



Bipolare Störungen - Erkrankungen

Dr. med. Peter Mahlknecht
Department für Evidenzbasierte Medizin u. Klin. Epidemiologie
Donau-Universität Krems

Die bipolare affektive Störung ist durch sich abwechselnde depressive und manische Stimmungen gekennzeichnet - daher die früher übliche Bezeichnung „manisch-depressive Erkrankung“. U.a. durch diese manischen Phasen unterscheidet sich die Erkrankung von der Depression.

Anzeichen einer manischen Episode sind Überaktivität, vermindertes Schlafbedürfnis, hemmungsloses Verhalten oder überzogene Selbsteinschätzung. Depressive Episoden sind von gedrückter Stimmung, Schuldgefühlen oder Freud- und Lustlosigkeit geprägt. Im Gegensatz zu psychisch gesunden Menschen stehen die beschriebenen Stimmungsveränderungen bei bipolar Erkrankten häufig in keinem engeren Zusammenhang mit äußeren Lebensumständen und sind in Dauer und Intensität gesteigert.

Wer ist von der bipolaren Störung betroffen?

In Europa erkranken etwa 3% der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens an einer klassischen manisch-depressiven Erkrankung (sogenannte Bipolar-I-Störung). Bezieht man auch andere leichtere Formen der bipolaren affektiven Störung mit ein, erhöht sich der Anteil der Betroffenen auf bis zu 5%. Damit zählt die Erkrankung zu den häufigeren im psychiatrischen Bereich. Da eine bipolare affektive Störung oft nicht erkannt wird, vergehen von der ersten Krankheitsepisode bis zur korrekten Diagnose meist viele Jahre.

Die bipolare affektive Störung, oder kurz bipolare Störung, beginnt meist vor dem 25. Lebensjahr und damit im Durchschnitt über zehn Jahre früher als eine „reine“ Depression (unipolare Depression). Männer und Frauen sind etwa gleich häufig betroffen, mit einer Ausnahme: Frauen erkranken doppelt bis dreimal so oft am sogenannten Rapid Cycling, einer

speziellen Ausprägung der Erkrankung, bei der sich manische und depressive Phasen häufig abwechseln (vier oder mehr Phasen pro Jahr). Auch Jugendliche können an einer bipolar affektiven Störung erkranken.

Wie entsteht eine bipolare Störung?

Wie die Erkrankung entsteht, ist nicht genau geklärt. Vermutet wird ein Zusammenspiel zwischen verschiedenen Faktoren, die letztlich zu Störungen im Gehirnstoffwechsel führen. Vereinfacht gesagt, kommt es bei der bipolaren Störung zu einem Ungleichgewicht verschiedener Überträgersubstanzen im Gehirn, sogenannter Neurotransmitter. Vor allem der Neurotransmitter Noradrenalin dürfte eine entscheidende Rolle in der Krankheitsentstehung spielen.

Die manisch-depressive Erkrankung, die durch manische, depressive und gemischte Phasen gekennzeichnet ist, bricht schon in relativ jungen Jahren aus, kommt in verschiedenen Kulturkreisen ähnlich oft vor und tritt familiär gehäuft auf. So haben Verwandte ersten Grades von bipolaren Patienten ein etwa zehnfach höheres Risiko als die Allgemeinbevölkerung, an einer bipolaren affektiven Störung zu erkranken. Leiden beide Eltern an einer bipolaren Störung, steigt das Erkrankungsrisiko für ihre Kinder gar auf 50%.

Mit welchen Symptomen äußert sich die manisch-depressive Erkrankung?

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. Folgende Krankheitszustände werden unterschieden:

Manie

Die manische Episode ist durch eine nicht den Umständen entsprechende gehobene Stimmung charakterisiert. Diese kann zwischen sorgloser Heiterkeit und unkontrollierbarer Erregung schwanken. Die Betroffenen sind rastlos, überaktiv und verspüren einen ständigen Bewegungsdrang. Sie vermeinen über unbegrenzte körperliche und geistige Energie zu verfügen und fühlen sich in keinster Weise psychisch krank. Der Umgang mit anderen Menschen gestaltet sich oft distanzlos, die Betroffenen sprechen typischerweise viel, schnell und hemmungslos.

