

Bipolare Störungen: Manie, Hypomanie und Depression – Wiederkehrende emotionale Achterbahnfahrten

Dossier von Pro Psychotherapie e.V.

Inhaltsverzeichnis

Bester Stimmung, voller Tatendrang selbstbewusst und kontaktfreudig – aber trotzdem krank?	2
Die Symptome der Manie nach ICD-10	3
Die Symptome einer Hypomanie nach ICD-10	4
Gemischte Episoden.....	5
Entstehung und Verlauf von bipolaren Störungen.....	6
Behandlungssätze	8
Quellen	12

Bester Stimmung, voller Tatendrang, selbstbewusst und kontaktfreudig – aber trotzdem krank?

Wenn jemand voller Schwung, Unternehmungslust und guter Laune ist, sich selbstbewusst fühlt und den Kontakt zu anderen Menschen sucht, würde man dies spontan wohl kaum als psychische Störung ansehen. Im Gegenteil: Dem Betroffenen scheint es ausgezeichnet zu gehen, er oder sie fühlt sich gut, bringt oft besonders gute Leistungen zustande und wird von anderen als witzig und unterhaltsam erlebt.

Doch hinter all dem kann sich auch ein charakteristisches psychisches Störungsbild verbergen. Dann nämlich, wenn die Energie, die geistreichen Ideen, die gute Stimmung und das Kontaktbedürfnis eindeutig zu viel werden – wenn andere sie als übertrieben und belastend erleben und sich der Betroffene dadurch selbst Schaden zufügt.

Die Rede ist von den Krankheitsbildern der Manie und Hypomanie, die im Rahmen einer so genannten bipolaren Störung vorkommen.

Merkmale und Formen bipolarer Störungen

Bei einer bipolaren Störung wechseln sich die Phasen intensiver Hochstimmung fast immer mit dem extremen Gegenteil ab: Die Betroffenen rutschen unmittelbar nach einer manischen oder hypomanischen Episode oder auch aus einer Phase mit ausgeglichener Stimmung in tiefe Depressionen ab.

In einer Phase der Manie oder Hypomanie fühlen sich die Betroffenen zwar ausgesprochen wohl, extrem selbstbewusst, haben sehr viel Energie und ein deutlich geringeres Bedürfnis, zu schlafen. Statt einer euphorischen kann zum Teil aber auch eine deutlich gereizte Stimmung auftreten. Oft kommt es aber zu unüberlegten und sogar gefährlichen Handlungen, die weitreichende negative Folgen haben können. So machen Menschen während einer Manie spontan teure Einkäufe, leiten eigenmächtig größere Veränderungen am Arbeitsplatz ein oder vernachlässigen Verpflichtungen in der Familie und im Beruf. Dieses unbedachte Verhalten führt oft zu Verschuldung, zu Kündigungen am Arbeitsplatz, zum Scheitern von Beziehungen oder zu rechtlichen Konsequenzen.

In den Phasen der Depression hingegen fühlen sie sich niedergeschlagen und hoffnungslos, können sich an nichts mehr freuen und haben zu nichts Energie. Reue und Schuldgefühle über das, was während einer Manie oder Hypomanie passiert ist, wirken sich in einer depressiven Episode besonders stark aus.

Die Symptome während einer depressiven Phase sind sehr ähnlich wie die Symptome einer „normalen“, unipolaren Depression, bei der keine Manien oder Hypomanien auftreten ([Depression](#)). Daher wird im Folgenden vor allem auf die Besonderheiten bei Manien und Hypomanien eingegangen.

Häufigkeit

Etwa ein bis zwei Prozent der Bevölkerung sind von einer manisch-depressiven Erkrankung (Bipolar-I-Störung) betroffen – Männer genauso häufig wie Frauen. Eine Bipolar-II-Störung mit hypomanischen und depressiven Phasen kommt bei etwa vier Prozent der Bevölkerung vor, gemischte Episoden bei etwa einem Prozent der Bevölkerung.

