

BACHELORARBEIT
GESUNDHEITS- UND PFLEGEWISSENSCHAFT
MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT GRAZ

Achterbahnfahrt der Gefühle- das Leben mit einer bipolaren Störung

Autorin: Katharina Suppan

Einreichung: 15.05.2014

Jahr der Vorlage: 2014

Vorausgesetzte Lehrveranstaltung: PHYSIOLOGIE

Begutachterin:

Ao. Univ. Prof. Dr. Anna Gries

Institut für Physiologie, Harrachgasse 21/V

8010 Graz

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Was ist eine bipolare Erkrankung?	5
2.1	Definition des Begriffs „bipolare Erkrankung“	6
3	Krankheitsepisoden der bipolaren Störung	9
3.1	Manie	10
3.2	Hypomanie	13
3.3	Depression	14
3.4	Bipolare Mischzustände	17
3.5	Rapid Cycling	17
4	Geschichte	18
5	Epidemiologie und Diagnostik	19
5.1	Häufigkeit der bipolaren Störung	20
5.2	Kriterienkataloge DSM-IV und ICD-10	20
5.3	Probleme der Diagnose	21
6	Ätiologie	24
6.1	Genetische Faktoren	24
6.2	Biologische Faktoren	25
6.3	Körperliche und auf Medikamente bezogene Ursachen	26
6.4	Psychosoziale Faktoren	26
7	Behandlungsansätze	27
7.1	Stimmungsstabilisierer	28
7.1.1	Lithium	28
7.1.2	Lamotrigin	29
7.1.3	Valproinsäure	29
7.1.4	Carbamazepin	30
7.1.5	Antidepressiva	30

7.1.6	Trizyklische Antidepressiva	30
7.1.7	Monoaminoxidase Hemmer (MAO-I)	31
7.1.8	Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer	31
7.1.9	Serotonin- Noradrenalin- Wiederaufnahmehemmer	32
7.2	Neuroleptika	33
7.2.1	Typische Neuroleptika	33
7.2.2	Atypische Neuroleptika.....	34
7.3	Benzodiazepine	35
7.4	Elektrokonvulsive Therapie.....	36
7.5	Lichttherapie	36
7.6	Psychotherapie	37
7.7	Musiktherapie	40
8	Depressionen und Manien aus Sicht der Angehörigen.....	41
8.1	Was soll bei einer Depression beachtet werden?	42
8.2	Was soll bei einer Manie beachtet werden?	43
9	Selbsttests und Arbeitsmaterialien.....	45
10	Kontaktadressen in Österreich	46
11	Diskussion	48
12	Quellenverzeichnis.....	49
13	Abbildungsverzeichnis	51

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, nicht andere, als die angegeben Quellen verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Des Weiteren erkläre ich, dass ich diese Arbeit gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Datum: 15.05.2013

Suppan Katharina

1 Einleitung

Die Achterbahnfahrt ihrer Gefühle haben schon damals berühmte Maler, Schriftsteller oder Komponisten in ihre Werke einfließen lassen. Van Gogh, Charles Dickens und Beethoven hatten eines mit vielen anderen renommierten Leidensgenossen und Leidensgenossinnen gemeinsam, sie waren alle manisch depressiv. Durch ihre wunderbaren Bilder, ihre schaurig schönen Geschichten, aber auch durch zauberhafte Symphonien, konnten sie die Menschen begeistern. Was jedoch keiner wusste war, welche Qualen sie und auch ihr Angehörigen durchleben mussten. Nur wer selbst einmal die zwei extremsten Gefühle, das „Himmelhochjauchzende“ beziehungsweise „das zu Tode Betrübte“ erleben musste, weiß was solche Menschen durchmachen. Durch ihre extremen Stimmungszustände, verlieren sie oft ihre Familie, Freunde oder Arbeit. Dabei wünschen sich die meisten nichts sehnlicher, als ein geregeltes Leben mit ihrer Familie. Waren damals Personen oft mit dieser Erkrankung ihren Stimmungen hilflos ausgeliefert, kann ihnen heutzutage mit verschiedensten Therapieansätzen gut geholfen werden. Bis jedoch die richtige individuelle Therapie gefunden und akzeptiert wird, können Jahre, aber auch Jahrzehnte vergehen und Betroffene sowie ihre Angehörigen an ihre Grenzen bringen. (vgl. Wormer 2002, S. 10)

Für meine Bachelorarbeit habe ich mir das Thema „bipolare Störungen“ gewählt, da ich in meinem persönlichen Umfeld jemanden kenne, der schon lange an einer „Manischen-Depression“ leidet und es mir ein persönliches Anliegen ist, aufzuzeigen, was eine bipolare Erkrankung überhaupt ist, welche Auslöser verantwortlich sind und wie Angehörige damit umgehen können. Auch möchte ich mein eigenes Wissen über diese Erkrankung und deren Therapiemöglichkeiten vertiefen. Während das Krankheitsbild der Depression in unserer Gesellschaft sehr präsent ist, ist das der Manie noch ungeläufig. Auch mein Wissen über Depressionen übersteigt das der Manie. Daher möchte ich mich in die Thematik der Manie genauer einlesen und meine Forschungsfrage dazu stellen. Ich möchte eine Antwort auf folgende Frage finden: „Wie erkennt man eine Manie und wie äußern sich die Symptome“?

Als bevorzugte Zitierweise wurde der Harvard Style nach den formalen Vorgaben der Medizinischen Universität Graz verwendet.

2 Was ist eine bipolare Erkrankung?

Jeder kennt das Gefühl von übermäßiger Freude oder schlimmer Trauer nur zu gut. In unserem Leben sind Stimmungsschwankungen ganz normal. Menschen mit einer bipolaren Erkrankung fallen jedoch ohne nachvollziehbare Gründe von einem Extrem ins Andere.

Das Grundproblem bei einer bipolaren Erkrankung ist eine Regulierungsstörung der Stimmung. Diese Störung kann unterschiedliche Symptome zu unterschiedlichen Zeiten hervorrufen. Die klassische Form der bipolaren Erkrankung äußert sich durch schwere Stimmungsschwankungen, welche durch Phasen einer sehr gedrückten Stimmung und Phasen einer stark ausgeprägten Hochstimmung gekennzeichnet sind. Schon vor mehr als zweitausend Jahren wurden solch extreme Schwankungen der Stimmung erkannt und medizinisch beschrieben. Im 20. Jahrhundert wurden diese Zustände als „manisch-depressives Irresein“ (Kraepelin 1899) bezeichnet. Heute werden solch extreme Gemütsschwankungen als „bipolare Erkrankung“ bezeichnet. Betroffene erleben jedoch auch Schwankungen zwischen diesen Polen. Es sind geringer ausgeprägte Stimmungsschwankungen und manisch-depressive Mischzustände.

In der Regel handelt es sich um wiederkehrende Episoden dreier Stimmungslagen:

- Eine Phase gehobener Stimmung, die Manie genannt wird.
- Eine Phase gedrückter Stimmung, die Depression genannt wird
- Eine Phase normaler Stimmung, in der weder manische noch depressive Beschwerden vorliegen, das beschwerdefreie Intervall.

(vgl. Wormer 2002, S. 15)

2.1 Definition des Begriffs „bipolare Erkrankung“

Als bipolare Erkrankungen bezeichnen wir psychische Störungen, deren Erscheinungsbild durch krankhafte Polarität von Affektivität und Aktivität (Antrieb) geprägt ist. Affektivität und Aktivität bewegen sich zwischen einem „Hypo-“ und einem „Hyperpol“. (vgl. Marneros 2000, S. 1)

Durch klinische Beobachtungen konnte gezeigt werden, dass es sich bei der bipolaren Erkrankung um keine einheitlich definierte Krankheit handelt, sondern, dass vor allem zwei Haupttypen innerhalb des sogenannten „Spektrums bipolarer Störungen“ unterschieden werden.

- Eine Bipolar-I- Erkrankung liegt dann vor, wenn der Betroffene oder die Betroffene mindestens 14 Tage lang eine gehobene Stimmungslage erlebt hat, die die Kriterien einer Manie erfüllt. Zudem muss bereits zumindest eine Depression vorgekommen sein.

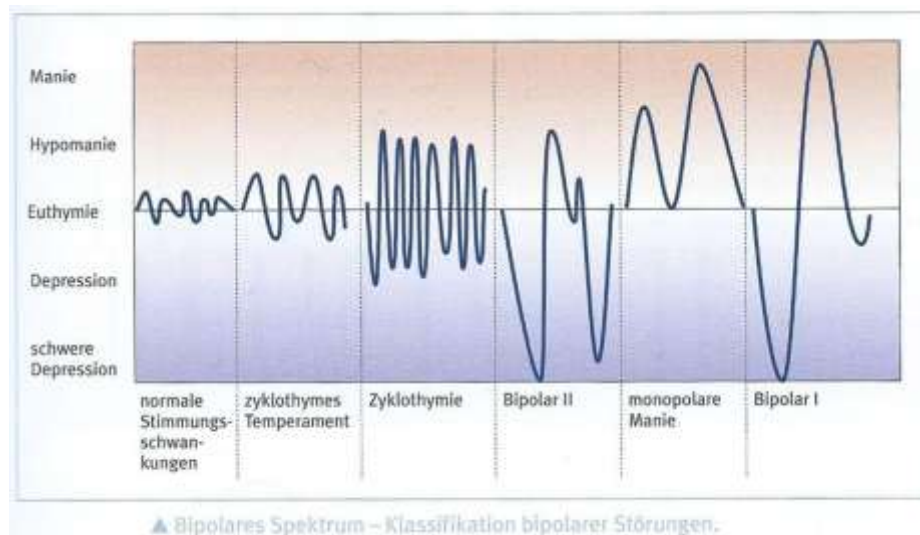


Abbildung 1: Bipolares Spektrum- Klassifikation bipolarer Störungen. (vgl. Bräunig 2010, S. 19)

Eine Bipolar-II- Erkrankung liegt dann vor, wenn der Betroffene oder die Betroffene zumindest einmal eine Depression erlebt hat und wenn mindestens einmal eine sogenannte „Hypomanie“-

Episode nachweisbar ist, bei der es sich um eine abgeschwächte Form der Manie handelt. (vgl. Wormer 2002, S. 15)

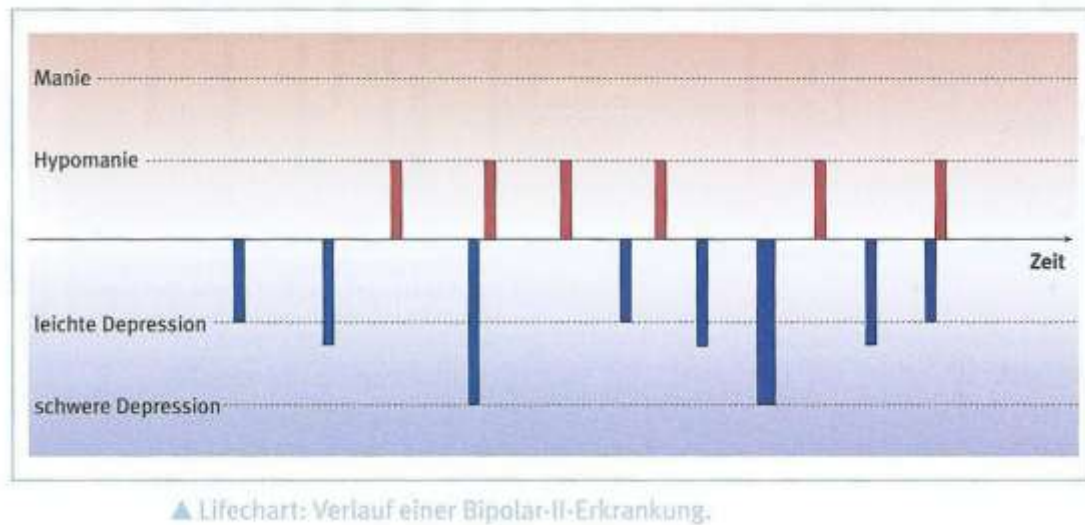


Abbildung 2: Lifechart: Verlauf einer Bipolar-II-Erkrankung (vgl. Bräunig 2010, S. 20)

Da es zahlreiche Erscheinungsformen der Krankheit gibt, ist eine diagnostische Abgrenzung oft nicht leicht. Weitere der Wissenschaft bekannte Formen wären:

