

# Manisch-depressive Erkrankung (bipolare affektive Störung)

Seite 23–26

## ? Wen betrifft es und wie?

Manisch-depressive Erkrankungen kommen bei Männern und Frauen etwa gleich häufig vor. Erstmals macht sich die Erkrankung zumeist zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr bemerkbar. Der Begriff „bipolar“ meint, daß die Krankheit sich in unterschiedlichen Phasen zwischen zwei augenfällig gegensätzlichen Polen abspielt. Zum einen gibt es Phasen euphorischer Hochgestimmtheit, von unbändigem Tatendrang und von Selbstüberschätzung (bis hin zu maßlos übersteigerten, wahnhaften Größenideen), wobei die Betroffenen oft vieles beginnen und wenig zu Ende bringen. Wie mit dem Tun ist es mit dem Denken: Ein Gedanke jagt den anderen, ohne daß einer zu Ende gedacht wird und die Betroffenen auch einmal innehalten. Sie dulden keinen Widerspruch. Eine Idee in ihren unterschiedlichen Facetten wird nicht kritisch-selbstkritisch abgewogen. Auffällig ist das geringe Schlafbedürfnis in diesen Hochphasen. Gleichzeitig besteht aber auch eine Art Getriebenheit, die den Betroffenen das Unechte ihres Zustandes auch oft selbst vor Augen führt, ohne daß sie sich selbst bremsen könnten. Auch Angehörige und Kollegen haben dazu wenig Chancen. Für sie erscheint es oft so, daß ihre Bedenken zum einen Ohr des Betroffenen hinein und zum anderen hinausgehen, daß jede Nachhaltigkeit völlig verschwunden ist. Die skizzierten Krankheitsphasen der Hochgestimmtheit, des übersteigerten Antriebs, manchmal auch der übersteigerten Reizbarkeit und des schnellen Aufbrausens nennt man „manisch“.

Etwas vereinfacht kann das Gegenteil davon als „depressiv“ bezeichnet werden. In den depressiven Phasen, dem „negativen“ Pol dieser bipolaren Stö-

rung, fühlen sich die Betroffenen schwung- und lustlos, schwermütig, matt und abgeschlagen. Es bestehen quälende Ein- und Durchschlafstörungen, jeglicher erfrischender Effekt des Schlafes geht verloren. Auch körperlich fühlen sich die Betroffenen schlecht: Manche klagen über diffuse Befindensstörungen oder gelegentlich auch über umschriebene Schmerzen, z.B. ein Engegefühl im Brustkorb, Atemnot und Herzschmerzen. Der Appetit ist gering, das Essen schmeckt nicht, sexuelle Lust geht verloren. Manchmal sacken die Betroffenen in ihrer Stimmung so tief ab, daß sie jeder Lebensmut verläßt. Es resultiert Selbstmordgefährdung (Suizidalität siehe S. 37).

Die Krankheit in ihren zwei Gesichtern entspricht dem Spruch im Volksmund „Himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt...“. Sie bedeutet eine schwere und ernstzunehmende psychische Störung.

Das Vollbild manisch-depressiver Erkrankungen wird von Angehörigen, die diese Störung bei ihren erkrankten Partnern oder Verwandten einige Male mitgemacht haben, oft erkannt. Ungleich schwieriger ist es für die Betroffenen selbst, diese veränderten Zustände als Krankheit zu erkennen. Sie selbst sind mitten drin im Geschehen, sehen sich in der Phase der Manie eher als besonders tatenhungrig, voller Ideen und Initiativen als Quelle fast nicht versiegender körperlicher und seelischer Kraft an. Manche Patienten beschreiben den „manischen Kick“ fast wie rauschhaft gesteigertes „High-Erleben“, das sie nur schwerlich missen möchten. Dies umso mehr, da die Erkrankten immer auch depressive Phasen extremen Antriebsmangels und tiefer Niedergeschlagenheit erlebt haben. Somit ist eine Neigung gut nachvollziehbar, die manischen Phasen gleichsam als eine Art Wie-

dergutmachung, als eine Kompensation für die erlittenen Depressionen anzusehen.