Ist die Erkrankung jedoch einmal erkannt, können geeignete Behandlungsmaßnahmen eingeleitet werden. Am hilfreichsten hat sich dabei eine Kombination aus Medikamenten (Psychopharmaka) und Psychotherapie erwiesen. Die Medikamente können dazu beitragen, die Stimmung langfristig weitgehend stabil zu halten – und so Phasen mit Manien und Depressionen entgegenwirken. Eine Psychotherapie kann diese Behandlung sinnvoll ergänzen. Sie hilft den Betroffenen, „Experten“ ihrer Erkrankung zu werden, ein Kippen der Stimmung rechtzeitig zu erkennen und zu verhindern sowie insgesamt ein ausgewogeneres Leben zu führen.

Die Symptome der Manie nach ICD-10

Nach der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) treten bei einer Manie folgende Symptome auf:

Als Hauptsymptom liegt eine nicht zur Situation passende, gehobene Stimmung vor. Sie kann von sorgloser Heiterkeit bis zu fast unkontrollierbarer Erregung reichen.

Weitere Symptome sind:

- ein verstärkter Antrieb und Überaktivität
- ein vermindertes Schlafbedürfnis
- Rededrang
- eine starke Ablenkbarkeit
- Selbstüberschätzung und Größenideen
- leichtsinniges Verhalten, bei dem Risiken nicht beachtet werden
- übertriebener Optimismus
- ein Verlust sozialer Hemmungen
- Wahrnehmungsstörungen (zum Beispiel verstärkte Wahrnehmung von Farben oder Geräuschen)

Um die Diagnose einer Manie zu stellen, müssen die gehobene Stimmung und einige der weiteren Symptome mindestens eine Woche lang anhalten und schwere Beeinträchtigungen in der Lebensführung nach sich ziehen – zum Beispiel im Beruf, bei den sozialen Beziehungen oder bei anderen Aktivitäten. Die Symptome dürfen nicht durch Alkohol oder Drogen und nicht durch eine organische Krankheit bedingt sein.

Manien sind meist mit sehr problematischem Verhalten verbunden, bei dem die Betroffenen auch sich selbst oder andere gefährden können. Außerdem treten zum Teil Wahnvorstellungen (zum Beispiel Größenwahn) und Halluzinationen auf. Deshalb werden Menschen in einer manischen Phase oft zu einer stationären Behandlung in die Psychiatrie eingewiesen.

Fallbeispiel: Manie

Herr S. erlebte seine erste manische Phase im Alter von 31 Jahren. Er arbeitete als Angestellter in einer Softwarefirma und war in seinem Beruf relativ erfolgreich. Zu dieser Zeit fing er an, Arbeit mit nach Hause zu nehmen. Er arbeitete oft fast die ganze Nacht durch, schlief nur noch zwei bis drei Stunden und führte lange internationale Telefonate. Dabei hielt er sich selbst für unersetzbar und war überzeugt, bald die endgültige Lösung für alle Computerprobleme zu finden. Im Lauf der Zeit wurde sein Verhalten immer chaotischer. Auf die besorgten Äußerungen seiner Frau reagierte er aggressiv und gereizt. Als er seiner Frau schließlich wieder einmal androhte, sie zu schlagen, rief diese die Polizei. Dies führte zu seiner ersten Einweisung in eine psychiatrische Klinik.

