

Die bipolar affektive Störung

Ein diagnostischer Überblick, die dahinter stehende Psychodynamik und ausgewählte therapeutische Aspekte

The Bipolar Affective Disorder

Roswitha Glaeser

Gastartikel

Zusammenfassung

Das Risiko an einer bipolaren Störung zu erkranken liegt bei weniger als 1% aller depressiven Erkrankungen, weshalb das therapeutische Interesse an dieser Patientengruppe auch relativ gering ist, obwohl sich Betroffene emotional auf einer ständigen „Achterbahn“ befinden. Die Möglichkeit, depressiv oder manisch zu werden, ist in jedem von uns angelegt und der Übergang von „normalen“ Empfindungen zu Depression und Manie ist fließend. Ob wir nun depressive, manische oder andere Formen psychischer Krankheitsbilder entwickeln hängt – neben genetischen und biologischen Dispositionen – von einer gelungenen frühkindlichen Entwicklung des Selbst in Abgrenzung zum Objekt ab.

Abstract

The risk of falling ill with a bipolar disorder is less than 1% of all depressive illnesses. Therefore, the therapeutic interest is relatively low in this patient group, although affected people are constantly on an emotional roller coaster. The chance of becoming depressive or manic exists in each of us and the crossing from 'normal' sensations to depression and mania is fluent. Whether we develop depressive, manic or other forms of mental disorders, is dependent on genetic and biological factors as well as on a successful infant development of self in differentiation from the object.

1. Einleitung

Die Symptome und Beschwerden des manisch-depressiven Krankheitsbildes wurden bereits in der Antike von Hippokrates, Aristoteles und Platon beschrieben. Erst im Jahre 1899 prägte Kraepelin den Begriff vom „manisch-depressiven Irresein“ und präziserte dadurch das klinische

Erscheinungsbild. Manie und Depression waren für Kraepelin damals schon verschiedene Präsentationen einer Krankheit und es gab für ihn keinen grundsätzlichen Unterschied zwischen unipolaren und bipolaren affektiven Störungen. (Butcher et al., S. 311). Die diagnostischen Feinheiten nach ICD und DSM stellen eine wichtige Arbeitshilfe dar und sind für die Verständigung der Experten untereinander unerlässlich. Für das Verstehen des Störungsbildes und den therapeutischen Zugang sind die dahinter verborgenen intrapsychischen Konflikte und ihre Verarbeitungsmodi von nicht unerheblicher Bedeutung. Depressive Menschen haben die herrschenden sozialen Normen tief verinnerlicht. Das Über-Ich, die moralische Instanz, die vorzugeben versucht, wie man sich zu verhalten hat und was sich gehört, erdrückt das eigentliche Ich und somit das selbständige, eigene Handeln. Manische Menschen hingegen stellen diese Normen manchmal in provozierender Art und Weise in Fragen, meist jedoch ohne sie wirklich aufgeben zu können. Das Über-Ich scheint dann zwar außer Kraft gesetzt zu sein, doch das Ich kann den dadurch entstehenden Raum nicht füllen und es entsteht innere Leere. Depression und Manie sind daher zwei unterschiedliche Repräsentationen einer Krankheit und beiden liegt dasselbe Lebensproblem – meist Selbstwert – Selbstsein – Abhängigkeit – zugrunde.

2. Diagnostischer Überblick

2.1. Die Störungsbilder

2.1.1. Hypomanie

Im ICD-10 (F30) werden folgende Kriterien der Hypomanie (F30.0) aufgelistet:

Die Hypomanie ist eine abgrenzbare Periode, die wenigstens einige Tage dauert, mit leicht gehobener oder