehr schmerzliche Auswirkungen auf Beziehungen: Die Ehen und Partnerschaften von Patienten sind häufig turbulent, wechselhaft und instabil. Dies gilt insbesondere beim Vorliegen einer unbehandelten oder nicht richtig behandelten bipolaren Störung. Während manischer Phasen kann es z.B. zu sexuellen Eskapaden, Seitensprüngen, Gewaltausbrüchen kommen oder auch zu Verhaltensweisen, die die Familie finanziell in den Ruin treiben können. Während für den Betroffenen die Manie überwältigend und als unkontrollierbar erlebt wird, hat es für Angehörige oder Freunde oft den Anschein, dass der Betroffene sein Verhalten kontrollieren und dafür verantwortlich gemacht werden könne. Die Zahlen schwanken zwar, aber bei bis zu 57 % der Ehen und Partnerschaften von manisch-depressiven Patienten kommt es zu einer Trennung oder Scheidung.

Schwierigkeiten am Arbeitsplatz. Zum Teil passiert es, dass sich „ganz normale“ Leute ein „bisschen Manie“ wünschen, da Aspekte wie der erhöhte Tätigkeitsdrang oder das verringerte Schlafbedürfnis scheinbar die Leistungsfähigkeit und Produktivität steigern. Auch Patienten berichten zum Teil, dass sie sich bei Beginn einer manischen Episode aktiver, einfallsreicher oder gesprächiger fühlen. Dies darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, wie viele Patienten mit einer bipolar affektiven Störung extreme Probleme am Arbeitsplatz bekommen:

- ▶ Teilweise hängt das mit zwischenmenschlichen Aspekten zusammen wie Rededrang, Selbstüberschätzung oder auch Reizbarkeit, die das Gegenüber, die Kollegen, Mitarbeiter und Vorgesetzten anfänglich irritiert, verunsichert und schließlich nervt, ärgert und wütend macht. Diese Schwierigkeiten können bis hin zu fristlosen Kündigungen führen.
- ▶ Neben diesen zwischenmenschlichen Gesichtspunkten treten auch Symptome auf, die sich negativ auf die Leistungsfähigkeit auswirken. Hierzu gehören

leichte Ablenkbarkeit, die Unfähigkeit, am Ball zu bleiben und Sachen konsequent zu verfolgen. Es werden z.B. sehr viele verschiedene Dinge angefangen, aber nicht beendet. Das Gefühl, besondere Talente zu haben, kann auch Entscheidungen hervorrufen, die ohne Rücksprache mit anderen getroffen werden und zu fatalen Folgen führen, wie geschäftsschädigende Aktivitäten oder finanzieller Ruin.

Wie sieht die Behandlung aus?

Bei der Behandlung beim Vorliegen einer bipolar affektiven bzw. manisch-depressiven Störung ist zunächst aufgrund eines ausführlichen Gesprächs und einer diagnostischen Abklärung zu bestimmen, wie es Ihnen aktuell geht.

Akute Behandlung. Das Ziel ist hier, die aktuelle Symptomatik in den Griff zu bekommen, unabhängig davon, ob es sich zurzeit um eine manische, hypomane, depressive oder gemischte Episode handelt. Hiermit sollen Sie wieder in die Lage versetzt werden, mit dem Alltag zurecht zu kommen und Verschlechterungen des Zustands zu verhindern (z.B. die Gefahr eines persönlichen, familiären und beruflichen Fiaskos oder sogar eines Selbstmords abzuwenden). Auch wenn eine stationäre Behandlung nicht jedes Mal erforderlich sein muss, sondern teilweise auch durch einen niedergelassenen Arzt und Therapeuten bewerkstelligt werden kann, erfolgt diese Behandlung oft im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus bzw. in einer psychiatrischen Klinik.

In diesem Zusammenhang sei angemerkt, dass ein solcher stationärer Aufenthalt in einer Klinik bei Patienten mit einer manisch-depressiven Störung meist kurz ist und sogar nur ein bis zwei Wochen betragen kann. Vielleicht haben Sie es selbst als Betroffener bereits erlebt bzw. im Nachhinein bemerkt, dass einem insbesondere in manischen Phasen die Einsicht fehlen kann, dass man krank ist und eine stationäre Behandlung benötigt. Sowohl die klinische Erfahrung als auch die Forschung zeigen, dass nach Abklingen der Symptome die meisten Patienten froh sind, dass sie Hilfe bekommen haben, selbst wenn diese ursprünglich gegen ihren Willen erfolgte.

Stabilisierungsphase. Hiermit ist die Zeit gemeint, in der die Symptome schon deutlich gebessert sind und die akute Episode abgeklungen ist, aber die Gefahr eines Rückfalls noch erhöht ist. Als Faustregel kann man sagen: Die Stabilisierungsphase umfasst etwa vier bis sechs Monate nach einer akuten Phase. Manchmal werden in dieser Zeit bestimmte Zusatzmedikamente, die im akuten Stadium zusätzlich nötig waren, langsam ausgeschlichen (z.B. Neuroleptika).

Präventive bzw. vorbeugende Behandlung. Das Ziel ist hier, nach Abklingen einer akuten Episode weiteren Krankheitsphasen vorzubeugen, was am besten durch die Kombination verschiedener Behandlungselemente erreicht werden kann. In vielen Kliniken wird dies bereits durch entsprechende Maßnahmen

eingeleitet (z.B. Verschreiben von Medikamenten, Information, Überweisung an niedergelassene Therapeuten und Ärzte). Insbesondere wird dieses Ziel vor allem in der ambulanten Phase von niedergelassenen Ärzten und Therapeuten verfolgt, da Sie jetzt wieder mit den Problemen des Alltags und der Erkrankung konfrontiert sind.

Welche Behandlungskomponenten stehen zur Verfügung?