*Im weiteren Verlauf verlor Herr S. bei weiteren manischen Phasen immer wieder seinen Arbeitsplatz – zum Beispiel, weil er eigenmächtig Computersysteme seiner Firma veränderte. Mehrere Aufenthalte in der Psychiatrie führten zu „Lücken“ in seinem Lebenslauf, so dass er immer schwerer eine Anstellung fand. Inzwischen ist Herr S. 47 Jahre alt und arbeitet als Lkw-Fahrer. Er fühlt sich in diesem Job unterfordert und verdient deutlich weniger als früher. Seine Frau hat sich inzwischen von ihm scheiden lassen.**

Die Symptome einer Hypomanie nach ICD-10

Die Symptome einer Hypomanie ähneln denen einer Manie. Sie sind aber weniger schwer ausgeprägt, so dass meist kein Klinikaufenthalt notwendig ist. Außerdem treten bei einer Hypomanie keine Wahnvorstellungen und Halluzinationen auf.

Allerdings darf man eine Hypomanie auch nicht mit einer Phase besonders guter Stimmung verwechseln. Während eine „normale“ gute Stimmung bestimmte Gründe hat und an bestimmte Situationen gebunden ist, ist die Stimmungslage bei einer Hypomanie anhaltend und deutlich gegenüber dem normalen Verhalten verändert. Das hypomanische Verhalten wird von anderen als unangemessen erlebt und führt oft zu zwischenmenschlichen Problemen.

Das ICD-10 nennt folgende Kriterien:

Als Hauptsymptom zeigt sich eine deutlich gehobene oder gereizte Stimmung.

Weitere Symptome sind:

- ein gesteigerter Antrieb und gesteigerte Aktivität
- ein vermindertes Schlafbedürfnis
- eine gesteigerte Gesprächigkeit
- Selbstüberschätzung
- ein auffallendes Gefühl von Wohlbefinden und körperlicher und seelischer Leistungsfähigkeit
- gesteigerte Geselligkeit
- eine übermäßige Vertrautheit
- ein gesteigerter Sexualtrieb
- flegelhaftes Verhalten

Die gehobene Stimmung und einige weitere Symptome müssen mindestens ein paar Tage lang anhalten und zumindest leichte Beeinträchtigungen in der Lebensführung nach sich ziehen. Sie dürfen wie bei der Manie nicht auf Alkohol oder Drogen oder auf eine organische Krankheit zurückzuführen sein.

Fallbeispiel: Hypomanie

Frau B., eine 22 Jahre alte Studentin, berichtet nach einer depressiven Phase in der Therapie, dass sie sich jetzt wieder richtig fit fühle und voller Tatendrang stecke. Sie könne zurzeit „super effektiv“ lernen und sei überzeugt, ihr Studium mit einer sehr guten Note abzuschließen.

*In der Sitzung wirkt sie ausgesprochen gut gelaunt, redet deutlich mehr als sonst und ist nur schwer zu unterbrechen. Auf Nachfrage gibt sie an, dass sie in letzter Zeit nur etwa vier Stunden pro Nacht schlafe und sich dann „topfit“ fühle. In der letzten Woche sei sie fast jeden Abend ausgegangen und habe dabei auch „eine ganze Menge interessanter Männer“ kennengelernt. Ihr Freund sei deswegen sauer und habe ihr unterstellt, dass sie fremdginge. Er habe ihr auch schon vorgeworfen, dass sie den Haushalt und andere Verpflichtungen vernachlässige und nur noch an ihr Vergnügen denke.**

Gemischte Episoden

In so genannten gemischten Episoden treten depressive und manische bzw. hypomanische Symptome mindestens eine Woche lang gleichzeitig oder in schnellem Wechsel auf. So fühlt sich der Betroffene zum Beispiel depressiv, ist aber gleichzeitig reizbar und ruhelos und hat kaum das Bedürfnis, zu schlafen. Eine gemischte Episode ist besonders problematisch, weil hier die Gefahr, dass die Patienten eine Selbsttötungsabsicht in die Tat umsetzen, besonders hoch ist.

Fallbeispiel

Frau T., 37 Jahre alt, ist aufgedreht, macht Witze und erzählt von ihren zahlreichen Zukunftsplänen. Ein paar Minuten später bricht sie in Tränen aus und klagt darüber, wie hoffnungslos und sinnlos ihr Leben sei. Kurze Zeit später kippt ihre Stimmung ohne erkennbaren Grund wieder ins Euphorische.