- Das hyperthyme Temperament: Hierbei handelt es sich um Menschen, die extrovertiert, lebensfroh und immer gut aufgelegt sind und trotzdem immer wieder an einer Depression leiden. Durch die Gabe von Antidepressiva können die Betroffenen jedoch leicht in einen Zustand der Manie geraten.
- Die Zykllothymie: Hier handelt es sich um eine abgeschwächte Form der Bipolaren Erkrankung. Die Stimmung schwankt ständig und ist entweder leicht gedrückt oder leicht gehoben.(vgl. Kasper, Hauk 2006, S. 13)

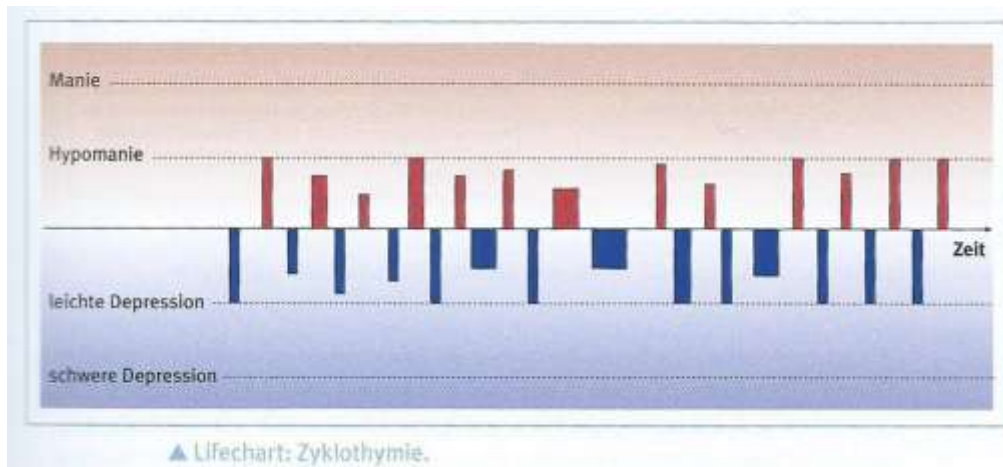


Abbildung 3: Lifechart: Zykllothymie (vgl. Bräunig 2010, S. 20)

Steckbrief bipolare Erkrankung:

Begriffe:	Bipolare Erkrankung, bipolare Störung, bipolar disorder (engl.), manisch- depressive Erkrankung (historisch)
Bipolare Störungen:	Bipolar-I- Erkrankung, Bipolar-II-Erkrankung, pseudounipolare Störung, hyperthymes Temperament, Zykllothymie
Krankheitsepisoden:	Manie, Hypomanie, Depression, Mischzustände, Rapid Cycling
Häufigkeit:	Weltweit etwa 2 bis 5 Prozent aller Erwachsenen Frauen und Männer sind gleich häufig betroffen
Beginn der Erkrankung:	Durchschnittliches Erkrankungsalter: 25 Jahre Während oder nach einer Schwangerschaft

Verlauf:	Mehr als 80 Prozent der Jugendlichen und etwa 40 Prozent der erwachsenen Menschen mit einer Manie weisen gleichzeitig noch weitere Diagnosen auf: <ul style="list-style-type: none"> - Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitäts- Störung (ADHD) - Angststörungen (Phobien) - Zwangsstörungen - Suchtmittelmissbrauch - Körperliche Erkrankungen (Migräne, multiple Sklerose, Schilddrüsenüberfunktion)
Suizidrisiko:	Bis zu 80 Prozent der Betroffenen sind Suizid gefährdet Etwa 15 Prozent töten sich selbst (zwei bis fünf Jahre nach der ersten Episode)
Lebenserwartung:	Etwa um neun Jahre verkürzt

(vgl. Wormer 2002, S. 17)

3 Krankheitsepisoden der bipolaren Störung

Das Kennzeichen einer bipolaren Erkrankung ist ihr phasenhafter Verlauf. Die Stimmung geht von Phasen extremer Manie bis hin zu schlimmen Depressionen, aber sie ist auch von geringer ausgeprägten Stimmungsschwankungen, wie die der Hypomanie bestimmt. Wechseln sich die Stimmungszustände innerhalb kürzester Zeit, man spricht von Tagen oder aber auch Stunden, ab, handelt es sich um das sogenannte „Rapid Cycling“. (vgl. Wormer 2002, S. 18)

3.1 Manie

*„...mit dem Versuch, ein ganzes Leben
an einem einzigen Tag zu leben.“*

Andy Berhman: Electroboy

(vgl. Sinaert, Dahl 2003, S.51)

Der Begriff „Manie“ (engl. mania) stammt von dem griechischen Wort „mainesthai“ ab, welches „verrückt sein“ bedeutet. (vgl. Wormer 2002, S. 19)

Während das Krankheitsbild der Depression schon fest im Bewusstsein der Menschen verankert ist, ist die Manie noch weitgehend unbekannt. Grund dafür ist, dass man die Mehrzahl der Menschen mit einer Manie oft gar nicht erkennt, geschweige denn diese für krank hält. Das liegt wohl an unserem gesellschaftlichen Ideal, das von einem permanenten Stimmungs- und Leistungshoch geprägt ist.

Ein großes Problem der Manie ist auch, dass Menschen die daran leiden, sich gar nicht damit beschäftigen, ob sie überhaupt krank sind. Sie fühlen sich so gut wie noch nie und sind voller Tatendrang. Meist sind es die Angehörigen, die bemerken, dass irgendetwas nicht stimmt. Manische Patienten und Patientinnen streiten dies dann aber meist ab und fühlen sich angegriffen. (vgl. Kasper, Hauk 2006, S. 14)

Wie erkennt man eine Manie?

Der manische Zustand beginnt langsam und wird über Tage und Wochen stärker und stärker. Anfangs hebt sich die Stimmung der Betroffenen und sie fühlen sich von angenehmen Gefühlen überflutet. Wohlbefinden und Selbstvertrauen nehmen so stark zu, bis diese Gefühle in eine Euphorie übergehen.

Das Frühstadium der Manie ist durch die Veränderung des Denkens geprägt. Betroffene glauben, rationaler und klarer denken zu können als sonst. Auch Denkprozesse beschleunigen sich zunehmend und die Gedanken rasen unaufhörlich durch den Kopf. Auch kommt es fast immer zu einer Beschleunigung der Sprache. Je weiter sich die manische Phase entwickelt hat, desto mehr und desto schneller sprechen sie. Im Rahmen eines Sprachversuchs ist festgestellt worden, dass Personen mit einer Manie 180-200 Silben pro Minute sprechen können und nicht manische Personen schaffen nur 122-150 Silben pro Minute. Typisches Anzeichen für eine Manie ist die maßlose Selbstüberschätzung. Es kommt zu Kauforgien, sexueller Promiskuität und Enthemmung, Missbrauch von Alkohol und anderen Drogen. Die Folgen des Kaufrausches zeigen sich dann meist bei der Kreditkartenabrechnung, wenn die Betroffenen keine Ahnung mehr haben, was oder warum sie etwas gekauft haben. Durch die sexuelle Überaktivität kommt es zu Erschöpfungszuständen, aber auch zu überstürzten Verlobungen und Schwangerschaften beziehungsweise zur Schwängerung einer weiblichen Zufallsbekanntschaft. Auch bisexuelle oder homosexuelle Neigungen werden ausgelebt, was zu einem erheblichen Gesundheitsrisiko in Bezug auf HIV-Infektionen führt. Eine der häufigsten Begleitstörungen ist der Missbrauch von Alkohol oder Drogen aber auch die Schlaf und Essgewohnheiten ändern sich im Verlauf der Manie. Eines der ersten Symptome ist ein vermindertes Schlafbedürfnis. Dies ist ein wichtiges Zeichen für bipolare Patienten und Patientinnen, dass sich eine manische Phase anbahnt. Die Nahrung wird in dieser Zeit stark eingeschränkt, da man schlicht und einfach keine Zeit hat zu essen. Größenideen entwickeln sich und die Furcht vor unangenehmen Konsequenzen wird immer geringer. Hier beginnt der manische Mensch den Bezug zur Wirklichkeit zu verlieren. Im Extremfall kommt es zu psychotischen Wahnvorstellungen in denen Patienten und Patientinnen etwa glauben, von adeliger Abstammung oder schwer reich zu sein, oder sogar der Messias selbst zu sein.

Das Glücksgefühl der manischen Episode ist in der Regel nur von kurzer Dauer. Die Hochstimmung verwandelt sich in Wut, Reizbarkeit oder Aggressivität. Möglich ist auch, dass sich die Euphorie und die Reizbarkeit abwechseln, es kommt somit zu chaotischen Denk- und Verhaltensmustern.

Symptome der Manie

Stimmung:	→ Unangemessen gehobene, euphorische Stimmung → Erhöhtes Selbstwertgefühl → Reizbarkeit, Wutanfälligkeit
Aktivität:	→ Erhöhter Antrieb → Erhöhte Betriebsamkeit → Ungewöhnliche, riskante Unternehmungen → Hemmungslosigkeit → Rededrang (beschleunigte Sprache)
Körperliche Befindlichkeit:	→ Erhöhtes Energieniveau → Vermindertes Schlafbedürfnis → Verminderter Appetit → Verstärkter Sexualtrieb (Libidosteigerung)
Denken:	→ Ideenflucht (beschleunigtes Denken, rasende Gedanken) → Sprunghaftes Denken → Eingeschränktes Urteilsvermögen → Größenideen
Psychose	→ Wahnideen (Größenwahn) → Halluzinationen (Stimmenhören)

(vgl. Wormer 2002, S. 18-20)

3.2 Hypomanie

Unter Hypomanie versteht man eine abgeschwächte Form der Manie. Der Begriff „Hypomanie“ wurde erstmals im 19. Jahrhundert von einem deutschen Psychiater namens „Mendel“ für den Zustand einer leichten Euphorie verwendet. Wie auch bei der Manie ist die Stimmung gehoben. Personen haben mehr Energie, sind kreativer und produktiver. Im Gegensatz zur Manie haben Handlungen der Hypomanie ein Ziel. Somit sind Verschuldungen beziehungsweise Kaufräusche selten. Typisch für diese Phase ist, dass die Stimme lauter und schneller ist als normal. Patienten und Patientinnen machen Witze, sind heiter und lustig.

Das Gefährliche an der Hypomanie ist, dass diese von den Betroffenen nicht erkannt wird. Sie fühlen sich wohl und dynamisch und würden es niemals in Erwägung ziehen, einen Arzt aufzusuchen. Für Fremde und Unbeteiligte mag die gute Stimmung ansteckend wirken, für die Familienmitglieder und den Bekanntenkreis ist die Situation jedoch anstrengend und es ist fast so, als hätte man es nicht mehr mit derselben Person zu tun.

In jedem zehnten Fall verwandelt sich eine Hypomanie in eine Manie und von dort anschließend in eine Depression.

Steckbrief Hypomanie:

- Eine länger anhaltende, leicht gehobene Stimmung, wenigstens einige Tage hintereinander
- Ein gesteigerter Antrieb mit entsprechender Aktivität.
- Ein auffallendes Gefühl von Wohlbefinden
- Eine vermehrte körperliche sowie geistige Leistungsfähigkeit.
- Gesteigerte Geselligkeit, übermäßige Gesprächigkeit, ungewöhnliche Vertraulichkeiten, verstärktes sexuelles Verlangen und ein vermindertes Schlafbedürfnis

(vgl. Kasper, Hauk 2006, S. 17-18)

3.3 Depression

*„Sie wollte aufstehen, aber das dumpfe Gefühl im Kopf
zog sie wieder hinab.“*

Toon tellegen: De genezing van de krekel

(vgl. Sienart, Dahl 2003, S. 109)

Depression, deprimierend, depressiv- diese Begriffe sind heutzutage in unserem Leben allgegenwärtig. Vermutlich jeder Mensch konnte schon einmal von sich behaupten, deprimiert zu sein. Genauso wie Phasen von guter Stimmung gehören Stimmungstiefs auch zum Leben dazu. (vgl. Kasper, Hauk 2006, S. 18)

Bei der Bezeichnung „Manische Depression“ denkt man in erster Linie an die manischen Zustände, da sie für andere Menschen sichtbar und auffällig sind im Gegensatz zu den depressiven Phasen, in denen der Patient oder die Patientin kaum Kontakte pflegt und selten aus dem Haus geht. Menschen mit Depressionen neigen dazu, sich einzuziehen und scheuen soziale Kontakte. Daher sind depressive Phasen weniger auffallend und bleiben oft unbemerkt. (vgl. Sienart, Dahl 2003, S. 109)

Der Zustand einer Depression (vom lateinischen „depressio“: niederdrücken) ist allerdings eine sehr ernst zu nehmende Erkrankung, die oft lebensbedrohlich sein kann. Laut einer Studie leidet jeder vierte Österreicher oder jede vierte Österreicherin zumindest einmal im Leben an einer Depression. Nur 40 Prozent davon suchen einen Arzt auf. (vgl. Kasper, Hauk 2006, S. 18)

Im Gegensatz zu einer normalen Trauerreaktion, die nach einer gewissen Zeit abklingt und in eine ausgeglichene Stimmungslage übergeht, ist eine Depression von dem Gefühl einer unbeeinflussbaren Gefangenschaft in gedrückter Stimmung gekennzeichnet. Schon seit tausenden Jahren ist diese Stimmungslage dem Menschen bekannt und wurde von der antiken griechischen Medizin „Melancholie“ genannt.