Medikamente. Sie werden fast allen Personen, die an einer manisch-depressiven Störung leiden, verschrieben. Dies gilt dabei nicht nur für die akute Behandlung von aktuellen Krankheitsepisoden, sondern es geht hier – ähnlich wie bei anderen chronischen Erkrankungen wie z.B. Diabetes – um eine langfristige Behandlung. Mit ihrer Hilfe soll das Auftreten weiterer manischer, depressiver und/oder gemischter Phasen verhindert werden.

Information, Aufklärung und Psychotherapie. Für sehr viele Betroffene und ihre Familien und Partner ist es hilfreich, mehr über die Diagnose „manisch-depressive (bipolar affektive) Störung“ und die Konsequenzen zu erfahren. Es fällt dadurch meist allen Beteiligten leichter, mit der Erkrankung umzugehen und auch Komplikationen zu verhindern. Eine Form, Ihnen wichtige Informationen zu geben und häufig gestellte Fragen zu beantworten, ist auch eine solche Information, wie Sie sie gerade in den Händen halten.

Das Angebot psychotherapeutischer Behandlungen ist relativ groß. Wenn es jedoch um Personen mit einer bipolaren Störung oder ihre Angehörigen wie z.B. Lebenspartner geht, werden von Fachleuten meistens folgende Ziele als sehr wichtig genannt: Durch die Psychotherapie soll den Betroffenen und auch ihren Familien geholfen werden,

- (1) mit der Erkrankung selbst zurechtzukommen,
- (2) mit Alltagsproblemen und Stress umzugehen und
- (3) Lebensgewohnheiten zu identifizieren und zu verändern, die das Risiko zukünftiger depressiver, manischer und gemischter Episoden erhöhen.

Dabei muss jedoch betont werden, dass Psychotherapie allein zur Behandlung der bipolaren Störung *nicht* ausreicht, sondern immer in Kombination mit der Einnahme von bestimmten Medikamenten erfolgen sollte. Aus ärztlich-psychologischer Sicht muss man es tatsächlich als Kunstfehler bezeichnen, wenn man einer Person mit einer bipolaren Störung nahe legen würde, auf ihre Medikamente zu verzichten und *stattdessen* Psychotherapie zu machen!

Medikamentöse Behandlung – wie sieht sie aus und was wird damit erreicht?

Am häufigsten werden zwei Arten von Medikamenten eingesetzt, um die Symptome einer bipolaren Störung in den Griff zu bekommen. Es handelt sich dabei um „stimmungsstabilisierende Mittel“ und „Antidepressiva“. Beide Arten werden im Folgenden näher beschrieben. Ihr Arzt bzw. der Arzt Ihres Angehörigen wird eventuell auch andere oder weitere Medikamente verschreiben, um bei Problemen wie Schlaflosigkeit, Angstzuständen, Unruhe oder psychotischen Symptomen zusätzliche Abhilfe zu schaffen.

Was sind stimmungsstabilisierende Medikamente?

Stimmungsstabilisierende Medikamente werden benutzt, um die Symptome von manischen, hypomanen und gemischten Episoden zu lindern – manchmal helfen sie auch bei depressiven Verstimmungen. Sie stellen den Hauptpfeiler für die langfristige präventive Behandlung sowohl für die Manie als auch für die Depression dar. Am häufigsten kommen folgende drei Substanzen zum Einsatz:

Lithium. Es handelt sich um ein natürlich vorkommendes Salz, das nicht nur im Gestein, sondern auch in manchen Pflanzen, Tiergeweben, See- und Mineralwassern enthalten ist. Lithium ist z.B. unter folgenden Handelsnamen erhältlich: Hypnorex[®] retard, Li 450 „Ziethen“[®], Lithium-Aspartat[®], Quilonorm[®], Quilonum[®].

Carbamazepin. Dieses Medikament ist seit über 30 Jahren ein bewährtes „Antikonvulsivum“, d.h. es wird erfolgreich zur Behandlung von Anfallsleiden/Epilepsie angewandt. In Deutschland wird Carbamazepin meistens dann verschrieben, wenn die Therapie mit Lithium versagt oder nicht hinreichend ist oder Gegenanzeigen (sog. Kontraindikationen wie z.B. Unverträglichkeit) zur Anwendung von Lithium bestehen. Handelsübliche Bezeichnungen sind z.B. Carbagamma[®], Carbamazepin 200 Heumann[®], Carbamazepin-neuraxpharm 200[®], Carbamazepin-ratiopharm 200[®], Finlepsin[®], Fokalespin[®], Neurotrop[®], Sirtal[®], Tegretal[®].

Valproinsäure. Es handelt sich um eine Fettsäure, die 1981 erstmals synthetisiert wurde. Auch die Valproinsäure ist wie das Carbamazepin ein Antikonvulsivum (d.h. es wird erfolgreich zur Behandlung von Anfallsleiden/Epilepsie angewandt). Im Gegensatz zu den USA ist die Valproinsäure in Deutschland vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zur Behandlung der manisch-depressiven Störung (noch) nicht zugelassen. Da das Medikament manchmal im Rahmen der ärztlichen Therapiefreiheit anscheinend dennoch verschrieben wird, soll es nicht unerwähnt bleiben. Erhältlich ist es in verschie-

dener Form unter den Handelsnamen wie z.B. Convulex[®], Ergenyl[®], Leptilan[®], Orfiril[®], Convulsofin[®], Valprolept[®].

