

Wie verläuft die bipolare affektive Erkrankung? _____

viel umher. Im Gespräch ist der Patient sehr abgelenkt und redet viel, ohne dass ein roter Faden zu erkennen ist. Es fallen deutliche Merkfähigkeits-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen auf. Vom Affekt ist der Patient zeitweise gereizt und missgestimmt, sein Selbstwertgefühl ist gesteigert.

Bei diesem Patienten ist es erstmalig zu einer manischen Episode gekommen, in der Vorgeschichte waren bisher keine manischen oder depressiven Episoden aufgetreten. Unter medikamentöser Behandlung ist die Symptomatik innerhalb von einigen Wochen rückläufig.

Wie verläuft die bipolare affektive Erkrankung?

Grundsätzlich wird zwischen der bipolaren (also Auftreten sowohl manischer als auch depressiver Episoden) und der unipolaren Phase (also nur Auftreten von depressiven Episoden) unterschieden. Ob es überhaupt nur isolierte, also unipolare manische Phasen gibt, ist unter den Fachleuten umstritten. Wenn dies der Fall ist, dann tritt diese Verlaufsform sicherlich sehr selten auf.

Die Wechselhaftigkeit ist typisch für affektive Störungen. Es treten einerseits manische, andererseits depressive Episoden, aber natürlich auch völlig gesunde, „krankheitsfreie“ Intervalle auf, in denen völlige Beschwerdefreiheit besteht. Oft verkürzt sich bei zunehmender Krankheitsdauer mit zunehmendem Lebensalter die beschwerdefreie Zeit, d. h., es treten mit zunehmendem Lebensalter immer häufigere Krankheitsphasen auf. Um dieses zu verhindern, werden wirksame Medikamente eingesetzt. Es ist bekannt, dass im Krankheitsverlauf zunehmend häufigere Krankheitsphasen auftreten, man spricht vom so genannten „Kindling“. Aus diesem Grund werden auch vorbeugend Medikamente eingesetzt.

Depressive Episoden
Manische Episoden
Gesunde Intervalle

Der bipolare Krankheitsverlauf beginnt im Vergleich zum unipolaren Krankheitsverlauf früher, meist schon im Alter von 20 bis 30 Jahren, oft kommt es aber auch schon zur ersten Phase in der Pubertät. Der unipolare Verlauf beginnt meist erst im 30. bis 50. Lebensjahr. Der unipolare Verlauf der Depression ist jedoch häufiger, etwa im Verhältnis 2:1. Die Geschlechtsverteilung Frauen zu Männer entspricht bei der unipolaren Depression 2:1, bei der bipolaren Störung sind Frauen und Männer im gleichen Verhältnis, also 1:1, betroffen.