Der Stimmungszustand einer Depression ist gekennzeichnet von Trauer, Hoffnungslosigkeit und Bedauern. Typisch für Betroffene ist auch, dass sie jegliches Interesse an gewöhnlichen, angenehmen Aktivitäten verlieren. Weder ein Kinobesuch noch die Schönheit der Natur können Freude bereiten. Es kommt auch fast immer zu Schlafstörungen, die in beide Richtungen gehen können. Entweder schlafen die Betroffenen übermäßig viel oder sie wachen in der Nacht immer um die gleiche Uhrzeit auf und können danach schlecht einschlafen. Dadurch, dass auch die Nahrung ihren Geschmack verliert, essen die Patienten und Patientinnen entweder wahllos oder bekommen keinen Bissen hinunter. Wie auch bei der Manie, kommt es bei der Depression zu Denk- und Befindlichkeitsstörungen. Jedoch verlangsamen sich hier die Denkprozesse, die Konzentration leidet und das Gedächtnis lässt nach. Schon banale Alltagssituationen wie duschen, aufstehen oder Wäsche waschen können Betroffene zur Verzweiflung bringen. In dem selben Maße wie „normale“ Empfindungen schwinden, können zahlreiche Befindlichkeitsstörungen an Bedeutung gewinnen und sich meist verschlechtern, wie zum Beispiel Kopfschmerzen, Rückenprobleme, Verstopfung oder auch chronische Müdigkeit. Bei sehr schweren Depressionen kann es sogar zu wahnhaften Vorstellungen kommen. Die Betroffenen glauben dann, an einer schlimmen Krankheit wie AIDS oder Krebs zu leiden. (vgl. Wormer 2002, S. 23-25) Das bedrohlichste Symptom sind jedoch Suizidgedanken. Die Wissenschaft vermutet, dass mehr Menschen an den Folgen einer unbehandelten Depression sterben, als bei Autounfällen. (vgl. Kasper, Hauk 2006, S. 19) Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation sterben jährlich etwa 500.000 Menschen durch Suizid. Etwa 15% der Menschen mit einer Depression nehmen sich im Verlauf der Erkrankung das Leben. (vgl. Luderer 1994, S. 53)

Symptome der Depression:

Stimmung:	→ Gedrückte, dysphorische Stimmung
	→ Stimmungsschwankungen
	→ „Morgentief“ (das sich im Laufe des Tages bessert)
	→ Schuldgefühle
	→ Gefühl der Wertlosigkeit
	→ Empfindungsverlust für Freude
	→ Sozialer Rückzug
	→ Suizidgedanken
Aktivität:	→ Verminderter Antrieb
	→ Reduziertes Energieniveau
	→ Apathie oder Unruhe
	→ Verlangsamte Sprache
Körperliche	→ Schlafstörungen
Befindlichkeit:	→ Essstörungen
	→ Verminderter Sexualtrieb
	→ Müdigkeit
	→ Verstopfung
	→ Kopfschmerz
	→ Rückenschmerzen
	→ Verschlechterung von Befindlichkeitsstörungen
Denken:	→ Konzentrationsstörungen
	→ Gedächtnisstörungen
	→ Entscheidungsunfähigkeit
	→ Denkhemmung
Psychose:	→ Wahnideen
	→ Halluzinationen

(vgl. Wormer 2002, S. 26)

3.4 Bipolare Mischzustände

Je mehr man über bipolare Erkrankungen weiß, desto klarer zeigt sich, dass bei vielen Betroffenen Stimmungsstörungen vorliegen können, die sowohl manische, als auch depressive Merkmale aufweisen. Etwa 40% der Stimmungsstörungen, die als Manie eingestuft wurden, sind in Wirklichkeit Mischzustände. (vgl. Wormer 2002, S. 18-20)

Die Betroffenen können beispielsweise schnell denken oder sprechen, sind aber zeitgleich ängstlich und leiden an gedrückter Stimmung. Frauen sind doppelt so häufig betroffen wie Männer und müssen oft stationär behandelt werden.

Steckbrief gemischte Episode:

- Depressive, dysphorische Stimmung, Reizbarkeit und Angstattacken,
- Hyperaktivität, die Sprache ist gepresst
- Feindseliges Verhalten der Umwelt gegenüber
- Ideenflucht
- Wahnvorstellungen

(vgl. Kasper, Hauk 2006, S. 18)

3.5 Rapid Cycling

Wenn bei einem Patienten oder einer Patientin innerhalb eines Jahres vier oder mehr bipolare Krankheitsepisoden auftreten, spricht man vom sogenannten „Rapid-Cycling“. In etwa 20% der bipolaren Störungen handelt es sich um den „Rapid-Cycling-Typ“. (vgl. Bock, Koesler 2005, S. 105)

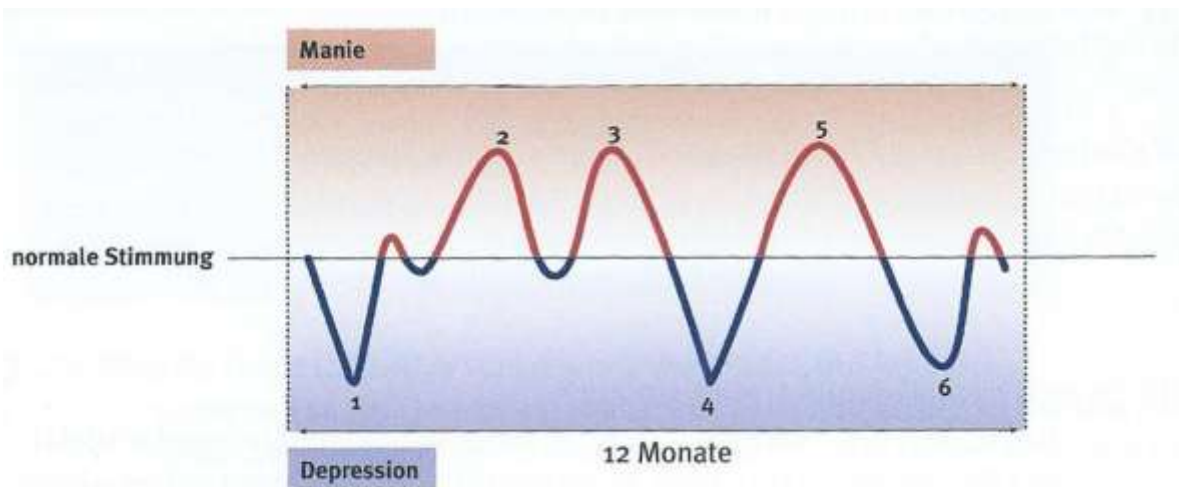


Abbildung 4: Lifechart: Rapid-Cycling-Verlauf (vgl. Bräunig 2010, S. 34)

4 Geschichte

Zustände von affektiven Störungen wurden schon in den homerischen Epen geschildert und auch bereits die griechischen Ärzte der prähippokratischen Ära beschäftigten sich mit der Manie und Melancholie und beschrieben diese. Das Fundament dafür wurde im 5. Jahrhundert v. Chr. von Hippokrates gelegt. Für Hippokrates sind die Manie und die Melancholie Gehirnerkrankungen, die durch humorale Veränderungen entstehen. Vor allem wurde die schwarze Galle dafür verantwortlich gemacht. Auch der Name „Melancholie“ leitet sich vom Wort Galle ab (melas= schwarz, chole= Galle).

Aretäus von Kappadokien, einer der renommiertesten griechischen Ärzte des 1. Jahrhunderts n. Chr., war der Erste, der die Manie und die Melancholie als Einheit sah. Er schrieb in seinen Büchern, dass Melancholie in Manie umschlägt, wenn das Leiden zunimmt und wenn durch die schwarze Galle das Gehirn betroffen ist. Für ihn waren Melancholie und Manie nicht zwei verschiedene Erkrankungen, sondern zwei Erscheinungsformen ein und derselben Erkrankung. Den nächsten entscheidenden Schritt gab es fast 1.800 Jahre später durch die Franzosen Jean- Pierre Falret im Jahre 1851 und Jules Baillarger im Jahre 1854. Jean- Pierre Falret beschrieb die „Folie circulaire“ und Jules Baillarger die „Folie à double forme“. Somit wurde eine Eigenständigkeit der Erkrankungen geschaffen, die heute als bipolar bezeichnet wird. In Deutschland wurde das

Konzept vor allem durch Karl Kahlbaum verbreitet und etabliert. Eine große Rolle spielte auch 1899 Emil Kraepelin. Er kreierte den Begriff „manisch- depressives Irresein“ und subsumierte alle Formen der Manie und Melancholie, unabhängig von der unipolaren oder bipolaren Verlaufsform, was man im Nachhinein als Rückschritt bezeichnen kann. Die Selbstständigkeit der bipolaren und unipolaren Erkrankungen wurde jedoch von Wernicke- Kleist und Leonhard beibehalten und weiterentwickelt, jedoch konnten sie sich nicht gegen das Konzept von Kraepelin durchsetzen. Die Eigenständigkeit der bipolaren Erkrankungen rückte erst 1966 durch die in einer Monographie publizierten Forschungsergebnisse von Jules Angst und der Arbeit von Carlo Perris wieder in den Mittelpunkt. Das Jahr 1966 galt als „Wiedergeburt“ des Konzepts der bipolaren Erkrankungen. (vgl. Marneros 2000, S. 4-6)

5 Epidemiologie und Diagnostik

„Tod aus Versehen“- so titelte eine Zeitung jenen schrecklichen Vorfall, bei dem ein 44- jähriger Mann in Amerika von Sicherheitskräften erschossen wurde. In Unkenntnis seiner Erkrankung wurde er als gewalttätig eingeschätzt und in einer seiner manischen Phasen erschossen.

Solch traurige Beispiele zeigen, wie groß das Unwissen über bipolare Erkrankungen heutzutage noch immer ist und das, obwohl diese Erkrankung in Mitteleuropa zu den häufigsten psychischen Erkrankungen zählt. Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gehören bipolare Erkrankungen zu den zehn Erkrankungsbildern, die weltweit am häufigsten zu andauernden Behinderungen führen. Zum Glück können heutzutage dank genauerer Diagnosen und therapeutischer Möglichkeiten Betroffene und ihre Angehörigen zuversichtlicher in die Zukunft blicken. Wird die Krankheit richtig diagnostiziert, können viele Maßnahmen dem Betroffenen oder der Betroffenen zu einer inneren Ausgeglichenheit und Zufriedenheit verhelfen. (vgl. Kasper, Hauk 2006, S. 3-4)

5.1 Häufigkeit der bipolaren Störung

Hier ist es wichtig, zwischen Bipolar-I- und Bipolar-II-Erkrankungen zu unterscheiden. Weltweit leiden circa 1,5 Prozent der erwachsenen Personen an einer Bipolar-I-Erkrankung. Bei der Bipolar-II-Erkrankung werden weit mehr betroffene Personen vermutet. Schweizer Forscher und Forscherinnen gehen davon aus, dass in etwa 11% der Menschen weltweit betroffen sind. Die Wahrscheinlichkeit, an einer Bipolar-I-Erkrankung zu leiden, ist bei Frauen und Männern gleich hoch, anders bei einer Bipolar-II-Erkrankung, hier sind Frauen häufiger betroffen. (vgl. Bräunig 2010, S. 30) In Österreich leiden ungefähr 5% an einer manisch depressiven Erkrankung, das sind in etwa 400.000 Menschen. (<http://www.bipolar.at/infos-zur-erkrankung/wie-haufig-kommt-die-erkrankung-vor/>, Stand 13.4.2014)

5.2 Kriterienkataloge DSM-IV und ICD-10

Eine Diagnose bei bipolaren Störungen ist nicht einfach. Eine Hilfestellung bieten zwei Kriterienkataloge, in denen die Erscheinungsformen der mit Stimmungsstörungen verbundenen Erkrankungen aufgelistet und definiert werden: DSM-IV und ICD- 10.