Auch andere Substanzen (z.B. Lamotrigin) werden in letzter Zeit zunehmend eingesetzt und untersucht. Manche erweisen sich dabei vielversprechend und gut verträglich. Diese Mittel haben geringfügig unterschiedliche Effekte im Körper, was sich jedoch für Betroffene als Vorteil erweist: Falls Ihnen bzw. Ihrem Angehörigen das eine Medikament nicht hilft, kann der behandelnde Arzt ein anderes Mittel vorschlagen oder verschiedene Medikamente so kombinieren, dass für fast jeden Einzelnen eine optimale Behandlung erreicht werden kann. Ihr Arzt wird ggf. unterschiedliche Dosierungen eines Medikaments oder auch verschiedene Kombinationen ausprobieren. Es handelt sich hierbei nicht um Unerfahrenheit, Unfähigkeit oder Unsicherheit Ihres Arztes, sondern es geht darum, die für Sie bzw. Ihren Angehörigen optimale Behandlungsstrategie zu finden.

Die optimale Behandlungsstrategie. Ihr Arzt wird das stimmungsstabilisierende Medikament herausfinden mit der maximalen, bestmöglichen Wirkung bei möglichst geringen unerwünschten Begleiterscheinungen bzw. Nebenwirkungen!

Bei allen Medikamenten sind regelmäßige Blutuntersuchungen sehr wichtig, um einerseits die richtige Dosis zu bestimmen und um andererseits möglicherweise auftretende medizinische Komplikationen rechtzeitig zu entdecken. Bei der Auswahl des Medikaments berücksichtigt der behandelnde Arzt u.a., inwieweit eines dieser Mittel sich bereits bei Ihnen bzw. Ihrem Angehörigen bewährt hat und ob bestimmte Nebenwirkungen auftreten könnten, die Sie als Betroffener besonders stören könnten. Wie bei fast allen Psychopharmaka wirken diese meist nicht sofort, sondern brauchen einige Zeit. Meistens stellen sich die Verbesserungen in der akuten Symptomatik jedoch innerhalb von einigen, meist zwei bis drei Wochen ein. Um die Rezidivgefahr (d.h. das Risiko für erneute manische, depressive und gemischte Episoden) langfristig zu verringern bzw. den Rückfallschutz vollständig aufzubauen, kann es jedoch einige Monate dauern.

Was sind Antidepressiva?

Obwohl die stimmungsstabilisierenden Medikamente, wie Lithium, auch bei Depressionen helfen können, kann es trotzdem sein, dass Sie auch noch zusätzlich ein spezifisches Antidepressivum verschrieben bekommen, um depressive Episoden zu lindern. Es handelt sich dabei um unterschiedliche Medikamente, die eingesetzt werden, um eine stimmungsaufhellende Wirkung zu erreichen (z.B. Trizyklische Antidepressiva, MAO-Hemmer oder Selektive Serotonin-Rückaufnahmehemmer/SSRI).

Wenn jedoch nur solche Antidepressiva – ohne zusätzliche stimmungsstabilisierende Medikamente – eingenommen werden, kann es bei Patienten mit einer bipolaren Störung zu großen Problemen kommen. Warum ist das so? Diese Antidepressiva können bei Betroffenen die Stimmung umschlagen lassen bzw. zu sehr aufputschen. Das heißt konkret, es kann zu hypomanen, manischen Episoden oder schnellen Wechseln zwischen manischen und depressiven Phasen (man nennt das „Rapid Cycling“) kommen. Aus diesem Grund werden bei Personen mit einer manisch-depressiven Störung Antidepressiva fast immer in Kombination mit den bereits erwähnten stimmungsstabilisierenden Medikamenten verschrieben.

Oft wirkt bereits das erste Antidepressivum, das verschrieben wird. Es kann aber ähnlich wie bei den stimmungsstabilisierenden Medikamenten sein, dass mehrere Versuche nötig sind, bis das geeignete Mittel gefunden ist.

Die generelle Behandlungsregel. Auch Antidepressiva brauchen einige Zeit, bis sich die Wirkung deutlich zeigt. Seien Sie daher nicht enttäuscht, und geben Sie nicht auf, wenn Sie sich nicht sofort besser fühlen.

In akuten Phasen kann es sein, dass Sie – wie bereits angedeutet – auch zusätzliche Medikamente benötigen, um zusätzliche Symptome (wie z.B. schwere Unruhe-, Angstzustände, Schlaflosigkeit oder psychotische Symptome) in den Griff zu bekommen. So genannte Neuroleptika sind antipsychotische Medikamente, die bei schweren Unruhezuständen sowie bei Wahnvorstellungen und Halluzinationen helfen. Auch Anxiolytika (Beruhigungsmittel), die Angstzustände lindern, kommen manchmal zum Einsatz.

Schnelle erste Hilfe. Wie Sie bereits erfahren haben, dauert es zum Teil einige Zeit, bis die stimmungsstabilisierenden Medikamente und Antidepressiva wirken; diese Zeit kann mit solchen Neuroleptika und Anxiolytika überbrückt werden, da sie glücklicherweise sehr schnell wirken. Wenn Sie als Betroffener akut so schwer manisch sind, dass Sie selbst Ihr Verhalten nicht als Symptom Ihrer Erkrankung erkennen oder sogar die Behandlung verweigern, können diese Medikamente lebensrettend sein.

Wie lange müssen die Medikamente eingenommen werden?

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass es sich bei manisch-depressiven (bipolar affektiven) Störungen um Erkrankungen handelt, die einen das ganze Leben lang begleiten. Eine erfolgreiche Behandlung verlangt daher viel von Betroffenen und ihren Familien. Es wird mit großer Sicherheit Zeiten geben, in denen Sie

stark versucht sein werden, die Medikamente abzusetzen. Die häufigsten Gründe für diese Versuchung, es „ohne“ zu probieren sind,

- ▶ dass Sie sich wieder gesund fühlen,
- ▶ dass Sie Ihre Hochstimmungen oder die immense Energie vermissen, die in manischen Phasen auftreten können,
- ▶ dass Sie aufgrund der Stimmungsschwankungen, die Sie erleben, oder aufgrund erneuter manischer, depressiver oder gemischter Krankheitsepisoden enttäuscht sind und glauben, dass „das alles mit den Medikamenten sowieso keinen Sinn hat“, oder
- ▶ Sie unter den Nebenwirkungen der Medikamente leiden.