Unterscheidung zwischen einer Bipolar-I- und einer Bipolar-II-Störung

Wenn bei einer Person depressive und manische oder gemischte Episoden im Wechsel auftreten, spricht man in der Fachsprache auch von einer Bipolar-I-Störung. Kommen depressive und hypomanische Phasen im Wechsel vor, bezeichnet man das als Bipolar-II-Störung.

Sonderfall: Zykllothyme Störung

Auch bei einer zykllothymen Störung kommt es zu Schwankungen bei der Stimmung und beim Antrieb. Sie sind aber weniger stark ausgeprägt als bei einer bipolaren Störung. So treten Phasen mit leicht gehobener, euphorischer oder gereizter Stimmung und Phasen mit niedergeschlagener Stimmung auf, zwischen denen die Stimmung mehrere Wochen lang ausgeglichen sein kann. Um von einer zykllothymen Störung zu sprechen, sollte die Symptomatik mindestens zwei Jahre lang bestehen. Die Diagnose wird allerdings eher selten gestellt – wohl, weil viele Betroffenen sich nicht in Therapie begeben oder weil stattdessen eine andere Diagnose, zum Beispiel „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ gestellt wird.

Entstehung und Verlauf von bipolaren Störungen

Entstehung

Die meisten Forscher gehen heute davon aus, dass eine bipolare Störung durch die Wechselwirkung von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren entsteht.

Die Betroffenen haben genetisch bedingt eine höhere Wahrscheinlichkeit, an der Störung zu erkranken (so genannte genetische Vulnerabilität). Außerdem lassen sich bei ihnen Störungen im Gleichgewicht der Neurotransmitter – der Überträgerstoffe für Informationen im Gehirn – beobachten. So besteht während einer Depression ein Mangel der Neurotransmitter Serotonin und Noradrenalin, während bei einer Manie die Neurotransmitter Dopamin und Noradrenalin im Gehirn erhöht sind. Man nimmt an, dass bei Menschen mit einer bipolaren Störung die Konzentration der verschiedenen Neurotransmitter leichter aus dem

Gleichgewicht gerät. Außerdem sind sie anfälliger dafür, dass biologische Rhythmen – wie etwa der Schlafrhythmus – durcheinander geraten.

Gleichzeitig haben auch Umweltfaktoren, psychische und soziale Faktoren einen Einfluss darauf, ob die Erkrankung ausbricht und welchen Verlauf sie nimmt. Zu den Umweltfaktoren gehören zum Beispiel negative Lebensereignisse, Stress, aber auch größere Veränderungen. Psychische Faktoren, die die Erkrankung negativ beeinflussen können, sind ungünstige Einstellungen, eine ungünstige Verarbeitung von Ereignissen oder der Missbrauch von Alkohol. Als soziale Faktoren können sich zum Beispiel häufige Kritik oder Ablehnung ungünstig auf den Krankheitsverlauf auswirken.

Auch eine unregelmäßige Lebensführung (zum Beispiel ein unregelmäßiger Schlaf-Wach-Rhythmus oder Phasen mit intensiver und weniger intensiver Arbeit) kann erneute Krankheitsphasen begünstigen. Dabei können nicht nur besonders positive Ereignisse (zum Beispiel Erfolgserlebnisse) und Veränderungen der Lebensumstände (zum Beispiel eine längere Urlaubsreise), sondern auch negative Ereignisse (etwa der Tod eines Angehörigen) eine manische oder hypomanische Episode auslösen.

Auf der anderen Seite gibt es auch Schutzfaktoren, die die Wahrscheinlichkeit für weitere Krankheitsphasen verringern können. Dazu gehören psychische Faktoren wie die Fähigkeit zur Stressbewältigung oder ein selbstverantwortlicher Umgang mit Medikamenten, aber auch soziale Faktoren, zum Beispiel eine stabile Partnerschaft oder die Unterstützung von Angehörigen.