- DSM –IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disease), zeigt die aktuelle Liste psychischer Erkrankungen sowie deren Diagnose- und Begriffskriterien.
- ICD-10 (International Classification of Diseases), ist ein von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aufgestellter Diagnoseschlüssel mit Diagnose- und Begriffskriterien.

Diese zwei Kriterienkataloge bieten für eine Diagnose viele Anhaltspunkte und sind wertvoller Bestandteil der diagnostischen Praxis, jedoch können sie nicht alle Erscheinungsformen bipolarer Erkrankungen erfassen. Zusätzlich unterscheiden sich beide Kataloge geringfügig in gewissen Punkten.

Bipolare Erkrankungen im DSM-IV

- Bipolar-I-Erkrankung: Manie und Depression
- Bipolar-II-Erkrankung: Depression und Hypomanie
- Kriterien des Schweregrads bipolarer Erkrankungen
- Kriterien spezieller Erscheinungsformen bipolarer Erkrankungen
- Kriterien des Langzeitverlaufs bipolarer Erkrankungen
 - Bipolare Erkrankung, nicht näher bezeichnet
 - Zykllothymie: depressive Symptome und Hypomanien
 - Substanzinduzierte Stimmungsstörungen
- Stimmungsstörungen auf Grund medizinischer Krankheitsfaktoren
- Bipolare Erkrankungen und Stimmungsstörungen in der ICD-10
 - F30 Manische Episode
 - F31 Bipolare affektive Störung
 - F32 Depressive Episode
 - F33 Rezidivierende depressive Störung
 - F34 Anhaltende affektive Störungen
 - F38 Andere affektive Störungen
 - F39 Nicht näher bezeichnete affektive Störung

(vgl. Wormer 2002, S. 34-35)

5.3 Probleme der Diagnose

Mehr als 50 Prozent der Personen, die an einer bipolaren Erkrankung leiden, bleiben länger als fünf Jahre nach dem Auftreten der ersten Symptome unbehandelt, 36 Prozent sogar länger als zehn Jahre. Bei 73 Prozent wird eine andere Diagnose gestellt. Somit geht wichtige Zeit verloren, in der die Betroffenen schon mit einer Therapie beginnen könnten. (vgl. Bock, Koesler 2005 S. 95-96)

Durch eine frühzeitige Behandlung werden etwa Suizidversuche, Drogen und Medikamentenmissbrauch sowie Partnerkonflikte, Probleme am Arbeitsplatz und finanzielle Schwierigkeiten vermieden.

Das psychiatrische Gespräch ist ein sehr wichtiges Diagnosewerkzeug, um der Erkrankung auf die Spur zu kommen. Daher ist es wichtig, dass die Betroffenen viele Fragen beantworten. Um ein genaueres Bild von dem Patienten oder der Patientin zu bekommen, müssen die persönlichen Nöte, Stimmungsschwankungen, die in der vergangenen Zeit aufgetreten sind und vergangene psychiatrische Erkrankungen der Betroffenen ergründet werden.

Vorgehen eines Arztes bzw. einer Ärztin:

- Der oder die Betroffene, Angehörige und Partner werden zu Beschwerden und den Verlauf der Stimmungsschwankungen befragt.
- Es wird auch der mentale Status analysiert, Fragen zu Stimmung und Denkprozessen gestellt. Auch die Konzentration und die Gedächtnisleistung werden geprüft.
- Danach werden alle Ergebnisse zusammengefasst und ausgewertet.
- Erst nach diesem Prozess lässt sich eine Aussage über den weiteren Verlauf der Krankheit und die individuelle Behandlung treffen.

Dieses Verfahren wird nach bestimmten Regeln durchgeführt. Zum einen gibt es die Querschnittsdiagnose zum anderen eine Intervalldiagnose.

Bei der Querschnittsdiagnose achtet der Arzt oder die Ärztin bei den Episoden auf die Art der Stimmungsstörungen, wann Depression und Manie auftreten, beziehungsweise Mischzustände. Die Zeitspanne um die akuten Episoden zu beurteilen sollte nicht zu kurz sein.

Bei der Intervalldiagnose werden beschwerdefreie Episoden betrachtet. Hier wird beachtet, ob es Begleiterkrankungen gibt, wie der Grad der Rückbildung von den Stimmungsstörungen ist, und wie der Patient oder die Patientin die Krankheit bewältigt.

Auch der Langzeitverlauf spielt eine Rolle. Hier kommt es auf die Häufigkeit der Episoden an. Sind sie selten, regelrecht, häufig oder permanent? Hilfreich sind so genannte Life-Charts. Life-Charts sind eine optische Darstellung aller erfragten Stimmungsstörungen, die im Laufe des Lebens durchgemacht wurden auf einer Zeitachse. (vgl. Kasper, Hauk 2006, S. 33-35)

MEIN MONATLICHER STIMMUNGSKALENDER

Monat und Jahr tragen Sie in die dafür vorgesehene Zeile ganz oben auf der Tabelle ein, und drucken Sie für jeden Monat eine neue Seite aus.


Schlaf in Stunden: Schätzen Sie die Anzahl der Stunden, die Sie in der vergangenen Nacht geschlafen haben.

Gereizte Stimmung: Markieren Sie die Tage, an denen Sie gereizt sind.

Zwischen Manie und Depression: Markieren Sie in der Stimmungsskala

täglich die Kästchen, die am ehesten Ihrer besten und schlechtesten Stimmung im Verlauf des Tages entsprechen. So halten Sie fest, inwieweit diese Stimmung Ihren normalen Tagesablauf beeinträchtigt hat.

Ihre Stimmung von 0 bis 100 können Sie zusätzlich anhand einer Zahlenskala einschätzen: 100 für schwerste manische Zustände, 50 für ausgeglichene Stimmung und 0 für schwerste depressive Zustände.



DGBS
Deutsche Gesellschaft für
Bipolare Störungen e.V.

**Zwischen Manie und Depression:
Bipolare Störung – was nun?**
Ein Ratgeber für Betroffene,
Angehörige und Interessierte.
www.ratgeber-bipolar.de

Jahr: _____ Monat: _____

Datum/Tag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Schlaf in Stunden																															
Gereizte Stimmung <small>Wenn ja <input type="checkbox"/></small>																															
Manie schwer <small>unfähig, irgendetwas zu tun oder Krankenhausaufenthalt</small>																															
Manie deutlich <small>große Schwierigkeiten mit zielgerichteten Aktivitäten</small>																															
Manie mäßig <small>einige Schwierigkeiten mit zielgerichteten Aktivitäten</small>																															
Manie leicht <small>energiegeladener/produktiver als sonst; keine/geringe Beeinträchtigung</small>																															
Normal																															
Depression mäßig <small>kann alles mit einiger Mühe tun</small>																															
Depression deutlich <small>kann alles nur mit großer Mühe tun</small>																															
Depression schwer <small>unfähig, irgendetwas zu tun; oder Krankenhausaufenthalt</small>																															
Stimmung 0 ← 50 → 100 <small>schwerst depressive ausgeglichen schwerst manisch</small>																															
Tage der Menstruation ankreuzen <input type="checkbox"/>																															

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS) • Postfach 14 31 • 87404 Kempten • www.dgbs.de • info@dgbs.de

Abbildung 5: Stimmungskalender: (vgl. <http://www.dgbs.de/stimmungskalender.html>, Stand 16.4.2014)

Es gibt auch eine Reihe von organischen Erkrankungen, die ähnliche Symptome wie die der bipolaren Erkrankung hervorrufen können. Daher ist eine körperliche Untersuchung unumgänglich, die die verschiedenen Möglichkeiten ausschließt. Dazu zählen Ausschlussdiagnosen wie: Epilepsie, Chorea Huntington, Veitstanz, Hirntumore, Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenkrankungen, Cushing Syndrom, HIV, Drogen- bzw. Medikamentensucht, Migräne, Multiple Sklerose, Schlaganfall, Demenz, Parkinson, Morbus Addison und SLE (Systemischer Lupus erythematodes) (vgl. Kasper, Hauk 2006, S. 33-35)

6 Ätiologie

Schon immer hatten Menschen das Bedürfnis, die Ursachen von Gesundheitsstörungen und Krankheiten zu erforschen. Da das Wesen und die Funktionsweise des Gehirns, welches ein hochkomplexes Organ ist, bis heute noch wenig erforscht ist, ist es sehr schwierig, die genauen Ursachen von Funktionsstörungen des Gehirns zu erkennen. Wie entsteht eine bipolare Erkrankung? Darauf gibt es viele Antworten. Man kann den Grund am besten so zusammenfassen: Die bipolare Erkrankung entsteht häufig durch eine erhöhte, genetisch bedingte Verletzlichkeit zentralvenöser Funktionen, die durch Vererbung weitergegeben werden kann.

6.1 Genetische Faktoren

Heutzutage ist es weitgehend unumstritten, dass die bipolare Erkrankung nicht auf einen einzelnen Gendefekt zurückgeht, sondern dass mehrere Gene beteiligt sind. Stressfaktoren spielen für die Entstehung bipolarer Erkrankungen eine geringere Rolle als für die unipolare Depression. Der bipolare Mensch wurde mit einer bestimmten Verletzlichkeit des zentralen Nervensystems geboren und ist somit anfälliger. Mehr als ein Prozent der Allgemeinbevölkerung weist Symptome einer bipolaren Erkrankung auf. Hat ein Elternteil eine bipolare Erkrankung, beträgt das Risiko für Nachkommen, auch daran zu erkranken, 7,8 Prozent. Wenn mehrere Blutsverwandte daran erkrankt sind, steigt das Risiko sogar noch höher. Sind beide Elternteile erkrankt, beträgt das Risiko, auch an krankhaften Stimmungsstörungen zu leiden beim Nachwuchs 50 bis 75 Prozent. Es gibt sogenannte „Kandidaten-Gene“, die als Erbinformationen für bestimmte Nervenbotenstoffe (Noradrenalin, Serotonin, Dopamin), sowie Erbinformationen für intrazelluläre Signalproteine (G-Protein, GABA-System, Kalzium-Kaliumkanäle), gelten (vgl. Wormer 2002, S. 55-56). Im Rahmen einer Studie wurde bei genetisch identischen Zwillingen festgestellt, dass im Falle einer bipolaren Störung eines Zwillings in 60 Prozent der Fälle auch der zweite Zwillings daran erkrankt. Somit findet sich trotz genetischer Identität keine hundertprozentige Übereinstimmung. Daraus kann man den Schluss ziehen, dass genetische Faktoren eine wichtige Rolle spielen, jedoch nicht alleine für die Krankheitsentstehung verantwortlich

sind. Verschiedene Faktoren aus der Umwelt (z.B. Stress; Konflikte in der Familie oder Beruf; Drogen und Alkoholkonsum) spielen ebenfalls eine Rolle.