Dem Rückfall vorbeugen. Wenn Sie die Medikamente weglassen, wird dies nicht sofort dazu führen, dass es in den nächsten Tagen oder Wochen zu einer akuten manischen oder depressiven Episode kommt, aber irgendwann wird das mit großer Wahrscheinlichkeit die Folge sein. Das Risiko für einen solchen Rückfall steigt enorm bei einem plötzlichen Absetzen der Medikamente! Ein weiterer wichtiger Gesichtspunkt ist, dass es Hinweise dafür gibt, dass mit jeder zusätzlichen manischen, depressiven oder gemischten Episode die Chancen auf einen günstigen weiteren Verlauf der Erkrankung geringer werden.

Medikamente helfen. Manchmal ist die Diagnose noch vorläufig oder unsicher, vor allem, wenn bislang nur eine einzige Krankheitsepisode aufgetreten ist. Falls Sie als Betroffener deshalb darüber nachdenken, die Medikamente irgendwann abzusetzen, sprechen Sie unbedingt mit Ihrem Arzt und Therapeuten darüber. Bedenken Sie dabei Folgendes: Wenn in Ihrer Familie bereits ähnliche Erkrankungen bekannt sind oder wenn bei Ihnen selbst diese eine Episode so schwer war, dass es fast Ihr Leben ruiniert hätte, sollten Sie ernsthaft darüber nachdenken, die Medikamente mindestens einige Jahre, wenn nicht lebenslang, einzunehmen. Wenn Sie jedoch zwei oder mehr manische oder depressive Phasen erlebt haben, empfehlen Experten mit Nachdruck, die Medikamente regelmäßig zu nehmen. Selbst wenn es Ihnen jahrelang gut geht und keine weiteren Krankheitsepisoden mehr auftreten, sollten die Medikamente weiterhin eingenommen werden, da die Medikamente zwar die Symptomatik kontrollieren aber *nicht* die bipolare Störung heilen können.

Vorsicht bei Pflanzenpräparaten. Vorsicht ist ebenfalls hinsichtlich selbst gekaufter bzw. eingenommener Medikamente geboten. Es häufen sich Berichte, in denen pflanzliche und somit in der Bevölkerung oft als harmlos eingestufte Präparate (wie z.B. Johanniskraut) unerwünschte Nebenwirkungen (wie z.B. das Auslösen manischer Symptome) haben kann.

Absprachen sind wichtig. Es ist sehr wichtig, die vom Arzt verschriebenen Medikamente eigenmächtig weder in der Dosierung zu ändern noch abzusetzen. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt und Therapeuten darüber.

Ist diese vorbeugende medikamentöse Behandlung überhaupt wirksam?

Stimmungsstabilisierende Mittel wie Lithium und Carbamazepin sind der Kern der Prävention bzw. Vorsorge. Bei Lithium, das wohl am häufigsten verschrieben wird, handelt es sich – wie bereits erwähnt – im Gegensatz zu den meisten anderen Psychopharmaka um eine natürlich vorkommende Substanz bzw. um ein Salz, das auch im menschlichen Körper in geringen Mengen vorkommt. Um Missverständnissen vorzubeugen: Obwohl Lithium bei der Behandlung der bipolaren Störung sehr wirksam ist, ist kein Mangel an Lithium bei Menschen mit einer manisch-depressiven Störung als mögliche Ursache für die Erkrankung feststellbar! Warum Lithium wirkt, ist letztendlich (noch) unbekannt.

Glücklicherweise bleiben etwa ein Drittel der Menschen mit einer manisch-depressiven Störung unter kontinuierlicher Behandlung mit Medikamenten vollständig symptomfrei. Die meisten erfahren eine starke Verbesserung bzw. eine deutliche Verringerung in der Schwere der Krankheitsepisoden oder darin, wie häufig sie manische, depressive oder gemischte Episoden erleben. Manche Patienten haben das Gefühl, dass die Arznei bei ihnen versagt, weil es trotz Medikation zu stärkeren Stimmungsschwankungen kommt oder sie – wie bereits erwähnt – dennoch immer wieder einmal manische, depressive oder gemischte Episoden erleben. Wichtig ist dabei zu beachten, dass es für Sie als Betroffene durchaus einen Therapieeffekt darstellt, wenn Sie seltener und/oder weniger schwere Krankheitsepisoden durchleben müssen und sich der Zeitraum, in dem es Ihnen gut geht, verlängert. Sie brauchen keine Angst zu haben oder zu verzweifeln, wenn Sie gelegentlich spüren oder bemerken, dass eine erneute manische oder depressive Phase auftreten könnte.

Ihre Empfindungen bleiben. Um nicht enttäuscht zu werden, sollten Sie und Ihre Angehörigen sich z.B. auch Folgendes vor Augen halten: Die stimmungsstabilisierenden Mittel wie Lithium oder Carbamazepin sind zur Behandlung der Manie (als Phasen krankhafter Hochstimmung oder Reizbarkeit) und der Depression (als Episoden tiefer Schwermut) gedacht. Geht es hingegen um leichtere Befindlichkeitsschwankungen wie Ärger, Sorgen, Trauer oder Kummer, so nutzen sie nichts!

Ziehen Sie Ihren Arzt und Therapeuten ins Vertrauen. Wichtig ist, dass Sie mit Ihrem Arzt und Therapeuten Veränderungen in der Stimmung und im Verhalten bzw. entsprechende Beobachtungen besprechen, da kleine Anpassungen in

der Dosierung der Medikamente bei den ersten Anzeichen von Krankheitsepisoden gewöhnlich ausreichen, um den weiteren Verlauf zu kontrollieren. Haben Sie keine Angst, Ihrem Arzt und Therapeuten Symptome oder Veränderungen, die Sie bei sich beobachten, mitzuteilen – sie bedürfen meistens keinerlei dramatischer Veränderungen in der Behandlung.