Das Modell von Meyer (2008) nimmt an, dass es am Anfang einer manischen oder hypomanischen Phase zuerst zu Veränderungen beim Aktivitätsniveau und bei der Schlafdauer kommt. Diese führen dann zu einem Anstieg der Stimmung in Richtung Euphorie oder Reizbarkeit. Dadurch wird laut Meyer ein Teufelskreis in Gang gesetzt: Das Selbstwertgefühl steigt immer weiter an und die Betroffenen setzen oft eigenmächtig ihre Medikamente ab, was die manischen Symptome weiter verstärkt. Durch die Kritik von Angehörigen kann es wiederum zu einer immer stärkeren Reizbarkeit kommen.

Verlauf

Die ersten Symptome treten meist schon im frühen Erwachsenenalter, etwa ab dem 20. Lebensjahr, auf. Dabei erlebt etwa die Hälfte der Betroffenen zunächst eine depressive Episode – die bipolare Störung wird dann noch nicht erkannt und kann auch nicht entsprechend behandelt werden. Die Diagnose „bipolar“ wird dann im Schnitt erst im Alter von 30 Jahren gestellt. In diesem Alter kommt es auch oft zu einem ersten Klinikaufenthalt.

Auf den ersten Blick erscheint eine Bipolar-II-Störung wegen der leichter ausgeprägten Symptome als weniger schwere Störung. Doch hier sind die Phasen mit stabiler Stimmung oft kürzer an als bei einer Bipolar-I-Störung, was für die Betroffenen ebenfalls sehr belastend ist.

Ohne eine Behandlung mit Medikamenten erlebt die Hälfte der Betroffenen im ersten Jahr nach der ersten Krankheitsphase einen Rückfall. In manchen Fällen folgen die Phasen gehobener und depressiver Stimmung direkt aufeinander (zum Beispiel „Umschlagen“ einer Manie in eine Depression), teilweise können aber auch Monate oder Jahre zwischen den Krankheitsphasen liegen.

Oft treten in Zusammenhang mit einer bipolaren Störung noch andere psychische Probleme auf. Am häufigsten kommt ein Missbrauch oder eine Abhängigkeit von Alkohol oder Drogen vor. Auch Angststörungen, der Missbrauch von Medikamenten und Persönlichkeitsstörungen treten häufig zusammen mit bipolaren Störungen auf.

Behandlungssätze

Während bipolare Störungen früher vor allem mit Psychopharmaka behandelt wurden, sind sich Experten heute einig, dass eine Kombination von medikamentösen und psychotherapeutischen oder psychosozialen Behandlungsansätzen am erfolgversprechendsten ist. Dennoch steht die Behandlung mit Psychopharmaka auch weiterhin im Vordergrund – denn ohne eine geeignete Medikation kommt es kaum zu einer Stabilisierung der manischen oder depressiven Stimmung, und selbst in Phasen stabiler Stimmung ist ein Rückfall sehr wahrscheinlich. Eine Psychotherapie kann diese Behandlung sinnvoll ergänzen und den Betroffenen Fähigkeiten an die Hand geben, die ihnen helfen, besser mit ihrer Erkrankung umzugehen.

Therapie mit Psychopharmaka

Die Art der Medikation ist je nach Krankheitsphase unterschiedlich. Akute manische Phasen werden in der Regel mit Neuroleptika (Antipsychotika) behandelt. Dabei werden vor allem das typische Neuroleptikum Haloperidol oder die atypischen Neuroleptika Risperidon, Quetiapin oder Olanzapin eingesetzt. In einer depressiven Phase werden meist Antidepressiva, insbesondere Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI) oder Selektive Serotonin- Wiederaufnahmehemmer (SSRI) gegeben. Diese werden – anders bei einer unipolaren Depression – oft mit weiteren Medikamenten kombiniert, meist mit einem atypischen Neuroleptikum (zum Beispiel Olanzapin, Quetiapin) oder einem Stimmungsstabilisierer (zum Beispiel Lamotrigin). Ziel dabei ist, die Stimmung langfristig zu stabilisieren und ein „Kippen“ in die Manie zu verhindern. ([Medikamentöse Behandlung von Depressionen](#)).