Nicht immer sind bei Menschen mit der Anlage zu manisch-depressiven Erkrankungen die Krankheitsphasen voll ausgeprägt. Öfter gibt es auch abgemilderte Erscheinungen, so daß der Fachmann von subdepressiven oder hypomanen Zuständen spricht. Kommt es vergleichsweise häufig zu solchen Schwankungen, ohne daß die Betroffenen sich für längere Zeit in einer seelischen Mittellinie befinden (dem sog. euthymen Intervall), dann spricht man von Zykllothymie. Wechseln ausgeprägte manische Phasen mit ebenso ausgeprägten depressiven, ohne daß die Erkrankten zwischenzeitlich Phasen mittlerer seelischer Verfassung erleben, spricht man von Rapid Cyclern. Bei den meisten Patienten kommt es aber glücklicherweise im Leben nur zu einigen depressiven und manischen Phasen bei zwischenzeitlicher monate- und jahrelanger völliger Beschwerdefreiheit.

### ? Was sind die Ursachen?

Bipolare-affektive Erkrankungen haben nichts mit „sich gehen lassen“, mit Schuld der Betroffenen oder der Angehörigen, beispielsweise den Eltern, zu tun. Bipolare-affektive Störungen sind anlagebedingte Erkrankungen. Es wird gleichsam eine Art von Schwachstelle im Nervenkostüm vererbt, so daß es den Betroffenen von Zeit zu Zeit nicht gelingt, die seelische Mittellinie zu halten. Weniger als 1% der Bevölkerung weisen eine entsprechende erblich bedingte Bereitschaft (Disposition) zu manisch-depressiven Erkrankungen auf. Enge Verwandte eines Betroffenen sind allerdings einem 10- bis 20mal höheren Risiko ausgesetzt, selbst auch manisch-depressiv zu erkranken. Wenn ein Elternteil also an manisch-depressiver Erkrankung leidet, so hat ein Kind ein um 10 bis 20% erhöhtes Risiko, diese Bereitschaft in sich zu tragen; wenn beide Eltern an manisch-depressiver Erkrankung leiden, steigt das Risiko nochmals an.

Die Anlage, manisch-depressiv zu erkranken, bedeutet, daß zumindest zeitweilig bestimmte körpereigene Botenstoffe im Nervensystem (sog. Neurotransmitter, wie z.B. Noradrenalin und Serotonin), Hormone oder Steroide Unregelmäßigkeiten

aufweisen, teils in ihrer Produktion, teils in ihrer Freisetzung oder in ihrem Abbau. Wie bei vielen anderen anlagebedingten sog. endogenen Störungen in der Psychiatrie ist der Arzt durch eine Anzahl weiterführender Untersuchungen auch verpflichtet, seltene andere Ursachen auszuschließen.

### ? Wie kann vorgebeugt und behandelt werden?

Eine eigentliche Heilung manisch-depressiver Erkrankungen gibt es nicht. Eine Minderheit der Betroffenen hat insofern Glück, daß die Krankheitsphasen, den gesamten Lebensweg betrachtet, nur sehr selten in Erscheinung treten und sich manchmal im Alter ganz verlieren. Darauf kann man sich aber leider nicht verlassen. Es gilt im Gegenteil für die Mehrzahl der Menschen, die die Anlage einer manisch-depressiven Erkrankung in sich tragen, daß sie mit dem Risiko des Rückfalls leben müssen.