Mit welchen Nebenwirkungen ist bei den Medikamenten zu rechnen?

Wie bei fast allen Medikamenten kann es auch bei stimmungsstabilisierenden Mitteln zu Nebenwirkungen kommen, wobei unterschiedliche Personen zum Teil verschiedene und unterschiedlich starke Nebenwirkungen erleben. Manche Leute verspüren aber auch gar keine Nebenwirkungen. Hinzu kommt, dass die Nebenwirkung, die der eine Patient erlebt (z.B. unangenehme Müdigkeit), einem anderem sogar hilfreich ist (z.B. wenn er unter Schlaflosigkeit leidet). Ob und welche Nebenwirkungen auftreten, hängt von verschiedenen Faktoren ab, z.B.

- ▶ von der Art und Dosierung der Medikamente
- ▶ von der körperlichen Verfassung (z.B. Wasserverlust an heißen Tagen, starkes Schwitzen, Durchfall)
- ▶ vom Alter
- ▶ von weiteren Medikamenten, die eingenommen werden, z.B. Diuretika (harntreibende Mittel)
- ▶ von anderen, gleichzeitig bestehenden Erkrankungen.

In Tabelle 1 sind typische Nebenwirkungen für Lithium, Valproinsäure und Carbamazepin aufgeführt, wobei etwa 50 % der Patienten, die diese Medikamente einnehmen, irgendwelche Nebenwirkungen erleben. Solche unerwünschten Nebenwirkungen sind vor allem dann häufig, wenn die Dosis sehr hoch ist oder Kombinationen von Medikamenten notwendig sind (wie bei der Akutbehandlung). Oft verschwinden anfangs auftretende Nebenwirkungen wieder mit der Zeit!

Zwar gibt es auch Probleme, die langfristig auftreten können, aber meistens gibt es hierfür Lösungen, ohne dass die Behandlung mit dem Medikament grundsätzlich verändert werden muss (z.B. Umstellung auf ein anderes Arzneimittel). Oft helfen bereits vom Arzt angeordnete Veränderungen in der Dosierung, um solche Nebenwirkungen in den Griff zu bekommen. Zum Beispiel kann es zu Problemen mit der Schilddrüse kommen, so dass sich ein sog. Kropf (Struma) bildet. Durch regelmäßige Kontrollen des Halsumfangs können Sie und Ihr Arzt schnell feststellen, inwieweit hier Probleme auftauchen und leicht behoben werden können. Die Gewichtszunahme, unter der manche Betroffene leiden, ist teilweise dadurch bedingt, dass sie sehr viel Durst haben und süße, kalorienreiche Getränke in großen Mengen zu sich nehmen. Durch den verstärkten Durst und das vermehrte Wasserlassen ist das vermehrte Trinken zwar sehr

Tabelle 1. Nebenwirkungen, die bei der Einnahme von stimmungsstabilisierenden Medikamenten auftreten können

	Häufige Nebenwirkungen zu Beginn der Behandlung	Probleme, die in einigen Fällen langfristig auftreten können	Sehr seltene, aber potentiell gefährliche Nebenwirkungen
Lithium	leichtes Zittern, Magenbeschwerden (z.B. Völlegefühl, Übelkeit, Durchfall), vermehrter Durst („Polydipsie“), vermehrtes Wasserlassen („Polyurie“), subjektive Konzentrationsschwierigkeiten, Müdigkeit, Muskelschwäche	Gewichtszunahme, Schilddrüsenprobleme (v.a. Unterfunktion, Bildung eines Kropfs), Nierenprobleme, v.a. durch Wasserverlust, Akne, Hautprobleme, zeitlich begrenzter Haarausfall, subjektiv erlebte Konzentrationsstörungen, vermeintlicher Verlust von Produktivität und schöpferischer Kraft	Lithium-Vergiftung (starkes Zittern, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Schwindel, verwaschene Sprache, Bewegungsunsicherheiten, Muskelzuckungen, Schreibkrämpfe, Krampfanfälle) Schwangerschaft: Missbildungen möglich
Carbamazepin	Müdigkeit, Benommenheit, Erschöpfungsgefühl, Schwindelgefühl, Kopfschmerzen, verschwommenes Sehen, Übelkeit, Erbrechen, Appetitmangel, Hautveränderungen (z.B. allergische Reaktionen, erhöhte Sonnenempfindlichkeit)	Abnahme der weißen Blutkörperchen, Veränderungen in den Leberwerten, „Pille“: Gefahr der reduzierten Wirkung der „Pille“ bzw. Schwangerschaftsverhütung	Sehr selten: Verringerung der Anzahl weißer Blutkörperchen Schwangerschaft: Missbildungen möglich

Tabelle 1. (Fortsetzung)

	Häufige Nebenwirkungen zu Beginn der Behandlung	Probleme, die in einigen Fällen langfristig auftreten können	Sehr seltene, aber potentiell gefährliche Nebenwirkungen
Valproinsäure	Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Müdigkeit, Zittern	Gewichtszunahme, Haarausfall, Veränderungen in den Leberwerten	Sehr selten: Leberschaden, Veränderungen des Blutbilds Schwangerschaft: Missbildungen möglich
Vorsorge- und Notfallmaßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▶ regelmäßige Kontrollen des Blutspiegels des Medikaments ▶ Beobachten! ▶ ausreichende Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr ▶ Arzt informieren! 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ regelmäßige Kontrollen des Blutspiegels des Medikaments ▶ Beobachten! ▶ ausreichende Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr ▶ Arzt informieren! 	Nächste Dosis des Medikaments nicht einnehmen! Sofort zum Arzt!