Gemischte Episoden sind wegen der gleichzeitigen manischen und depressiven Symptome besonders schwer zu behandeln. Meist werden hier mehrere Medikamente kombiniert, unter anderem atypische Neuroleptika, Antidepressiva und Stimmungsstabilisierer.

Ein wesentliches Element der Therapie ist die Vorbeugung von Rückfällen. Dazu werden Stimmungsstabilisierer wie Lithium oder die Antiepileptika Valproinsäure, Lamotrigin oder Carbamazepin eingesetzt. Lithium hat sich als wirksamstes Medikament gegen Rückfälle erwiesen – das Problem ist jedoch, dass schnell ein zu hoher Lithiumspiegel im Blut entstehen kann, der zu teilweise gefährlichen Nebenwirkungen wie Zittern, Übelkeit, Erbrechen und Herzrhythmusstörungen führen kann. Bei den Antiepileptika beugt Lamotrigin vor allem depressiven Phasen wirksam vor, während Valproinsäure und Carbamazepin langfristig vor allem Manien verhindern. Wenn bei einem Patienten manische Phasen im Vordergrund stehen, wird ihm oft auch geraten, zur Vorbeugung von Rückfällen langfristig ein atypisches Neuroleptikum zusammen mit Lithium oder einem Antiepileptikum einzunehmen.

Psychotherapeutische Ansätze

In verschiedenen Untersuchungen haben sich mehrere psychotherapeutische und psychosoziale Therapieformen bei bipolaren Störungen als wirksam erwiesen. Dazu gehören die familienorientierte Therapie, die kognitive Verhaltenstherapie, die interpersonelle und soziale Rhythmus-Therapie und die Psychoedukation in der Gruppe. Diese Ansätze können dazu beitragen, dass sich Betroffene schneller von einer depressiven oder manischen Phase erholen, später eine weitere Krankheitsphase erleben und deutlich weniger Beeinträchtigungen im Beruf und in sozialen Beziehungen erleben ([Therapeutensuche](#)).

Ein wichtigstes Ziel der Therapie ist die Rückfallprophylaxe: Dadurch sollen weitere Krankheitsphasen verhindert bzw. so lange wie möglich hinausgezögert werden. Im Vordergrund steht dabei die Psychoedukation des Patienten und seiner Angehörigen, bei der alle Beteiligten Informationen über die Entstehung der Erkrankung erhalten. Die Patienten lernen außerdem, besser mit Stress umzugehen, Frühwarnsymptome einer manischen oder depressiven Episode rechtzeitig zu erkennen, mit passenden Strategien zu reagieren und insgesamt ein ausgeglichenes, regelmäßiges Leben zu führen. Außerdem wird gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet, dass die regelmäßige Einnahme der Medikamente wichtig ist.

Während einer depressiven Episode ähnelt die Psychotherapie stark der Behandlung bei einer unipolaren Depression ([Depression](#)). Hier geht es zum Beispiel darum, zunächst einen geregelten Tagesablauf zu schaffen und den Patienten zu mehr Aktivität und angenehmen Tätigkeiten zu motivieren. Außerdem werden negative Gedanken hinterfragt und der Patient wird angeregt, soziale Kontakte wieder aufzunehmen. Ein wesentlicher Unterschied bei einer bipolaren Erkrankung ist jedoch, dass der Therapeut immer auf ein mögliches Kippen in eine hypomanische oder manische Stimmung achten muss.