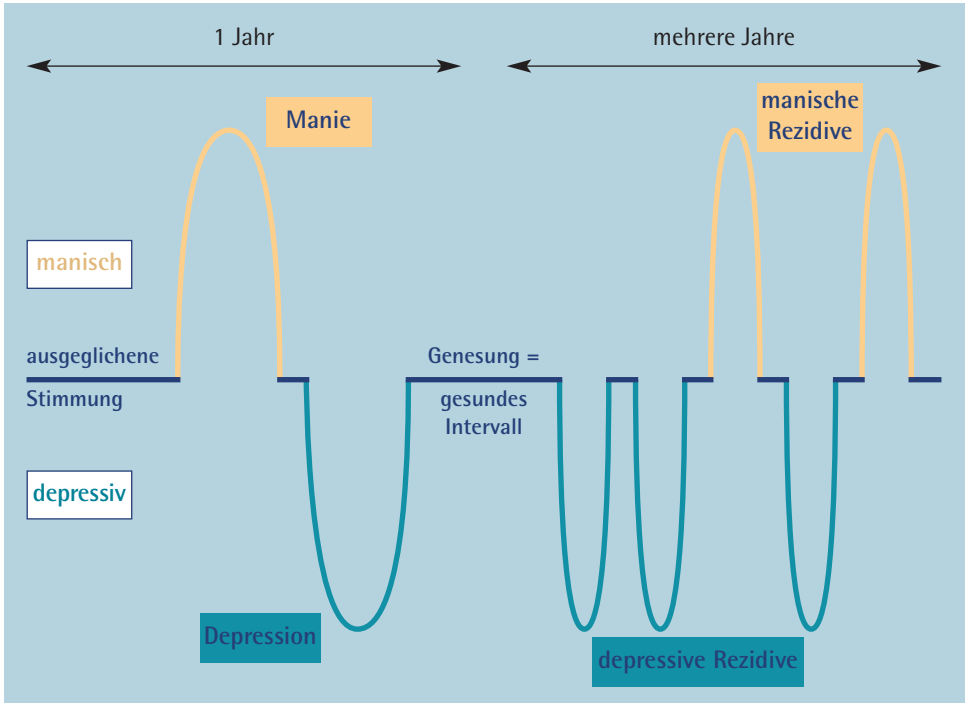


Abb. 2 Verlauf der bipolaren Erkrankung ohne Behandlung: Es kommt zu wiederkehrenden depressiven und manischen Phasen (nach Greil, Sassim, Ströbel-Sassim: Die manisch-depressive Krankheit. Thieme-Verlag, 1996)

Unipolare Depression

- Durchschnittliches Alter bei Ersterkrankung > 30 Jahre
- Frauen doppelt so häufig betroffen
- Weltweites Auftreten
1,5 bis 19 % (Prävalenz)

Bipolare Störung

- Durchschnittliches Alter bei Ersterkrankung < 30 Jahre
- Frauen und Männer gleich häufig betroffen
- Weltweites Auftreten
0,3 bis 1,5 % (Prävalenz)

Die Auswirkungen, insbesondere sozioökonomischer Art, sind bei der affektiven Störung sehr belastend:

Eine Frau, die mit 25 Jahren an einer bipolaren Störung erkrankt (was dem Durchschnittsalter entspricht), hat eine

- um 9 Jahre verkürzte Lebenserwartung und
- verliert 12 Jahre normalen gesunden Lebens
- sowie 14 Jahre normaler beruflicher und familiärer Aktivität.
(aus Walden, Grunze: Bipolare affektive Störungen)

Im Rahmen der bipolaren affektiven Erkrankungen ergeben sich folgende Untergruppen:

1. Bipolar I (mindestens eine manische Episode)
2. Bipolar II (rezidivierende Depressionen mit Hypomanie)
3. Bipolar III (rezidivierende Depressionen ohne Hypomanie, aber mit hyperthymem Temperament)
4. Bipolar IV (rezidivierende Depressionen ohne Hypomanie, aber Familienanamnese mit Bipolar-Erkrankten).

Als Sonderform der bipolaren Störung gilt das so genannte Rapid Cycling. Darunter verstehen wir bipolare Verläufe, bei denen ein rascher Phasenwechsel und mindestens vier Phasen einer Depression oder Manie in einem Jahr auftreten. Bei ca. 15 bis 20% aller bipolaren affektiven Erkrankten ist diese Verlaufsform vorliegend.

Rapid Cycling
Rascher
Phasenwechsel

Bei den Depressionen unterscheiden wir die so genannte major (endogene) Depression (ohne erkennbare Ursache) und reaktive Depression (z. B. nach schwerer seelischer Belastung, beispielsweise nach Enttäuschungen und Misserfolgen). Auch kommen so genannte atypische Depressionen vor. Darunter sind Depressionen zu verstehen, die mit vermehrtem Schlafbedürfnis (statt Schlafminderung), Appetits- und Gewichtssteigerung (statt Appetitlosigkeit und Gewichtsabnahme) und vermehrter Müdigkeit einhergehen.

Atypische
Depression

Auch die saisonale Depression stellt eine Sonderform dar. Sie tritt in den Wintermonaten, also in der dunklen Jahreszeit, auf. Bei dieser Form hilft besonders die Lichttherapie (siehe Seite 51). Die Dauer der jeweiligen Erkrankungsphasen (manische Phasen oder depressive Phasen) ist individuell sehr unterschiedlich (variabel). Meist hält eine Phase einige Monate an. Mit zunehmendem Alter finden wir gehäufte depressive Phasen. Die gesunden Intervalle werden kürzer.