(Im Einzelfall können auch andere Nebenwirkungen auftreten. Es wurden nur diejenigen genannt, auf die generell in der Literatur hingewiesen wird.)

sinnvoll und wichtig, aber der Durst sollte besser durch Mineralwasser bzw. kalorienarme Getränke gelöscht werden.

Auch wenn solche Auflistungen wie in Tabelle 1 wie ein Horrorkabinett erscheinen können, so muss man sich vor Augen halten, dass auch bei anderen und sogar frei verkäuflichen Medikamenten wie Kopfschmerzmitteln solche Nebenwirkungen im Beipackzettel aufgeführt sind. Glücklicherweise kommt es bei regelmäßiger, ärztlich verordneter Einnahme sehr selten zu ernsthaften Problemen.

Wenn Nebenwirkungen auftreten, gibt es verschiedene Möglichkeiten, die Ihnen der behandelnde Arzt vorschlagen kann, wie z.B. eventuell die Medikamente vor dem Schlafengehen zu nehmen oder die benötigte Dosis auf mehrere kleine Portionen zu verteilen. Solche Kleinigkeiten (wie z.B. die Aufteilung auf mehrere Einnahmen kleinerer Mengen oder Einnahme vor dem Schlafengehen) führen oft schon dazu, dass Nebenwirkungen verschwinden. Es ist wichtig, mögliche Nebenwirkungen zu kennen und angemessen reagieren zu können, aber

wir möchten auch darauf hinweisen, dass viele unserer Patienten überhaupt keine Nebenwirkungen berichten.

Es sei hier nochmals betont, dass eine Veränderung in der Medikation eine komplizierte Entscheidung ist. Es ist nicht zuletzt auch gefährlich, solche Veränderungen ohne Rücksprache mit dem behandelnden Arzt vorzunehmen.

Wichtig. Besprechen Sie es jedes Mal mit Ihrem Arzt und Therapeuten, falls Nebenwirkungen auftreten sollten.

Schwangerschaft und Psychopharmaka. Häufig gestellte Fragen beziehen sich darauf, inwieweit bei Schwangerschaften mit Schwierigkeiten zu rechnen ist, wenn eine betroffene Frau Psychopharmaka einnimmt. Manche Medikamente sollten während einer Schwangerschaft gar nicht oder in anderer Dosierung eingenommen werden, wobei der behandelnde Arzt Sie hierbei beraten kann. Auch wenn andere Dinge anstehen oder Fragen auftauchen wie z.B. „Darf ich mein Kind stillen bei gleichzeitiger Lithiumeinnahme?“, „Was muss ich beachten, wenn ich abnehmen oder eine Diät machen will?“, sollten Sie dies mit Ihrem Arzt und Therapeuten besprechen, damit entsprechende Beratungen erfolgen und angemessene Maßnahmen getroffen werden können.

Aufklärung, Information und Psychotherapie – von Nutzen?

Sie und Ihre Familie und Angehörigen werden davon profitieren, so viel wie möglich über das Leben mit einer bipolaren Störung zu erfahren. Sowohl durch Aufklärung und Information als auch durch Psychotherapie können Sie und Ihre Angehörigen sehr viel erreichen.

Was können Sie tun?

Werden Sie zum Experten in eigener Sache. Sie können zum Experten für Ihre eigene Erkrankung werden. Da es sich bei manisch-depressiven Störungen um Krankheiten handelt, die Sie und Ihre Angehörigen Ihr ganzes Leben lang begleiten werden (wie bei vielen anderen Erkrankungen auch, z.B. Diabetes), ist es wichtig, möglichst viel darüber zu wissen. Es ergeben sich dadurch für Sie als Betroffener, aber auch für Ihre Angehörigen und Personen, die Ihnen wichtig sind, zusätzliche Handlungsspielräume und Möglichkeiten.

Leider gibt es in Deutschland noch nicht so viel verständliche Literatur zu diesem Thema. Lesenswert für Betroffene wie auch Angehörige dürfte die inzwischen auch auf Deutsch erschienene Autobiographie „Meine ruhelose Seele“ von Frau Kay R. Jamison sein. Die international anerkannte Expertin für bipolare Störungen beschreibt in ihrem Buch ihr eigenes Leben mit der manisch-depressiven Erkrankung. Während es in den USA eine nationale Selbsthilfeorganisation für Menschen mit depressiven und manisch-depressiven Erkrankungen gibt, existiert eine solche hier (noch?) nicht.

Achten Sie auf sich. Sie können selbst leichtere Stimmungsschwankungen und Stress in den Griff bekommen, die manchmal zu schwereren manischen oder depressiven Episoden führen können.

Achten Sie auf Ihre Schlafgewohnheiten. Gehen Sie jede Nacht möglichst zur gleichen Zeit zu Bett, und stehen Sie jeden Morgen zur gleichen Zeit auf. Die Forschung erbrachte Hinweise, dass unregelmäßiger Schlaf zu Veränderungen führen kann, die Krankheitsepisoden bei einer manisch-depressiven Störung auslösen bzw. begünstigen können. Wenn Sie bei einer Reise zwischen Zeitzonen wechseln, sollten Sie dies zuvor mit Ihrem Arzt und Therapeuten besprechen.

Wenn Sie mal länger aufbleiben oder weniger schlafen, brauchen Sie keine Angst zu haben, aber achten Sie dann in den nächsten Tagen darauf, wie es Ihnen geht!

Achten Sie auf das Ausmaß Ihrer Aktivitäten. Seien Sie nicht zu ehrgeizig, zu fanatisch oder treiben Sie sich selbst nicht zu sehr an. Nicht zu viel, aber auch nicht zu wenig, lautet hier die Devise! Falls es doch einmal an einem Tag sehr hektisch und sehr viel war, sorgen Sie für den Ausgleich!