(vgl. Bräunig 2010, S. 46)

6.2 Biologische Faktoren

Bei Menschen mit einer bipolaren Erkrankung sind Veränderungen im Neurotransmitterhaushalt festgestellt worden. Ist der Austausch der Neurotransmitter an der Synapse aus dem Gleichgewicht geraten, ist das Signalverhalten der Neurotransmitter durch einen zu hohen bzw. einen verminderten Fluss gestört. Antidepressiva können die Anzahl der Neurotransmitter in der Synapse erhöhen, weil sie eine Wiederaufnahme in die Synapse verhindern. Für Stimmungsstörungen spielen Veränderungen des Gleichgewichtes der nervösen Signalübermittlung eine bedeutende Rolle. Es besteht auch die Möglichkeit, dass bipolare Erkrankungen durch defekte Signalübermittlungsfunktion des G- Protein- beziehungsweise des Botenstoffsystems im Inneren der Nervenzelle entstehen. Auch Stoffwechselfvorgänge an der Nervenzellmembran könnten die Entstehung bipolarer Stimmungsstörungen beeinflussen. Durch einen verminderten Kalziumgehalt in der Zelle können Signalstörungen auftreten. Auch Veränderungen des Inositol- Phospholipid- Stoffwechsels, der Natrium- und Kaliumkanäle sowie der GABA- und Adenosin- Rezeptoren an der Zellmembran können vorkommen. (vgl. Wormer 2002, S. 58-60)

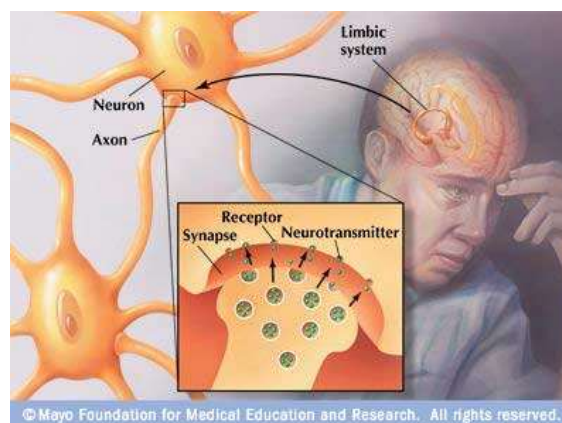


Abbildung 6: (vgl. <http://bipolardisorder-eneqa.blogspot.co.at/2007/05/neurotransmitter-bipolar-disorder.html>, Stand 12.05.2014)

6.3 Körperliche und auf Medikamente bezogene Ursachen

Prinzipiell können alle körperlichen Erkrankungen zu psychiatrischen Symptomen führen, das heißt natürlich auch, zu manisch- depressiven Symptomen. Beispiel dafür wäre eine Hypo- oder Hyperthyreose. Die Betroffenen fühlen sich entweder niedergeschlagen oder sehr aktiv. Auch Medikamente wie Cortison können zu einem manisch- depressiven Zustandsbild führen. (vgl. <http://www.dgbs.de/ursachen.html>, Stand 17.04.2014)

Drogen wirken auch sehr stark auf Stoffwechselfvorgänge in unserem Gehirn, daher können sie bipolare Erkrankungen auslösen. Amphetaminhaltige Drogen wie Speed sowie Halluzinogene wie LSD und auch Haschisch und Marihuana können sowohl depressive als auch manische Episoden auslösen. Begleitet können diese von Halluzinationen, Wahnvorstellungen und Ängsten sein. (vgl. Bräunig 2010, S.48)

6.4 Psychosoziale Faktoren

Es gibt heutzutage viele Beweise, dass psychische Traumata den physischen Aufbau des Gehirns verändern. Umweltreize und schmerzhaftere Lebensereignisse hinterlassen Spuren. Der Forscher Emil Kraepelin stellte schon vor über hundert Jahren fest, dass der ersten Krankheitsepisode immer wieder Stressereignisse vorausgehen. (vgl. Kasper, Hauk 2006, s. 30)

Stressfaktoren die manische oder depressive Episoden auslösen können:

- Abschlussprüfungen, Hochzeit oder Umzug
- Alkohol oder Drogenmissbrauch
- Arbeitslosigkeit oder Obdachlosigkeit
- Burn-Out-Syndrom
- Chronische Schmerzzustände
- Einsamkeit, Isolation und geringes Selbstwertgefühl

- Körperlicher, emotionaler oder sexueller Missbrauch
- Operationen, Fehlgeburt, Abtreibung, Entbindung
- Partnerschaftsprobleme
- Ruhestand oder Berufsstart
- Scheidung oder das Ende einer Beziehung
- Traumatische Ereignisse (Unfall, Krieg, Naturkatastrophe)
- Umstellung der Arzneimitteltherapie
- Veränderung des Schlaf- Wach- Rhythmus
- Verlust geliebter Menschen

(vgl. Wormer 2002, S. 63)

7 Behandlungsansätze

„Das größte klinische Problem bei der Behandlung der manisch- depressiven Krankheit ist nicht etwa das Fehlen wirksamer Medikamente-denn die gibt es-, sondern die Tatsache, dass die Patienten sich sehr oft weigern, sie einzunehmen.“

Kay Redfield Jamison

Die beste Behandlung für Menschen, die an einer bipolaren Erkrankung leiden, ist eine individuelle „maßgeschneiderte“ Therapie. Dazu gehört ein guter Kontakt mit dem behandelnden Arzt oder der Ärztin bzw. Therapeut oder Therapeutin, eine optimal eingestellte medikamentöse Behandlung, genügend Information über die Krankheit sowie eine – falls nötig- Gesprächstherapie. Das Ziel einer Behandlung soll sein, die Lebensqualität der Betroffenen und deren Angehörigen zu verbessern. Es ist wichtig, das Umfeld der Patienten und Patientinnen miteinzubeziehen. Um die Anzahl der Schübe möglichst gering zu halten, spielt auch die medikamentöse Therapie eine wichtige Rolle in der Behandlung.

7.1 Stimmungsstabilisierer

Stimmungsstabilisierer sind Medikamente, die das Risiko eines neuen Schubes, sei es ein manischer oder ein depressiver Schub, verringern. Somit bewirken sie einen stabileren Zustand. Durch einen Stimmungsstabilisierer werden extreme Ausschläge nach oben oder unten vermieden. Sie haben auch im Normalfall keine verschlimmernde Wirkung, dass sie zum Beispiel eine Depression in eine Manie umschlagen lassen oder einen schnellen Wechsel der Stimmung verursachen. (vgl. Sienaert, Dahl 2003, S. 185-187)

Bei Stimmungsstabilisierern werden 2 Typen unterschieden, Typ A und Typ B. Stimmungsstabilisierer vom Typ A sind Medikamente, die einer manischen Stimmung entgegenwirken. Der Buchstabe „A“ steht für das englische Wort „above“ und bedeutet: „oben“, „darüber“. Typ-A-Medikamente wirken gegen eine Stimmungslage über der Normallinie, ohne in Folge eine Depression auszulösen. Zu der Gruppe der Typ A Stabilisierer zählen Valproinsäure, Carbamazepin, Lithium und einige der neuen „atypischen Neuroleptika“, wie Olanzapin, Aripiprazol und Quetiapin.

Typ B Stimmungsstabilisierer sind Medikamente, die gegen depressive Stimmung wirken. Der Buchstabe „B“ steht für das englische Wort „below“ und bedeutet: „unter“, „unterhalb“. Typ-B-Medikamente wirken gegen eine Stimmungslage unter der Normallinie, ohne dass eine Manie in Folge ausgelöst wird. Typ-B- Stabilisierer sind Arzneimittel wie Lamotrigin, Lithium und Quetiapin. (vgl. Bräunig 2010, S. 39-40)

7.1.1 Lithium

Das seit über 30 Jahren am meistverwendete Mittel bei bipolaren Störungen ist Lithium. Ein im Jahre 1948 unbekannter Psychiater namens John Cade behandelte in einer kleinen australischen Klinik einen manischen Patienten mit Lithium. Da er zuvor Versuche mit Meerschweinchen machte, und diese nach der Gabe der Medikamente auffallend ruhig wurden, versuchte er dasselbe bei seinem Patienten. In den Jahren darauf setzte er weiterhin Lithium zur Behandlung von Menschen mit einer Manie ein und hatte Erfolg damit. Seit den 70er-Jahren des 20. Jahrhunderts

wird Lithium zur Behandlung von bipolaren Störungen eingesetzt. Lithium wirkt antimanisch, daher werden Lithiumsalze heute zur Behandlung bei leichten bis mittelschweren Manien eingesetzt. Bei schweren Manien wird Lithium in Kombination mit rascher wirksamen Medikamenten eingesetzt, da die Wirkung von Lithium verzögert eintritt. Da Lithium ein Stimmungsstabilisierer ist, mindert es, über einen längeren Zeitraum eingenommen, das Risiko neuer oder depressiver Schübe. Auch gegen Depressionen kann Lithium helfen. Es wird oft zusätzlich verabreicht, wenn andere Antidepressiva nicht gut vertragen werden. Für viele Patienten und Patientinnen bildet Lithium die Grundlage der medikamentösen Therapie. (vgl. Sienaert, Dahl 2003, S. 189-190)

7.1.2 Lamotrigin

Bei der Behandlung von Patienten und Patientinnen mit Epilepsien wurde bemerkt, dass dieses Antiepileptikum auch eine stimmungsstabilisierende Wirkung hat. Lamotrigin wird zur Vorbeugung depressiver Episoden eingesetzt. Studien zeigen, dass Lamotrigin eine bessere depressionsvorbeugende Wirkung hat als Lithium. (vgl. Bräunig 2010, S.70) Lamotrigin wird meist sehr gut vertragen. Die häufigsten Nebenwirkungen sind Mundtrockenheit, Kopfschmerzen und Übelkeit. Sehr selten kommt es zu Hautausschlägen. Am größten ist das Risiko, wenn die Dosis zu rasch erhöht wird. (vgl. Sienaert, Dahl 2003, S. 201)

7.1.3 Valproinsäure

Valproinsäure wird neben Lithium am häufigsten gegen manisch-depressive Stimmungsschwankungen verschrieben. (vgl. Sienaert, Dahl 2003, S. 196) Wegen ihrer sehr guten antimanischen Wirkung wird sie zur Akutbehandlung von Hypomanie und Manie eingesetzt. Auch bei Rapid Cycling wirkt Valproinsäure gut. (vgl. Bräunig 2010, S. 76) Sie ist genauso wie Lamotrigin ein Antiepileptikum. Nebenwirkungen sind verminderter Appetit, Übelkeit und Schläfrigkeit, welche in der Regel aber rasch vorüber gehen. Seltener kommt es zu Hautausschlägen, Juckreiz, Kopfschmerzen und einer Gewichtszunahme. (vgl. Sienaert, Dahl 2003, S. 196)

7.1.4 Carbamazepin

Carbamazepin wird in akuten manischen Phasen eingesetzt und ist von der Wirksamkeit mit Lithium vergleichbar. Es hemmt hauptsächlich die Erregungsleitung in den Nervenzellen. Bei Mischzuständen und Rapid Cycling wirkt es sogar besser als Lithium. Die Dosierung muss individuell angepasst werden und ist sehr unterschiedlich. In der Schwangerschaft kann Carbamazepin zu Fehlbildungen des Fötus führen. Vor einer geplanten Schwangerschaft müssen Frauen eine eventuelle Dosisänderung bzw. Umstellung des Medikamentes in Erwägung ziehen. Auch die Wirkung der Antibabypille wird dadurch geschwächt. (vgl. Kasper, Hauk 2006, S. 53-54) Patienten und Patientinnen mit ausgeprägten Herzrhythmusstörungen und schweren Leberschäden dürfen nicht mit Carbamazepin behandelt werden. (vgl. Luderer 1994, S. 128) Nebenwirkungen können Hautausschläge, Müdigkeit, Schläfrigkeit, Natriummangel im Blut, Sehstörungen, Zitterigkeit, Schwindel und Akne sein. (vgl. Kasper, Hauk 2006, S. 53-54)

7.1.5 Antidepressiva

Durch die Gabe von Antidepressiva können depressive Episoden der bipolaren Erkrankung erfolgreich behandelt werden. Während akuter depressiver Phasen profitieren viele Patienten und Patientinnen davon. Es konnte jedoch beobachtet werden, dass durch die Gabe von Antidepressiva manische Symptome ausgelöst werden können. Bei manchen Betroffenen kann es zu einer Beschleunigung der Erkrankung führen oder sogar zu Rapid Cycling. Betroffen sind vor allem Menschen, die an einer Bipolar I Erkrankung leiden, Frauen, Menschen mit Zylothymie oder einer Rapid Cycling Vorgeschichte. Durch die Gabe gewisser Antidepressiva wie zum Beispiel Paroxetin und Monoaminoxidase Hemmer kommt es zu einer Risikoreduktion in Bezug auf die Auslösung manischer Symptome.