Zur Rückfallvorbeugung gibt es einige Verhaltensregeln. Die erste ist natürlich, überhaupt erst einmal anzuerkennen, daß es sich um eine psychische Störung handelt. Dies fällt schon in den depressiven Phasen bzw. im Rückblick auf diese nicht leicht. Die Betroffenen sehen die Schwermut in irgendeiner Weise als begründet an. Für sie ist das, was sie durch die graue Brille der Depression sehen bzw. gesehen haben, als Quelle für ihre Sorge und ihre Bedrückung real und außerordentlich schwerwiegend. Noch schwieriger ist es für die Betroffenen, die Manie als Krankheit zu erkennen. Die Zeit der Manie erscheint einigen selbst noch im Rückblick als eine Zeit des Tatendrangs, des Selbstbewußtseins, als ein geradezu grandioses Feuerwerk an Ideen und Taten. Daß diese Zeiten für Kollegen, Verwandte und Partner schwer auszuhalten waren, ist für den Betroffenen kaum nachvollziehbar. Gleichwohl sollte man in den „ruhigen Zeiten“ danach das offene Gespräch suchen. In der akuten Krankheit selbst ist dies nur schwer möglich.

Gibt es bei dem Betroffenen so etwas wie „Krankheitsbewußtsein“, d.h. eine Art von Einsicht, sich in schlechter seelischer Verfassung befunden zu haben, ist ein wichtiger erster Schritt

getan. Betroffene, Angehörige und Arzt können gemeinsam versuchen, im Nachhinein die Situationen zu erkennen, in denen Streßfaktoren eine Entgleisung der seelischen Verfassung (mit-)bedingt haben. Manchmal gelingt es, über die Situationsanalyse dieses oder jenes zu klären. Dann können für die Zukunft Vorkehrungen getroffen werden, beispielsweise im Sinne einer Entlastung oder Streßreduktion. Mit Hilfe eines Psychotherapeuten werden neue Verhaltensweisen zur Bewältigung stressiger Situationen entwickelt. Manchmal ist dies auch nicht möglich, weil die Krankheitsphasen (wie bei anlagebedingten Störungen leider zu erwarten) ohne besondere provozierende Situationen eintreten.

Ferner ist es sinnvoll, im ruhigen Gespräch zu klären, ob, und wenn ja, welche Vorpostensymptome einer manischen oder depressiven Krankheitsphase Woche oder Tage vorher zu beobachten waren. Manche Patienten beschreiben eine vorausgehende Zeit innerer Anspannung, andere der Nervosität, die sich vielleicht in vermehrtem Zigarettenkonsum äußerte; wieder andere berichten von späterem oder früherem Zubettgehen als gewohnt. Diese Warnzeichen können zwar nicht verallgemeinert werden, aber es lohnt sich doch, eine Art individueller Check-Liste aufzustellen und gemeinsam im Familienkreis durchzusprechen. Für den Fall einer erneuten Krankheitsphase sollten in guten Tagen auch einige Verabredungen getroffen werden, so können Betroffene z. B. jemandem eine Art von Vertrauensvorschuß geben, damit er dann Arztbesuch, Medikamenteneinnahme und ggf. auch Krankenhausbehandlung veranlassen kann.

Es gibt seit Jahrzehnten bewährte Medikamente, die das Rückfallrisiko der manisch-depressiven Erkrankung deutlich vermindern, wenn auch nicht gänzlich aufheben können. Am längsten darin bewährt, die Krankheitsphasen und ihre Ausprägung zu verringern, ist Lithium (siehe S. 79). Allerdings ist nur eine Minderheit der Patienten, die regelmäßig und in ausreichender Dosis Lithium einnehmen, wirklich gänzlich vor einem Krankheitsrückfall gefeit. Es trifft aber immerhin für einen großen Teil der Erkrankten, die prophylaktisch Lithium einnehmen, zu, daß sie seltener und geringer ausgeprägt erneut krank werden.

In den letzten Jahren sind zwei weitere Medikamente zur Rückfallvorbeugung hinzugekommen.