Wenn Sie Alkohol trinken möchten, trinken Sie wenig. Entscheidend ist, wie viel und wie häufig Sie trinken. Alkohol nimmt Einfluss auf unser Verhalten, unser Befinden und unser Denken. Ein vermehrter Alkoholkonsum kann an sich schon Anzeichen einer manisch-depressiven Episode sein, aber auch Folgendes ist zu bedenken: Der Alkohol kann indirekt dazu führen, dass das Risiko für eine Manie oder Depression zunimmt, weil man z.B. in angetrunkenem Zustand eher vergisst oder es für weniger wichtig hält, die Medikamente einzunehmen, oder weil man alkoholbedingt schlechter schläft. Außerdem kann es natürlich auch unter Umständen zu Wechselwirkungen mit den Medikamenten kommen. Mancher trinkt Alkohol z.B., um sich besser zu fühlen oder um abschalten zu können, aber es ist deutlich besser und gesünder, für sich *andere* Strategien zu finden, um dies zu erreichen.

Konsumieren Sie möglichst keine Drogen. Diese Substanzen (z.B. Cannabis, Kokain) verändern biochemische Prozesse im Körper. Dies kann – und dies passiert auch häufig – das Auftreten manischer und depressiver Episoden fördern, und es kann zu Wechselwirkungen mit den Medikamenten kommen. Vielleicht fühlen Sie sich manchmal versucht, Drogen zu benutzen, um Stimmungsschwankungen, Schlafschwierigkeiten oder andere Probleme in den Griff zu bekommen. Leider wird dadurch alles eher schlimmer als besser. Wenn wir mit Patienten ihre Lebensgeschichte durchgehen, lassen sich oft – vor allem bei jüngeren Patienten – Zusammenhänge zwischen Drogenkonsum und dem Auftreten manisch-depressiver Symptome aufzeigen. Das heißt nicht, dass der Drogenkonsum die unmittelbare Ursache für die Erkrankung darstellt, sondern das Risiko steigt, dass das „Fass irgendwann überläuft“ und Symptome auftreten.

Vorsicht bei Kaffee und frei verkäuflichen Medikamenten. Seien Sie sehr vorsichtig mit dem „normalen“, „alltäglichen“ Gebrauch von Koffein und von Medikamenten, die man gegen Erkältung, Schmerzen oder Allergien einnehmen kann. Selbst kleine Mengen solcher Mittel können sich auf die Stimmung, den Schlaf oder die Effekte der stimmungsstabilisierenden Medikamente auswirken. Vor der Einnahme von nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten raten wir dringend, mit Ihrem Arzt oder auch mit dem Apotheker zu sprechen und zu klären, ob mit Wechselwirkungen mit Phasenprophylaktika zu rechnen ist. Was

Koffein betrifft, so geht es nicht darum, auf den morgendlichen Kaffee verzichten zu sollen, sondern darauf zu achten, über den Tag verteilt nicht zu viel Kaffee zu trinken und vor allem in den Abendstunden eher darauf zu verzichten. Der Hintergrund hierfür ist u.a., einen erholsamen Schlaf nicht zu gefährden.

Arbeiten Sie mit Familie und Freunden zusammen. Unterstützung von der Familie und Freunden kann eine sehr große Hilfe sein. Alle sollten sich dabei vor Augen halten, dass es sowohl für die Betroffenen selbst wie auch für die Angehörigen und Freunde nicht immer leicht ist, mit der Tatsache, den Symptomen und Konsequenzen einer manisch-depressiven Störung zu leben! Je mehr Sie alle über die bipolare Störung wissen, desto besser werden Sie in der Lage sein, unvermeidliche Belastungen und Stress sowie gegenseitige Kritik und Schuldzuweisungen zu verringern, die durch die Erkrankung hervorgerufen werden können. Von daher sind sowohl für Betroffene wie Angehörige (und ggf. Freunde) Gespräche mit dem Therapeuten und Arzt wichtig und klärend. Je nach individuellen Bedürfnissen werden Ärzte und Therapeuten bereit sein, solche Gespräche in Form von Einzelkontakten oder auch als gemeinsame Gespräche mit allen Beteiligten durchzuführen.

Lernen Sie, mit Stress umzugehen. Versuchen Sie, Stress bei der Arbeit oder am Arbeitsplatz zu vermeiden bzw. für entsprechenden Ausgleich zu sorgen. Selbstverständlich möchte jeder sein Bestes geben, aber Ihr vorrangiges Ziel muss sein, Rückfälle zu vermeiden bzw. das Auftreten weiterer manischer oder depressiver Episoden zu verhindern. Langfristig gesehen wird sich dies auf Ihre Leistungsfähigkeit und Produktivität positiver auswirken. Es nutzt weder Ihnen, Ihrem Umfeld noch Ihrem Arbeitgeber, wenn Sie zwar innerhalb kürzester Zeit sehr viel erledigen konnten, aber dann wochenlang aus Krankheitsgründen ausfallen.

Bilden Sie ein Team mit Arzt und Therapeuten. Teilen Sie es sofort Ihrem Arzt und Therapeuten mit, wenn folgende Dinge auftreten (falls Sie nur noch selten Termine haben, melden Sie sich auch unabhängig von vereinbarten Terminen bei Ihrem Arzt oder Therapeuten):

- ▶ Selbstmordgedanken oder aggressive Impulse
- ▶ deutliche Veränderungen in Ihrer Stimmung, beim Schlafen oder in Ihrer Energie
- ▶ Symptome wie starkes Schwitzen, Erbrechen, Durchfall, allgemeines Unwohlsein bzw. Sich-Krank-Fühlen, innere Unruhe oder Anspannung
- ▶ Auftreten oder Veränderungen von Nebenwirkungen
- ▶ Notwendigkeit von zusätzlichen Medikamenten z.B. wegen Erkältungen oder Schmerzen

- ▶ Einnahme von Diuretika (harntreibende Mittel)
- ▶ akute körperliche Erkrankungen, eine anstehende Operation mit/ohne Narkose oder größere zahnärztliche Behandlungen.