Konzentration und Aufmerksamkeit sind beeinträchtigt, es besteht eine erhöhte Ablenkbarkeit, oft jagt ein Gedanke den anderen. Das Ausüben eines Berufs ist in diesem Zustand praktisch nicht möglich. Die Betroffenen beginnen beispielsweise unrealisierbare Projekte oder geben leichtsinnig viel Geld aus. Charakteristisch für die Manie ist ein vermindertes Schlafbedürfnis, auch das sexuelle Verlangen (Libido) kann gesteigert sein. Bei sehr schweren manischen Episoden kommt es mitunter auch zu Wahnvorstellungen (Größenwahn, Verfolgungswahn).

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 Lebensfüh-



rung 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.

Depression

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

Mischzustand

In der sogenannten gemischten affektiven Episode wechseln sich manische und depressive Zustände 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.
- **Bipolar-II-Störung:** Diese Form ist durch depressive, hypomane und stabile Episoden gekennzeichnet.

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

Wie wird die Diagnose „Bipolare affektive Störung“ gestellt?

Eine bipolare affektive Störung zu diagnostizieren, ist nicht einfach und gelingt oft erst nach wiederholten ärztlichen Kontakten. Im Durchschnitt erfolgt die Diagnose erst fünf bis zehn Jahre nach Erkrankungsbeginn. Letztlich spielt die Erfahrung der Ärztin bzw. 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 hypomane Episoden in der Vorgeschichte sind schwierig zu rekonstruieren. Denn sie haben einen im Vergleich zur Manie milden und kurzen Verlauf und werden von den Betroffenen selbst, aber auch von deren Umfeld oft nicht wahrgenommen oder als nicht 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 dia-

gnostiziert wurde, machen im Verlauf der darauffolgenden neun Jahre auch eine manische oder hypomane Episode durch, sind also als bipolar einzustufen.

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

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

Wie wird eine bipolare Störung behandelt?

Ziel der Behandlung ist es, Schweregrad und Häufigkeit der Krankheitsphasen und damit ihrer Folgen zu reduzieren. Dazu sollte eine Kombination aus medikamentöser Behandlung und Psychotherapie erfolgen.

Mit Medikamenten sollen einerseits die aktuellen Krankheitssymptome behandelt werden (Akuttherapie), andererseits bei eingetretener Besserung dieser Zustand möglichst erhalten (Erhaltungstherapie) und Rückfällen vorgebeugt (Phasenprophylaxe) werden.

Medikamentöse Akuttherapie

In der Akuttherapie werden unabhängig davon, ob aktuell eine depressive oder manische Episode vorliegt, in jedem Fall stimmungsstabilisierende Medikamente eingesetzt. Zu den wichtigsten Stimmungsstabilisierern zählen Lithium, Carbamazepin, Valproat und Lamotrigin sowie die modernen Atypika - insbesondere Quetiapin, Aripiprazol, Risperidon und Olanzapin. Zur Minimierung von Nebenwirkungen müssen diese Medikamente exakt dosiert und daher die Therapien vor allem zu Beginn engmaschig kontrolliert werden.



Neben den Stimmungsstabilisierern kommen in der Akutbehandlung vor allem sogenannte Neuroleptika (Antipsychotika) zum Einsatz. Bei starker Unruhe können zusätzlich auch andere sedierende Medikamente verwendet werden. In der Akuttherapie einer depressiven Episode werden vor allem Antidepressiva eingesetzt. Es besteht allerdings die Gefahr, dass durch die antidepressive Behandlung die Depression rasch in eine Manie kippt - Fachleute sprechen dann von einem sogenannten „Switch“.