Beide gelten schon seit längerem auch in der Behandlung von Epilepsien bekannt als wirksam. Es handelt sich um Carbamazepin und Valproinsäure (siehe S. 81). Da manisch-depressive Krankheitsphasen viel Leid über die Betroffenen und ihre Familien bringen, manchmal aber auch Beruf und soziale Existenz gefährden, sollte eine medikamentöse Vorbeugung (Prophylaxe) in aller Regel erwogen werden. Die Medikamenteneinnahme bedingt aber eine beständige Konsultation des behandelnden Arztes mit regelmäßig wiederkehrenden Blutentnahmen zur Laborkontrolle, u. a. um den jeweils wirksamen Spiegel des Medikaments im Blut zu bestimmen.

Wichtig für alle von manisch-depressiver Krankheit Betroffenen ist es, zu wissen, daß diese Störung bei den allermeisten Menschen außerhalb der akuten Krankheitsphasen keine gravierenden Beeinträchtigungen mit sich bringt; Intellekt und Persönlichkeit erleiden keinen dauerhaften Schaden. Lebensfreude, Genuß- und Arbeitsfähigkeit bleiben erhalten.

### **? Was ist in der akuten Krankheitsepisode und bei fehlender Krankheitseinsicht zu tun?**

In den „guten“ Zeiten zwischen akuten Krankheitsphasen ist es in der Regel möglich, in ein Dreiergespräch zwischen Patient, Angehörigem und Arzt einzutreten und Sichtweisen der Erkrankung gegenseitig widerzuspiegeln und auszutauschen. In der akuten Krankheit sind die Betroffenen oft sehr viel schwerer erreichbar. In den Phasen schwerer Depression glauben die Betroffenen nicht, daß man etwas gegen die Schwermut tun kann, daß Hilfe möglich ist. Alles wird durch die dunkelgetönte Brille der Depression gesehen, alles ist hoffnungs- und perspektivlos.

In den manischen Krankheitsphasen glauben die Betroffenen nicht, daß etwas dagegen getan werden sollte. Vielmehr seien es die anderen, die sich endlich einen Ruck geben, ihre Zweifel hinter sich lassen und bei den (übersteigerten) Aktivitäten des Erkrankten mitmachen sollten.

Dem geduldigen Arzt, dem einfühlsamen Therapeuten, dem Angehörigen, der die schwierige Ba-

lance zwischen Distanz und Nähe halten kann, gelingt es wohl manchmal, eine tragfähige vertrauensvolle Beziehung immer wieder aufs Neue aufzubauen und so eine Kooperativität im Behandlungsprozeß zu erreichen. Die Erkrankten willigen gelegentlich als eine Art von Vertrauensvorschuß an ihre Nächsten in eine Behandlung ein, deren Zweck sie eigentlich im Moment nicht einsehen können (Depression) oder wollen (Manie). Manchmal ist aber so erhebliche Gefahr im Verzug, daß es erforderlich ist, sich über die Ablehnung des Betroffenen und dessen erklärten Willen hinwegzusetzen. Ist beispielsweise die Depression so quälend, daß jeglicher Lebensmut verloren gegangen ist und Selbstmordgefahr besteht, bleibt manchmal nur der Weg geschlossener klinisch-psychiatrischer Be-

handlung auf der Rechtsgrundlage des Psychischkranken-Hilfegesetzes, d. h., die sog. Zwangseinweisung (siehe S. 111). Bei manischen Erkrankungen ist eine Behandlung gegen den Willen der Betroffenen schwieriger. In der Regel sind in manischen Krankheitsphasen Leib und Leben der Betroffenen nicht gefährdet (was die Voraussetzung für zwangsweise Behandlung nach dem Psychischkranken-Hilfegesetz ist). In der manischen Antriebsenthemmung kann es aber zu völlig unsinnigen Kaufentscheidungen kommen, kritiklos geschlossenen Verträgen oder anderen ruinösen geschäftlichen Aktivitäten. Hier muß manchmal als letzter Ausweg die Einleitung einer Betreuung (früher Vormundschaft) erwogen werden (siehe S. 108) bzw. die Geschäftsfähigkeit in Frage gestellt werden.

---