7.1.6 Trizyklische Antidepressiva

Trizyklische Antidepressiva, die die ersten wirksamen Substanzen gegen Depressionen waren, gelten heute noch trotz neuer zahlreicher Substanzen als therapeutischer Standard. Sie wirken primär über die Hemmung der Wiederaufnahme des Neurotransmitters Noradrenalin in die Ner-

venzelle. Trizyklische Antidepressiva werden heute jedoch nicht mehr so oft eingesetzt, wie noch vor ein paar Jahren, da manche Betroffene sie schlechter vertragen. Nebenwirkungen treten üblicherweise nur vorübergehend auf und hängen von der Dosis ab. Nebenwirkungen sind sogenannte anticholinerge Nebenwirkungen wie zum Beispiel: Mundtrockenheit, Verstopfung, verschwommen Sehen und Harnentleerungsstörungen. Treten diese auf, muss meistens die Dosis verringert werden. (vgl. Wormer 2002, S. 75-77)

7.1.7 Monoaminoxidase Hemmer (MAO-I)

Seit Jahrzehnten sind Monoaminoxidase Hemmer ein wichtiger Bestandteil in der Pharmakotherapie gegen Depressionen. Sie wirken gegen Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Angst und Antriebslosigkeit. Nebenwirkungen können Blutdrucksenkung, Mundtrockenheit, Übelkeit, Verstopfung oder Durchfall, Schwindel, Tagesmüdigkeit, sexuelle Funktionsstörungen oder Gewichtszunahme sein. (vgl. Bräunig 2004, S. 97) Heutzutage werden sie jedoch seltener eingesetzt, da man bei der Einnahme von MAO- Hemmern auf gewisse Lebensmittel wie Käse, Fisch oder Wurst und auf den Einsatz bestimmter Medikamente wie SSRI Präparate, Erkältungspräparate oder Nasentropfen verzichten muss, da unerwünschte Nebenwirkungen entstehen können. (vgl. <http://psychotropicon.info/mao-hemmer-monoaminoxidase-hemmer/>, Stand 11.06.2014) Die Entscheidung für oder gegen Monoaminoxidase Hemmer setzt ein sorgfältiges Abwägen der Vor- und Nachteile voraus. (vgl. Kasper, Hauk 2006, S. 58)

7.1.8 Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer

Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) führen dazu, dass Serotonin nicht wieder in die Nervenzelle aufgenommen und inaktiv gemacht wird. Somit wird der Serotoninmangel, der bei Depressionen auftritt, ausgeglichen. Serotoninwiederaufnahmehemmer sind ebenso wirksam wie trizyklische Antidepressiva. Sie wirken stimmungsaufhellend und antriebssteigernd. Sie wirken zwar nicht dämpfend dafür sind sie aber leichter verträglich. Die Betroffenen leiden viel seltener an Mundtrockenheit, Sehstörungen und Verstopfung. Als Nebenwirkung ist bei manchen Patienten und Patientinnen ein stark nachlassendes Interesse an der Sexualität zu beobachten. Im Allgemeinen sind sie aber gut verträglich.

7.1.9 Serotonin- Noradrenalin- Wiederaufnahmehemmer

Serotonin- Noradrenalin- Wiederaufnahmehemmer hemmen nicht nur die Wiederaufnahme von Serotonin, sondern bewirken auch, dass der Noradrenalin- Spiegel ausreichend hoch bleibt. Sie haben wesentlich weniger Nebenwirkungen als trizyklische Antidepressiva. Mögliche Nebenwirkungen können zu Beginn Übelkeit und Erbrechen und eine verstärkte Unruhe sein. (vgl. Kasper, Hauk 2006, S. 56-57)

Antidepressiva – Wirkungen und Nebenwirkungen		
Medikament (Beispiele für Handelsnamen)	Wirkungen	mögliche Nebenwirkungen
trizyklische bzw. tetrazyklische Antidepressiva: ■ Imipramin (Tofranil) ■ Amitriptylin (Amitriptylin) ■ Clomipramin (Anafranil) ■ Doxepin (Aponal) ■ Maprotilin (Ludiomil) ■ u. a.	■ stimmungsaufhellend/antidepressiv ■ beruhigend ■ Unruhe dämpfend ■ schlaffördernd	Müdigkeit, Verstopfung, Mundtrockenheit, Blutdrucksenkung, Beschleunigung des Herzschlages, Probleme beim Nahsehen/Lesen, Veränderung von Blut- und Leberwerten, Gewichtszunahme, Beeinträchtigung des Reaktionsvermögens
selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer: ■ Fluoxetin (Fluctin) ■ Fluvoxamin (Fevarin) ■ Paroxetin (Tagonis, Seroxat) ■ Citalopram (Cipramil) ■ Sertralin (Zoloft)	■ antidepressiv ■ antriebssteigernd ■ Reduktion von Ängsten und Zwängen	Magen-Darm-Beschwerden (Übelkeit, Durchfall), Kopfschmerzen, Schwitzen, sexuelle Funktionsstörungen, Unruhe
Medikament (Beispiele für Handelsnamen)	Wirkungen	mögliche Nebenwirkungen
andere neue Antidepressiva: ■ Venlafaxin (Trevilor) ■ Mirtazapin (Remergil) ■ Reboxetin (Edronax)	■ antidepressiv ■ antriebssteigernd ■ Reduktion von Ängsten ■ schlaffördernd	Übelkeit, Erbrechen, Erhöhung der Leberwerte, Blutdruckschwankungen, Unruhe, sexuelle Funktionsstörungen
Monoaminoxidase-Hemmer (MAO-Hemmer): ■ Tranylcypromin (Jatrosom) ■ Moclobemid (Auraxin)	■ antidepressiv ■ aktivierend ■ Reduktion von Ängsten	Blutdruckschwankungen, Schwindel, Nervosität, Schlaflosigkeit, Schwitzen, sexuelle Funktionsstörungen

Abbildung 7: Antidepressiva- Wirkungen und Nebenwirkungen (vgl. Bräunig 2010, S. 97-98)

7.2 Neuroleptika

Neuroleptika oder auch Antipsychotika genannt, sind Substanzen, die sowohl gegen Psychosen als auch gegen Symptome der Manie wirken. Meist werden sie gemeinsam mit anderen Stimmungsstabilisierern, wie Lithium eingesetzt. Neuroleptika haben nach der Einnahme eine schlaffördernde und beruhigende Wirkung und sind damit gut geeignet für Betroffene mit einer Manie, die von Schlaflosigkeit geplagt werden. Aus den 1950ern stammt das erste Antipsychotikum namens Chlorpromazin. Es wurde damals als Beruhigungsmittel bei Operationen verabreicht. Im Jahre 1952 wurde Chlorpromazin zum ersten Mal manischen und psychotischen Patienten und Patientinnen verabreicht mit sehr gutem Erfolg. Im Laufe der Zeit kamen dann immer mehr Neuroleptika wie zum Beispiel Haloperidol oder Bromperidol auf den Markt. (vgl. Sienaert, Dahl 2003, S. 214-217) Heute unterscheidet man aufgrund des Wirkungs- und Nebenwirkungsspektrums typische und atypische Neuroleptika. Bei der Behandlung von bipolaren Störungen spielen heutzutage atypische Neuroleptika eine immer größere Rolle, da diese nicht nur als Begleitmedikament eingesetzt werden können, sondern auch als Stimmungsstabilisierer und zur Akut- und Langzeitbehandlung.

7.2.1 Typische Neuroleptika

Als in den 1950ern die antimanische und antipsychotische Wirkung bestimmter Medikamente entdeckt wurde, galt dies als Revolution. Es zeigte sich jedoch, dass deren Anwendung mit unangenehmen Nebenwirkungen verbunden ist. Neben motorischen Nebenwirkungen wie Muskelkrämpfen, Muskelzuckungen, Bewegungsdrang, Muskelsteifigkeit, Zittern der Hände und Gangstörungen, kommt es auch zu anderen Nebenwirkungen wie Gefühlsabstumpfung, Mundtrockenheit, Müdigkeit, Verlangsamung des Denkens, Sehstörungen, Gewichtszunahme, Hautempfindlichkeit gegenüber Sonnenlicht, Abnahme des sexuellen Interesses und Kreislaufstörungen. Bei bipolaren Patienten oder Patientinnen können diese typischen Neuroleptika auch zu Depressionen führen bzw. diese verstärken. Neuroleptika bei denen die antipsychotische Wirksamkeit mit motorischen Nebenwirkungen gekoppelt ist, werden als typische Neuroleptika be-

zeichnet. Sie werden heute nur noch eingesetzt wenn atypische Neuroleptika allein, in Kombination mit einem Stimmungsstabilisierer oder einem Benzodiazepin, nicht wirken.

Auswahl typischer Neuroleptika		
Handelsname	Wirksubstanz	Dosierung
Ciatyl Z	Zuclopenthixol	ambulant: 2-25 mg
		stationär: bis 70 mg
		Depot-Spritze: 200-400 mg/14-tägig
Handelsname	Wirksubstanz	Dosierung
Dapotum	Fluphenazin	ambulant: 5-15 mg
		stationär: bis 30 mg
		Depot-Spritze: 12,5-100 mg/alle 2-3 Wochen
Dipiperon	Pipamperon	ambulant: 60-120 mg stationär: bis 360 mg
Fluanxol	Flupentixol	ambulant: 5-10 mg
		stationär: bis 25 mg
		Depot-Spritze: 20-60 mg/alle 2-3 Wochen
Glianimon	Benperidol	ambulant: 4-10 mg; stationär: bis 20 mg
Haldol-Janssen	Haloperidol	ambulant: 5-15 mg
		stationär: bis 20 mg
		Depot-Spritze: 50-300 mg/alle 3-4 Wochen
Imap	Fluspirilen	ambulant: 4-8 mg/pro Woche
		stationär: bis 12 mg/pro Woche
Neurocil	Levomepromazin	ambulant: 25-100 mg
		stationär: bis 400 mg
Orap	Pimozid	ambulant: 2-8 mg
		stationär: bis 12 mg
Truxal	Chlorprothixen	ambulant: 50-150 mg
		stationär: bis 400 mg

Abbildung 8: Auswahl typischer Neuroleptika (vgl. Bräunig 2010, S. 86-87)

7.2.2 Atypische Neuroleptika

Um 1970 wurde bei dem Arzneistoff Clozapin eine antipsychotische Wirksamkeit festgestellt, die nicht mit motorischen Nebenwirkungen gekoppelt ist. Somit war dieses Neuroleptikum atypisch. Alle Neuroleptika die bis heute entwickelt wurden und ein ebenfalls günstiges Wirkungs- und Nebenwirkungsprofil aufzeigen, gelten als atypisch. (vgl. Bräunig 2010, S. 85-89)

Atypische Neuroleptika		
Handelsname	Wirkstoff	Tagesdosierung
LeponeX	Clonazapin	50-800 mg
Zyprexa	Olanzapin	5-20 mg
Seroquel	Quetiapin	25-800 mg
Risperdal	Risperidon	0,5-6 mg
Abilify	Aripiprazol	2,5-30 mg
Zeldox	Ziprasidon	40-160 mg 2-mal täglich i.m.: 20 mg bis zu 4-mal täglich
Nipolept	Zotepin	75-450 mg

Atypische Neuroleptika - Wirkungen und Nebenwirkungen			
Medikament (Handelsname)	Wirkungen	Nebenwirkungen	Grund zum Absetzen
Clonazapin (LeponeX)	<ul style="list-style-type: none"> ■ antipsychotisch ■ antimanchisch ■ wirkt bei Rapid Cycling sedierend 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Müdigkeit ■ Verminderung der weißen Blutkörperchen ■ Anstieg der Leberwerte ■ vermehrte Speichelbildung ■ Übelkeit, Erbrechen ■ Verstopfung ■ Krampfanfälle ■ Verwirrtheit ■ Hautveränderungen ■ beschleunigter Herzschlag ■ Fieber ■ Blutdrucksenkung ■ EKG-Veränderungen ■ Gewichtszunahme ■ Verminderung der Blutplättchen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fieber ■ Verminderung der weißen Blutkörperchen ■ Verwirrtheit ■ Krampfanfälle ■ EKG-Veränderungen ■ Verminderung der Blutplättchen
Zotepin (Nipolept)	<ul style="list-style-type: none"> ■ antipsychotisch ■ sedierend ■ antimanchisch 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verstopfung ■ Mundtrockenheit ■ Müdigkeit ■ Gewichtszunahme ■ Blutdruckschwankungen ■ beschleunigter Herzschlag ■ Erhöhung der Leberwerte ■ Krampfanfälle 	