Während einer akuten manischen oder gemischten Phase oder einer schweren depressiven Phase ist eine Psychotherapie kaum möglich. Hier steht die Behandlung mit Medikamenten im Vordergrund, die in den meisten Fällen stationär in einer Klinik erfolgt. Auch in einer hypomanischen Episode ist die Behandlung mit geeigneten Medikamenten wichtig, es ist aber meist kein Klinikaufenthalt notwendig. In diesem Fall ist es sinnvoll, die Psychotherapie weiterzuführen, weil dies dazu beitragen kann, den Patienten zu stabilisieren.

Paar- und Familientherapie

Eine Paar- und Familientherapie kann bei bipolaren Erkrankungen sehr hilfreich sein und die Wahrscheinlichkeit für einen Rückfall deutlich senken. Insbesondere der familientherapeutische Ansatz von Miklowitz (1997, 2010) hat einen sehr positiven Einfluss auf die Rückfallrate. Wichtige Aspekte bei diesem Ansatz sind die Aufklärung über die Erkrankung und ihre Ursachen (Psychoedukation), Hilfe beim Lösen alltäglicher Probleme (Problemlösetraining), die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit und Hilfestellungen bei der Vorbeugung von Rückfällen.

Eine Paar- und Familientherapie ist bei bipolaren Störungen vor allem deshalb sinnvoll, weil durch die Erkrankung oft Konflikte in der Familie oder der Partnerschaft entstehen. Diese können beim Patienten starke Stimmungsschwankungen auslösen und so die Wahrscheinlichkeit für das „Abrutschen“ in eine Manie oder Depression erhöhen.

Zum Beispiel kommt es häufig vor, dass die Angehörigen die Stimmung des Patienten bereits auffällig finden und sich Sorgen machen, während der Betroffene selbst seinen Zustand nicht als problematisch empfindet. Versuchen die Angehörigen, Einfluss zu nehmen (zum Beispiel durch Aussagen wie „Du verhältst Dich ganz anders als sonst, geh lieber mal zum Arzt“), kann der Betroffene sich schnell bevormundet fühlen. Auf der anderen Seite sind aber auch die Angehörigen durch die Erkrankung oft stark belastet.

In der Therapie haben alle Familienmitglieder die Möglichkeit, ihre Sichtweisen und Probleme – allgemein und in Zusammenhang mit der Erkrankung – anzusprechen. Mit der Zeit lernen sie, die Sichtweisen der anderen besser zu verstehen und versuchen, eine für alle zufrieden stellende Lösung zu finden.

Kognitive Verhaltenstherapie

Auch diese Therapieform hat sich bei bipolaren Störungen als hilfreich erwiesen. Therapeut und Patient erarbeiten hier zunächst gemeinsam, welche Faktoren zur Entstehung der Erkrankung beigetragen haben und welche konkreten Risikofaktoren das Auftreten manischer und depressiver Krankheitsphasen begünstigen. Dabei sollen die Patienten meist ein Stimmungstagebuch führen, aus dem sich im Rückblick Stimmungsschwankungen und ihre Auslöser erkennen lassen.

Der Therapeut erarbeitet zusammen mit dem Patienten, wie wichtig eine regelmäßige Einnahme der Medikation ist und regt ihn zu einem ausgewogeneren Lebensrhythmus an. Außerdem werden typische Gedanken und Denkmuster herausgearbeitet, die den Beginn einer Manie oder Depression fördern können (zum Beispiel Gedanken wie: „Ich kann alles schaffen“, „Meine besonderen Fähigkeiten werden nicht richtig gewürdigt“).