Im Rahmen der Erkrankung unterscheiden wir die akute Erkrankungsphase und die Phase der Remission, d. h. die Rückbildung der depressiven bzw. manischen Symptome unter der Therapie. Wird die Therapie zu früh abgebrochen, so kann es zu einem so genannten Rückfall kommen, zum Wiederauftreten depressiver oder manischer Symptome. Wird die Therapie ausreichend lange im Sinne einer Erhaltungs-therapie fortgesetzt, so kann es zu einer vollständigen Gesundheit (Remission) kommen.

Akute
Erkrankungsphase
Remission

Rückfall

Unbehandelt dauert eine depressive Episode ca. sechs bis neun Monate, manchmal aber auch bis zu drei Jahren. Wird die Depression medikamentös (antidepressiv) behandelt, so dauert sie ein bis drei Monate.

Dauer der Episode

Im Laufe des Lebens kann es zu erneuten depressiven bzw. manischen Phasen im Sinne einer Wiedererkrankung kommen.

22 Mit welchen anderen Erkrankungen tritt die Depression bzw. Manie häufig zusammen auf?

Daher ist es wichtig, erste Symptome der Depression/Manie rechtzeitig zu erkennen und sich auch nach Ablauf einer ersten depressiven/manischen Phase bewusst zu machen, welche Symptome zu Beginn der Depression/Manie aufgetreten waren, um sich bei zukünftigen Phasen möglichst rechtzeitig therapeutische Hilfe zu suchen. Manche Patienten erleben im Vorfeld einer erneuten Krankheitsphase eine innere Anspannung, eine vermehrte Nervosität oder veränderte Schlafenszeiten.

Eventuell sollte auch schon eine vorbeugende (prophylaktische) Medikation einsetzen, um weitere Phasen möglichst zu verhindern. Bei richtiger Behandlung wird die gewohnte Leistungsfähigkeit wieder erreicht.

Das größte Risiko besteht in der Selbsttötung. 15 % der Patienten, die an einer depressiven Erkrankung leiden, nehmen sich das Leben. Männer sind davon häufiger betroffen als Frauen.

Mit welchen anderen Erkrankungen tritt die Depression bzw. Manie häufig zusammen auf?

Aufmerksamkeits-
störung
Angst
Alkohol
Drogen

Bei jungen Patienten mit einer Manie ist besonders häufig zugleich ein gemeinsames Auftreten mit einer Aufmerksamkeitsstörung (Attention Deficit Disorder) zu beobachten. Ferner treten oft auch Angststörungen und besonders häufig Suchtmittelmissbrauch (Alkohol, Drogen) gemeinsam auf.

Körperliche
Erkrankungen

Bei depressiven Patienten ist das Risiko höher, auch gleichzeitig an Herzerkrankungen, Arteriosklerose, Asthma bronchiale, Allergien, Diabetes mellitus (Blutzuckererkrankung), Ulcus (Magengeschwüre) und Infektionserkrankungen zu erkranken.

Angststörung

Häufig treten die depressiven Symptome nicht allein auf, sondern sind in 50 % der Fälle mit Angststörungen kombiniert. Unter Angststörungen wird eine Erkrankungsgruppe verstanden, in der der Patient umschriebene Ängste (Phobien) vor bestimmten Situationen oder Lebensumständen (z. B. Höhenangst) hat. Auch soziale Ängste – sich beispielsweise nicht mehr in Menschenmengen aufhalten zu können – können auftreten. Die Patienten vermeiden dann den Gang in die Stadt, sie können nicht mehr allein ein Kaufhaus aufsuchen und auch nicht mehr ins Theater, Kino oder Konzert gehen. Diese Ängste verstärken die ohnehin bei der depressiven Verstimmung vorhandene soziale Rückzugstendenz. Auch kann es zu plötzlichen Angstzuständen kommen, in denen der Patient panikartig reagiert (Panikattacke).

Panikattacke

Er verspürt oftmals körperliche Symptome wie Herzrasen, akute Luftnot und akuten Schwindel. Diese Panikattacken treten im Rahmen von Depressionen häufig auf. Sie werden vom Patienten