Medikament (Handelsname)	Wirkungen	Nebenwirkungen	Grund zum Absetzen
Risperidon (Risperdal)	<ul style="list-style-type: none"> ■ antipsychotisch ■ antimanchisch 	<ul style="list-style-type: none"> ■ motorische Störungen ■ Unruhe ■ Konzentrationsstörungen ■ Blutdrucksenkung ■ Angstlichkeit ■ Gedächtnisstörungen ■ Sehstörungen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ motorische Störungen
Olanzapin (Zyprexa)	<ul style="list-style-type: none"> ■ antipsychotisch ■ antimanchisch ■ wirkt bei Rapid Cycling stimulationsstabilisierend 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gewichtszunahme ■ motorische Nebenwirkungen ■ Mundtrockenheit ■ Müdigkeit ■ Kopfschmerzen ■ Verstopfung ■ Übelkeit 	<ul style="list-style-type: none"> ■ starke Gewichtszunahme
Quetiapin (Seroquel)	<ul style="list-style-type: none"> ■ antipsychotisch ■ antimanchisch ■ antidepressiv ■ wirkt bei Rapid Cycling stimulationsstabilisierend ■ angstlösend ■ verbessert Schlafqualität 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Kopfschmerzen ■ Sedierung ■ Schwindel ■ Verstopfung ■ Blutdruckschwankungen ■ Gewichtszunahme 	
Ziprasidon (Zeldox)	<ul style="list-style-type: none"> ■ antipsychotisch ■ antimanchisch ■ angstlösend 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Müdigkeit ■ Übelkeit ■ Verstopfung ■ Unruhe 	
Aripiprazol (Abilify)	<ul style="list-style-type: none"> ■ antipsychotisch ■ antimanchisch ■ antidepressiv 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Schlafstörungen ■ Unruhe (Beine) ■ Zittern der Hände ■ Verschwommensehen ■ Benommenheit ■ Übelkeit, Erbrechen ■ Verstopfung ■ Erschöpfungsgefühl ■ motorische Störungen ■ Herzschlagbeschleunigung 	<ul style="list-style-type: none"> ■ motorische Störungen ■ starke Unruhe

Abbildung 9: Atypische Neuroleptika (vgl. Bräunig 2010, S. 88-89)

7.3 Benzodiazepine

Unter dem Begriff Benzodiazepine versteht man Psychopharmaka, die gegen Angstzustände, Spannungszustände und Schlafstörungen wirken. Auch in der Anästhesie kommen sie zum Einsatz. Sie werden heutzutage als Notfallsbehandlung eingesetzt, da sie zwar kurzzeitig helfen, jedoch keine Ursache behandeln. Benzodiazepine helfen auch manischen Patienten und Patientinnen die sehr unruhig sind, dass sie für ein paar Stunden bis Tage gedämpft sind. Sie sollten jedoch nicht so oft eingenommen werden, da eine Suchtgefahr besteht und sie einen sogenannten „Hangover-Effekt“ bewirken. Das bedeutet, dass man nach dem Aufwachen davon Konzentrations-schwierigkeiten hat und es zu Reaktionsstörungen kommen kann. Benzodiazepine verstärken auch die Wirkung anderer Medikamente, welche dämpfend wirken. Somit kann sich zum Beispiel die Wirkung von Schmerzmitteln verstärken. (vgl. Kasper, Hauk 2006, S. 64)

7.4 Elektrokonvulsive Therapie

Die Elektrokonvulsive Therapie auch früher Elektroschocktherapie genannt, hat in der Öffentlichkeit keinen guten Ruf, da Menschen diese Art von Therapie mit Qualen und Schmerzen, nicht zuletzt durch gewisse Filme, wie „Einer flog über das Kuckucksnest“ in Verbindung bringen. Jedoch kann die Therapie von damals mit dem heutigen Vorgehen nicht verglichen werden. Zum Einsatz kommt die Therapie nur bei lebensbedrohlichen Depressionen und bei Depressionen, bei denen keine andere Therapie geholfen hat. Warum diese Therapie hilft, ist bis heute noch nicht vollständig geklärt, man geht jedoch davon aus, dass es durch die elektrische Entladung im Gehirn zu einer Neuorganisation im Nervensystem kommt. Die Behandlung läuft so ab, dass an den Kopf des Patienten oder der Patientin Elektroden angelegt werden, die einen kurzzeitigen elektrischen Wechselstrom oder einzelne Stromimpulse durch das Gehirn leiten. Es kommt zu einem Krampfanfall, welcher mit einem epileptischen Anfall verglichen werden kann. Der Betroffene oder die Betroffene erhält während der Therapie eine kurze Narkose. Es wird auch ein Medikament gegeben, das eine Übertragung der Nervenimpulse auf die Muskeln vorübergehend hemmt. Auch ein Mittel, welches gegen Herzrhythmusstörungen wirkt, wird verabreicht. Es finden in der Regel zwei bis drei Anwendungen pro Woche statt. Die Therapie dauert insgesamt etwa zwei bis vier Wochen. (vgl. Kasper, Hauk 2006, S. 67-68)

7.5 Lichttherapie

Immer häufiger wendet man bei bipolaren Störungen eine Lichttherapie an. Sie darf nur während einer depressiven Phase eingesetzt werden und nicht bei einer manischen Phase, da sie diese verstärken würde. Manische und depressive Phasen können schnell ineinander übergreifen, daher ist es von Bedeutung die Therapie nur vormittags einzusetzen.

Eine Lichttherapie wird eingesetzt:

- 1) Wenn eine medikamentöse Therapie aus verschiedenen Gründen, wie zum Beispiel wegen einer Schwangerschaft, nicht erwünscht ist.
- 2) Um eine akute depressive Phase schneller zu stabilisieren, da der Effekt von Medikamenten oft erst nach einigen Wochen bemerkbar ist.
- 3) Bei einem zu geringen medikamentösen Effekt.

(vgl. <http://www.litebooklichttherapie.de/lichttherapie-indikationen/bipolare-st%C3%B6rung.htm>, Stand 01.05.2014)

7.6 Psychotherapie

Neben einer stimmungsstabilisierenden Medikation ist eine Psychotherapie eine gute Ergänzung. Ziel der Therapie ist es, eine Balance und Stabilität, also eine Regelmäßigkeit im Lebensablauf der Betroffenen herzustellen. Ein Zuwenig und Zuviel können zu einem Problem werden. Ein Zuwenig an Aktivitäten kann zum Beispiel zu einer depressiven Phase führen, während ein Zuviel zu einer Manie ausarten kann. Dies betrifft alle Ebenen wie Schlaf, soziale Kontakte, Verhältnis von Freizeit und Arbeit, Projekte und Vorhaben und Sexualität. Positive sowie negative Lebensereignisse können zu einer Dysbalance führen und in Folge eine depressive Phase bzw. eine manische Phase begünstigen. Die Psychotherapie zielt darauf ab, den gebesserten Zustand zu erhalten, um neue Krankheitsepisoden zu verhindern. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen die Patienten und Patientinnen lernen, ihr eigenes Verhalten, Denken und Fühlen zu beobachten und bei Veränderungen situationsangemessen und flexibel zu reagieren. Im ambulanten Bereich erfolgt eine individuelle Therapie, während sich im stationären Bereich auch Gruppentherapien sehr bewähren. Auch der Einbezug von Angehörigen, Freunden und Bekannten ist ein wesentlicher Bestandteil. (vgl. Hautzinger, Meyer 2011. S. 49-51)

Methoden der Psychotherapie:

- 1) die Psychoedukation
- 2) die familienfokussierte Psychotherapie
- 3) die Rhythmustherapie
- 4) die kognitive Verhaltenstherapie

1) Psychoedukation:

Hier wird bipolar erkrankten Menschen und gegeben falls auch deren Angehörigen Information über die Erkrankung gegeben. Durch die Wissensvermittlung soll es für die Betroffenen zu einem bewussten und selbstverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung kommen. In der Regel besteht eine Psychoedukation aus 8 bis 12 Sitzungen zu je maximal 90 Minuten. Themen der einzelnen Sitzungen werden gemeinsam erarbeitet. Themenschwerpunkte einer Sitzung können sein:

- Allgemeine Information zu den Symptomen der bipolaren Erkrankung, die Ursachen so wie der Verlauf
- Behandlungsmöglichkeiten
- Erkennen von Frühwarnzeichen von manischen bzw. depressiven Episoden
- Angemessene Verhaltensweisen in Krisen- und Notfallsituationen

Die Ziele der Behandlung sind ein individuelles Krankheitsverständnis, die Motivation zu einer Veränderung und das Training entsprechender Fertigkeiten. Hierzu gehören die Selbstbeobachtung, Stressmanagement, Emotionsmanagement, soziale Fertigkeiten und Problemlösefertigkeiten.

2) Familienfokussierte Psychotherapie:

Im Zentrum dieser Therapie stehen nicht nur die Betroffenen sondern auch deren Familien. Die familienfokussierte Therapie stärkt bei allen Mitgliedern das Bewusstsein, dass eine Familie eine wichtige Unterstützung sein kann. Herrscht in einer Familie ein rauer, abwertender, Schuldgefühle auslösender Umgangston, wird es bei dem Patienten oder der Patientin eher zu neuen Krankheitsepisoden kommen und die Erkrankung nimmt einen schlechteren Verlauf. Schwerpunkt dieser Therapie ist eine Verbesserung des familiären Klimas durch Gesprächs- und Problemlösungstraining.

3) Rhythmustherapie:

Menschen, die an einer bipolaren Störung leiden, haben oft eine „chaotische“ Lebensweise und einen desorganisierten Tagesablauf. Es wird angenommen, dass die Betroffenen besonders empfindlich sind im Hinblick auf biologische und soziale Rhythmen. Durch das innere Ungleichgewicht kommt es zu Stimmungsschwankungen. Ziel der Therapie ist es, regelmäßige Tagesabläufe herzustellen und die seelische Gesundheit der Menschen mit einer bipolaren Erkrankung zu verbessern.

4) Kognitive Verhaltenstherapie

Im Zentrum dieser Therapie steht die Zusammenarbeit der Therapeuten und Therapeutinnen mit den Betroffenen. Sie suchen gemeinsam nach der Lösung zentraler Probleme. Das Gespräch soll auf zentrale Aspekte und Probleme gelenkt werden. Die Patienten und Patientinnen sollen selbstständig nach alternativen Lösungswegen suchen. Wichtig bei dieser Therapie ist ein Wochen- bzw. Tagesplan. Betroffene sollen sich selbst beobachten und Ereignisse protokollieren. Je mehr es gelingt, positive Aktivitäten in den Tagesablauf einzubauen, desto besser fühlt sich der Patient oder die Patientin. (vgl. Batra, Buchkremer, Wassmann 2012, S. 175)

7.7 Musiktherapie

Die heilende Wirkung der Musik gibt es seit es die Menschheit gibt. Natur- und Kulturvölker machten schon von der heilenden Wirkung der Musik Gebrauch. Schon bei Homer oder im alten Testament findet man Musiktherapie in ihrer frühesten Form in Texten verfasst. Schon damals wurde der Musik eine psychotherapeutische Kraft zugeschrieben. Ende des 19. Jahrhunderts kam es dann zu physiologischen Untersuchungen in Hinblick auf Musik und Körper. Heutzutage liegen die Anwendungsbereiche der Musik in der:

- Psychiatrie und Psychosomatik
- Psychotherapie
- Arbeit mit geistig und körperlich behinderten Kindern und Erwachsenen
- Arbeit mit Autisten
- Sonder- und Heilpädagogik
- Geriatrie
- Neurologie
- Analgesie

Formen der Musiktherapie:

In der Musiktherapie unterscheidet man zwischen der aktiven und der rezeptiven Therapie. Aktive Musiktherapie: Hier hat der Patient oder die Patientin die Möglichkeit mittels freigewählter Instrumente Emotionen und Stimmungen auszudrücken. Es werden bevorzugt Instrumente verwendet, bei denen man keine Vorkenntnisse haben muss wie z.B. Bongos, Trommeln, Xylophon, Triangeln, usw.

Rezeptive Therapie: Darunter versteht man das Hören von Musik, es soll helfen Emotionen zu entfalten um damit Angst zu vermindern und Spannungen zu lösen.

Ziele der Musiktherapie:

Die Musiktherapie versucht, Ressourcen zu fördern und den Klinikaufenthalt freundlicher und schöner zu gestalten.