In der Therapie werden auch die individuellen Warnsignale erarbeitet, die Anzeichen für eine beginnende Manie / Hypomanie oder Depression sein können. Dies könnte zum Beispiel sein, dass jemand mehr erleben will als sonst, mehr Alkohol trinkt oder deutlich mehr arbeitet als sonst. Dabei üben die Patienten auch, zwischen alltäglichen Stimmungsschwankungen als Reaktion auf bestimmte Situationen (zum Beispiel Ärger über Kritik, Freude über eine bestandene Prüfung) und Gefühlszuständen, die erste Anzeichen einer Manie oder Depression sein können, zu unterscheiden.

In einem Notfallplan wird dann vereinbart, wie der Betroffene auf die Frühwarnzeichen sinnvoll reagieren kann. Dieser Plan enthält meist mehrere Stufen: So soll der Patient bei ersten, leichteren Symptomen zum Beispiel zunächst mehr Ruhe finden, indem er abends Entspannungsübungen macht und nicht zu spät ins Bett geht. Falls die Symptome weiter zunehmen, kann als nächstes eine Bedarfsmedikation eingenommen werden und ein zusätzlicher Termin mit dem Therapeuten vereinbart werden. Als letzter Schritt – wenn die Symptome stark ausgeprägt sind – wird vereinbart, dass der Patient Kontakt mit einer Notfallambulanz aufnimmt.

In der kognitiven Verhaltenstherapie lernen die Patienten auch, allgemeine psychische Fähigkeiten zu verbessern – zum Beispiel, ihre eigenen Gefühle und Bedürfnisse besser auszudrücken, Konflikte besser zu bewältigen und offener mit ihrer Erkrankung umzugehen. Oft werden auch wichtige Bezugspersonen in die Therapie einbezogen, so dass Konflikte gemeinsam gelöst werden können.

Interpersonelle und soziale Rhythmus-Therapie

Dieser Ansatz geht davon aus, dass manische und depressive Stimmungsschwankungen vor allem durch einen unregelmäßigen Schlaf-Wach-Rhythmus ausgelöst werden. Der Schwerpunkt der Therapie liegt deshalb darauf, dass die Patienten einen regelmäßigen Schlaf-Wach-Rhythmus und einen relativ regelmäßigen Tagesablauf einhalten. Gleichzeitig werden sie dabei unterstützt, individuelle und zwischenmenschliche Probleme zu lösen.

Weitere Ansätze

Auch psychoedukative und soziotherapeutische Ansätze haben sich bei der bipolaren Störung als hilfreich erwiesen. Hier erhalten die Patienten Informationen zur Entstehung ihrer Erkrankung und zu einem besseren Umgang mit ihren Symptomen. Weiterhin können auch

Selbsthilfegruppen hilfreich sein: Sie ermöglichen es den Patienten, sich mit anderen über Schwierigkeiten auszutauschen und hilfreiche Informationen zum Umgang mit der Erkrankung zu erhalten.

Autorin: Dr. Christine Amrhein für Pro Psychotherapie e.V.

Quellen

- WHO (2010). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 7., überarbeitete Auflage. Hrsg. H. Dilling, W. Mombour & M. H. Schmidt. Verlag Hans Huber, Bern.
- T. D. Meyer (2009). Bipolare Störungen. In: J. Margraf & S. Schneider. Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band II, S. 139-173. Springer-Verlag, Heidelberg.
- D. J. Miklowitz & M. J. Goldstein (2010). Bipolar Disorder, Second Edition. A family-focused treatment approach. Guilford Press, New York.
- Mary L Phillips, David J Kupfer (2013). Bipolar Disorder 2: Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions. Lancet 381, 1663–1671.
- John R Geddes, David J Miklowitz (2013). Bipolar Disorder 3: Treatment of bipolar disorder. Lancet 381, 1672–1682.

* Fallbeispiel angelehnt an: T. D. Meyer (2009). Bipolare Störungen.

Hilfreiche Links

- Bipolar-Selbsthilfe-Netzwerk Bayern: <http://blvb.de/>
- Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen: <http://www.dgbs.de/bipolare-stoerung.html>