Medikamentöse Erhaltungstherapie & Phasenprophylaxe

Nach Abklingen der Beschwerden sollte bei allen Erkrankten für mindestens ein Jahr eine Erhaltungstherapie erfolgen - und zwar mit denselben Stimmungsstabilisierern wie in der Akuttherapie. In den meisten Fällen ist danach eine langjährige, unter Umständen eine lebenslange Phasenprophylaxe notwendig. Auch für die Phasenprophylaxe wird im Regelfall auf diejenigen Stimmungsstabilisierer zurückgegriffen, mit denen sich schon in der Akut- und Erhaltungstherapie gute Erfolge erzielen ließen.

Gleich wichtig wie Lithium, Valproat und Lamotrigin sind einige moderne atypische Neuroleptika (Atypika wie Aripiprazol oder Olanzapin). Studien mit Olanzapin als Monotherapie waren sehr erfolgreich, ebenso mit Quetiapin und Aripiprazol. Seit einiger Zeit geht man der Frage nach, ob die Kombination dieser atypischen Neuroleptika mit bestimmten Epilepsie-Medikamenten (Antiepileptika) noch besser wirkt als die Einnahme eines atypischen Neuroleptikums alleine (Monotherapie). Obwohl dies in Studien noch nicht ausreichend belegt werden konnte, versucht man trotzdem, durch eine Kombination zweier Wirkstoffe den Therapieerfolg zu verbessern, wenn zur Phasenprophylaxe eine Monotherapie nicht ausreichend ist.

Psychotherapie

Neben der Gabe von Medikamenten sollte zusätzlich auch eine Psychotherapie angestrebt werden. Verschiedene psychotherapeutische Methoden können dabei zum Einsatz kommen. Derzeit gibt es noch keine sicheren Hinweise darauf, dass einer bestimmten Methode bei der

Behandlung der bipolaren affektiven Störung der Vorzug zu geben ist. Da es sich bei der bipolaren Störung um eine mitunter sehr schwere Erkrankung handelt, sollte sie von möglichst erfahrenen Therapeuten behandelt werden.

Wie ist die Prognose der bipolaren Erkrankung?

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

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

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

weil sich bipolar Erkrankte in manischen bzw. depressiven Episoden meist jeder Form der ärztlichen Behandlung entziehen.

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

Was können Betroffene selbst tun?

Falls Sie die beschriebenen Krankheits-symptome schon einmal an sich bemerkt haben, sollten Sie unbedingt einen Facharzt für Psychiatrie aufsuchen. Ein Selbsttest kann darüber Aufschluss geben, wie wahrscheinlich bei Ihnen das Vorliegen einer bipolaren affektiven Erkrankung ist. Vermeiden Sie Alkohol und Drogen bzw. Medikamente, die Ihnen nicht von Ihrem Arzt verschrieben wurden. Oft werden diese Substanzen zur „Selbsttherapie“ eingesetzt, können den Erkrankungsverlauf jedoch negativ beeinflussen.

Als Ergänzung zur medikamentösen Behandlung und Psychotherapie können Sie auch Unterstützung bei Selbsthilfegruppen finden. Diese können Ihnen unter anderem dabei helfen, Wissen über Ihre Erkrankung zu erwerben, Anzeichen für einen Rückfall rechtzeitig zu erkennen und geeignete Strategien dagegen zu entwickeln. Sie können Erfahrungen mit anderen Betroffenen austauschen, Kontakte herstellen und weitere Hilfsangebote für Sie und Ihre Angehörigen kennenlernen.

Bewährt haben sich auch sogenannte Stimmungskalender, in denen Sie Art und Ausmaß der Stimmungsschwankungen eintragen können. Die behandelnden Ärzte erhalten so einen zusätzlichen Einblick in den Krankheitsverlauf und können im Bedarfsfall die medikamentöse Therapie anpassen.

Dr. med. Peter Mahlknecht

Department für Evidenzbasierte
Medizin u. Klin. Epidemiologie
Donau-Universität Krems