Welchen Sinn macht Psychotherapie?

Sich selbst besser verstehen. Obwohl Sie nun bereits einiges über manisch-depressive (bipolar affektive) Störungen wissen und auch einige konkrete, praktische Tipps im letzten Abschnitt erlangten, ist bei vielen Menschen die Erfahrung: „Man weiß zwar, was zu tun wäre, aber man tut es dennoch nicht.“ Manchmal will man nicht. Aber manchmal weiß man auch einfach nicht, wie man das alles umsetzen und bewältigen soll. Dies gilt vor allem für Veränderungen in den Lebensgewohnheiten, auch für solche gravierenden, wie auf den letzten Seiten besprochen.

Nicht Ursachenforschung, sondern konkrete Unterstützung. An diesem Punkt setzt (*zusätzlich* zur medikamentösen Behandlung) das an, was als Psychotherapie bezeichnet wird. Dabei geht es nicht so sehr um Ursachenforschung (und leider nicht um Heilung der manisch-depressiven Störung), sondern um Unterstützung und Hilfe.

Programm zur Rückfallprophylaxe. Die meisten Fachleute würden beim Vorliegen einer bipolar affektiven Störung einen Ansatz empfehlen, der als Programm zur Rückfallprophylaxe bezeichnet wird und insbesondere Elemente der so genannten kognitiven Verhaltenstherapie beinhaltet. Eine solche Psychotherapie ist am hilfreichsten, wenn es Ihnen einigermaßen gut geht und Sie nicht mehr akut schwer manisch oder depressiv sind. Wenn Sie aktuell manisch wären, würden Sie sich mit großer Wahrscheinlichkeit nicht für krank halten oder diese Informationen lesen. In Abhängigkeit von der Schwere der Depression könnten Sie sich möglicherweise noch nicht einmal dazu aufraffen, diese Informationen zu lesen. Ein idealer Zeitpunkt ist deshalb z.B. die Phase nach einem stationären Krankenhausaufenthalt. Oder jetzt!

Individuelle Lösungen. Bei einem solchen Programm kann individuell erarbeitet werden, welche Stresssituationen beim Einzelnen von Bedeutung sind und welche Maßnahmen am geeignetsten sind, um mit Belastungen umzugehen. Manche Betroffenen müssen auch erst wieder Selbstvertrauen aufbauen. Auch der Umgang mit anderen Personen oder mit der Krankheit an sich (und damit verbundenen Ängsten und Zweifeln) sind Themen, die hier ihren Platz haben. Zum Beispiel wird häufig die Frage gestellt, woran man erkennen kann, dass es zu einer erneuten hypomanen, manischen, depressiven oder gemischten Episode kommt. Den Betroffenen geht es bei dieser Frage um frühe Anzeichen oder

Warnsymptome. Weil diese Anzeichen von Person zu Person variieren und für depressive und manische Phasen unterschiedlich sind, lässt sich dies im Einzelfall am besten in Form einer individuell geplanten Therapie erarbeiten.

Eine Psychotherapie gibt Ihnen Möglichkeiten an die Hand, wieder verstärkt ein Gefühl von Kontrolle in das eigene Erleben und Verhalten zu bekommen und sich der Erkrankung nicht so ausgeliefert zu fühlen. Sie bietet auch die Möglichkeit, über Dinge zu sprechen, über die man manchmal nur schwer mit Freunden oder Partnern sprechen zu können glaubt, die einen aber doch beschäftigen. Wenn man die medikamentöse Behandlung als einen Eckpfeiler sieht, dann ist eine zusätzliche psychotherapeutische Maßnahme wie ein zweites Standbein, das mehr Stabilität verschaffen kann.

Ausblick

Nach dem Lesen dieser Information sind hoffentlich viele Fragen beantwortet, aber vielleicht sind manche Fragen noch ungeklärt, oder es sind neue Fragen entstanden. Oft ist das Internet eine gute Möglichkeit, mehr Informationen zu finden. Gleichzeitig kann aber jeder quasi unzensiert und ohne Kontrolle vermeintlich wissenschaftlich fundierte Informationen und Aufrufe in das World Wide Web stellen. Eine gute Quelle, um an aktuelle Informationen zu bipolar affektiven Erkrankungen zu kommen, bietet die Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS, Internetadresse: <http://www.dgbs.de>) an. Es handelt sich um einen gemeinnützigen Verein, der 1999 gegründet wurde. Ein Ziel der DGBS ist, den Austausch zwischen Fachleuten, Betroffenen und Angehörigen sowie allen am Gesundheitssystem beteiligten Parteien zu fördern. Dazu gehört u.a. entsprechende Informationsveranstaltungen in Fachkreisen und der Öffentlichkeit, die Unterstützung von Selbsthilfegruppen. Auf den Internetseiten werden von der DGBS auch entsprechende Literaturempfehlungen gegeben, die von Fachbüchern bis hin zu autobiographischen Werken reicht, wobei auch die Möglichkeit besteht, direkt mit der DGBS Kontakt aufzunehmen.

Wir haben versucht, mit dieser Information häufig an uns als Therapeuten gestellte Fragen zu beantworten. Wir hoffen, dies in einer verständlichen Weise getan zu haben. Falls wir aus Ihrer Sicht bestimmte Themen und Fragen nicht hinreichend oder gar nicht aufgegriffen haben, würden wir uns über entsprechende Rückmeldungen Ihrerseits freuen, um bei Überarbeitungen dieser Informationen dies hoffentlich berücksichtigen zu können.