Angestrebte Ziele der Therapie sind:

- Stärkung des Selbstwertgefühls
- Förderung der Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Zulassen und Ausdruck von Emotionen
- Realitätsbezug
- Affektabfuhr
- Orientierung
- Aktivierung
- Strukturierung
- Konzentration und Ausdauer
- Kreativität und Fantasie
- Kontaktherstellung und Beziehungsaufnahme

(vgl. <http://www.bipolar.at/therapiemoglichkeiten/musiktherapie/>, Stand 08.05.2014)

8 Depressionen und Manien aus Sicht der Angehörigen

Natürlich leidet vor allem die Person, die von der Erkrankung betroffen ist, jedoch kann die Situation für Angehörige und Freunde auch zur Belastungsprobe werden. (vgl. Bräunig 2010, S.130) In der Ehe wird die depressive oder manische Phase des Partners oder der Partnerin erst ziemlich spät erkannt. Zwar kann man die veränderte Stimmung oft nicht verstehen, aber da sich die Änderungen manchmal so allmählich und schleichend entwickeln, ist es für die Betroffenen schwie-

rig, die Situation zu erkennen. Eine Vernachlässigung in der Ehe wird oft als nachlassende Liebe gedeutet. In Wirklichkeit kann es sein, dass der Partner oder die Partnerin bereits an einer Depression leidet. Nach der ersten Krankheitsepisode ist die Situation dann meist klar. Angehörige achten vielleicht auf jede kleinste Stimmungsveränderung, um keine wichtigen Zeichen einer erneuten Krankheitsepisode zu übersehen. Die von der Erkrankung Betroffenen, können sich so schnell beobachtet fühlen und es kommt zu Spannungen in der Familie. (vgl. Helmchen, Rafael- sen 1992, S.68)

8.1 Was soll bei einer Depression beachtet werden?

Wenn die Betroffenen gerade an einer Depression leiden, sind Einfühlsamkeit, Geduld, Unterstützung und Zuversicht von großer Bedeutung. Eine Depression hat nichts mit Willensschwäche oder einem Charaktermangel zu tun. Eine sogenannte „goldene Regel“ gibt es leider nicht, jedoch gibt es hilfreiche Hinweise, die dazu beitragen können, die Situation zu verbessern.

Depressiv: 10 hilfreiche Regeln für Angehörige

- 1) Gespräche: Durch einfühlsame Gespräche kann man dem Betroffenen oder der Betroffenen helfen zu verstehen, dass er oder sie gerade depressiv ist. Durch Unterstützung der Angehörigen kann dann der vorübergehende Zustand leichter akzeptiert werden.
- 2) Zuhören: Die Betroffenen sollen zum Reden ermutigt werden. Wichtig für Angehörige ist es, geduldig zuzuhören.
- 3) Zuversicht vermitteln: Es ist wichtig, Hoffnung und Zuversicht zu geben und die Betroffenen nicht zu überfordern. Jede Überforderung trägt dazu bei, dass sie sich noch unfähiger und minderwertiger fühlen.
- 4) Gefühle: Angehörige sollen einfühlsam nach den Ängsten, Schuld- und Minderwertigkeitsgefühlen fragen. Auch welche Gedanken den Betroffenen Sorgen bereiten.

- 5) Suizidgedanken: Selbstmordgedanken sind sehr ernst zu nehmen. Depressiven Menschen muss klar gemacht werden, was deren Verlust für alle bedeuten würde. Wenn Betroffene Suizidgedanken bejahen, soll unbedingt darauf bestanden werden, Hilfe in Anspruch zu nehmen.
- 6) Entscheidungen abnehmen: Da depressive Menschen oft ambivalent und ratlos sind, ist es wichtig, den Betroffenen zu helfen, Entscheidungen zu treffen. Für sie wird die Hilfe oft als Erleichterung empfunden.
- 7) Behandlung: Es ist wichtig, die Möglichkeit einer Behandlung anzusprechen.
- 8) Arztbesuch: Angehörige können die Betroffenen dabei unterstützen, ärztliche Verordnung umzusetzen.
- 9) Eigene Belastung erkennen: Durch die Depression sind Familienangehörige einer großen Belastung ausgesetzt. Die Stimmung kann sich oft auf alle übertragen. Eine stationäre Behandlung des depressiven Menschen kann für Entlastung sorgen.
- 10) Selbst Hilfe suchen: Auch für Angehörige ist es wichtig, Hilfe aufzusuchen. Ein Gespräch mit anvertrauten Menschen kann ungemein entlasten und die eigene Person stärken. Auch eine Abgrenzung ist wichtig, um Ruhe und Erholung zu finden.

8.2 Was soll bei einer Manie beachtet werden?

Oft belasten Patienten und Patientinnen, die in einer manischen Phase sind ihre Angehörigen mit ihrem Aktivismus, ihrem Größenwahn, ihrer Gereiztheit und ihrem Missmut. Besonders belastend ist, dass die Betroffenen keinerlei Krankheitsgefühl haben und nur wenig einsichtig sind. Durch veränderte Verhaltensweisen kann ein manischer Mensch am ehesten realisieren, dass mit ihm etwas nicht stimmt.

Manisch: 10 hilfreiche Regeln für Angehörige:

- 1) Gespräche: Angehörige sollen dem erkrankten Menschen Ereignisse während einer manischen Phase in Erinnerung rufen, die auch er in der gesunden Phase als problematisch gesehen hat. Auch das veränderte Verhalten während einer manischen Phase soll besprochen werden.
- 2) Angehörige sollen signalisieren, dass auch sie unter dem Verhalten leiden. Es muss aber auch klar gemacht werden, dass man den Betroffenen beisteht und die aktuellen Probleme nicht als charakterliches Versagen empfunden werden.
- 3) Chaos vermeiden: Es soll geholfen werden, Chaos zu vermeiden, da die Betroffenen sich durch aktives und kurzschlüssiges Verhalten nur selbst schaden.
- 4) Ablenkung vermeiden: Die Umgebung der Betroffenen soll so gestaltet werden, dass es wenig Ablenkungsmöglichkeiten gibt. Reize und Stimulationen jeglicher Art sollen vermieden werden.
- 5) Freundlich und sachlich bleiben: Gespräche sollen möglichst kurz und sachlich gehalten werden. Negative Gefühle wie Ärger oder Vorwürfe sollen vermieden werden.
- 6) Keine „Überzeugungsarbeit“: Den Betroffenen sollen die unrealistischen Erwartungen und Pläne gelassen werden, da sich eine „Überzeugungsarbeit“ nur negativ auswirken würde.
- 7) Besonnen reagieren: Angehörige sollen in aufgeladenen Situationen trotzdem besonnen reagieren und versuchen, Abstand zur Situation zu gewinnen.
- 8) Gelassen bleiben: Autorität, Besserwisserei und Vorschriften führen zu nichts. Wichtig ist es, dass Angehörige gelassen bleiben und sich nicht kränken lassen. Manische Menschen können manchmal sehr verletzend sein, ohne dass sie es in Wirklichkeit wollen.
- 9) Behandlung: Wichtig ist es, mit den Betroffenen über Behandlungsmöglichkeiten zu sprechen und sie zu unterstützen.
- 10) Krisenplan: In den Zeiten, in denen die Betroffenen normal gestimmt sind, soll ein Krisenplan gemeinsam entwickelt werden, bei dem genau festgelegt wird, welche Maßnahmen bei einer beginnenden Manie getroffen werden.

(vgl. Bräunig 2010, S. 130-135)

9 Selbsttests und Arbeitsmaterialien

Der Stimmungsfragebogen
(Hirschfeld 2000, übersetzt von Kasper 2003)

Instruktionen: Bitte beantworten Sie jede Frage so gut Sie können.

1. Gab es eine Zeit, in der Sie das Gefühl hatten, nicht ganz Sie selbst gewesen zu sein und in der Sie

- sich so gut oder „hyper“ gefühlt haben, dass andere Menschen dachten, dass Sie nicht Sie selbst seien oder dass Sie aufgrund Ihrer „Hyperstimmung“ in Schwierigkeiten gekommen sind?
- so irritiert waren, dass Sie mit anderen Menschen geschrien haben oder in Streit gerieten?
- sich selbstsicherer als gewöhnlich gefühlt haben?
- weniger Schlaf als normal brauchten und Sie diesen vor allem nicht vermisst haben?
- gesprächiger waren oder insgesamt schneller gesprochen haben?
- Gedanken im Kopf hatten, die sehr schnell gingen und die Sie nicht oder nur schwer verlangsamen konnten?
- sehr leicht ablenkbar waren und Konzentrationsschwierigkeiten hatten oder es Ihnen schwer fiel, bei einer Sache zu bleiben?
- sehr viel mehr Energie als normal hatten?
- sehr viel aktiver als normal waren und mehrere Dinge als üblich anfangen?
- sozial aktiver waren und mehr auf Menschen zugehen, z.B. dass Sie in der Nacht Freunde anriefen?
- an sexuellen Aktivitäten sehr viel mehr interessiert waren?

2. Wenn Sie mehr als einen Bereich der zuvor gestellten Fragen mit „ja“ beantwortet haben, sind diese während der selben Zeitperiode aufgetreten?

- ja
- nein

3. Sind Sie durch diese gekennzeichneten Bereiche in Probleme geschlittert, z.B. Arbeitsunfähigkeit, Familienschwierigkeiten, Geldschwierigkeiten oder Schwierigkeiten mit dem Gesetz, oder haben Sie Streit oder sogar Auseinandersetzungen begonnen?

Bitte kennzeichnen Sie eine Antwort:

- kein Problem
- mildes Problem
- moderates Problem
- schweres Problem

4. Hat einer Ihrer Blutsverwandten (d.h. Kinder, Geschwister, Eltern, Großeltern, Onkel, Tanten) eine manisch/depressive oder Bipolare Erkrankung?

- ja
- nein

5. Hat Ihnen ein Arzt oder Psychotherapeut jemals gesagt, dass Sie an einer manisch/depressiven oder Bipolaren Erkrankung leiden?

- ja
- nein

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus und besprechen Sie ihn mit Ihrem Arzt. Herzlichen Dank für die Beantwortung des Fragebogens.

Abbildung 10: Der Stimmungsfragebogen (vgl. Kasper, Hauk 2006, S.88-89)

The image shows two forms side-by-side. The left form is titled 'Krisenplan Manie' and has a pink header. The right form is titled 'Krisenplan Depression' and has a purple header. Both forms are structured as follows:

- Section 1:** 'Meine wichtigsten Frühwarnzeichen:' followed by five numbered lines (1-5) for writing.
- Section 2:** 'Kontakt aufnehmen zu a.) jemandem, der mich ernst nimmt, aber selbst nicht ernst wird.' Below this are two columns for '(Name)' and '(Telefon)'. Below these columns are two lines for 'b.) meinem behandelnden Arzt/ bzw. meiner Klinik'.
- Section 3:** 'Für Erleichterung sorgen: (z. B. Ruhe gönnen)'. Below this are five horizontal lines for writing.
- Section 4:** 'Schutzmaßnahmen ergreifen:'. Below this are five horizontal lines for writing.

Abbildung 11: Krisenplan Manie und Depression (vgl. Bräunig 2010, S. 157-158)

10 Kontaktadressen in Österreich

Allgemeine Informationen zur Erkrankung

- www.oegpb.at

Die Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie richtet sich nicht nur an Ärzte und Ärztinnen, sondern auch an die interessierte Öffentlichkeit.

- www.bipolar.at

Ein Informations-, Diskussions-, und Kontaktforum für Menschen mit bipolarer Erkrankung und Angehörige.

- <http://www.innenwelt.at>
Initiative für seelische Gesundheit und Lebensqualität
- <http://www.hpe.at/information/erkrankungen/bipolare-erkrankungen.html>
Hilfe für Angehörige

- www.bipolar-art.de

Bilder, Lyrik, Prosa und Musik bipolar Erkrankter. Das Projekt hat es sich zur Aufgabe gemacht, das ungewöhnliche Kreativitäts-Potential bipolar erkrankter Menschen als einen positiven Aspekt dieser Krankheit herauszustellen

Rechtsberatung:

<http://www.jusline.at/>

Umfangreiche Seite mit Suchmöglichkeiten zu zahlreichen juristischen Fragen .

Schuldnerberatung

www.Schuldenberatung.at

Österreichweit und kostenlos, arbeitet im öffentlichen Auftrag der BM für Justiz.

www.arbeiterkammer.at

Arbeiterkammer Österreich

Notfall-Nummern

<http://www.notruf.at/branchen/sozial.htm>

Bietet diverse Notruf- Nummern im Überblick zu verschiedenen Problemen.

(vgl. Kasper, Hauk 2006, S. 101-104)

11 Diskussion

Zwar zählen bipolare Störungen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen in Mitteleuropa, jedoch ist das Unwissen der Gesellschaft über dieses Thema noch sehr groß. Und das, obwohl die Erkrankung für die Betroffenen und deren Angehörige schlimme Auswirkungen haben kann. Während das Krankheitsbild der Depression in unserer Gesellschaft sehr präsent ist, ist das der Manie noch ungeläufig. Grund für das Unwissen ist, dass man die Mehrzahl der Menschen mit einer Manie oft gar nicht erkennt, geschweige denn diese für krank hält. Daher habe ich mich in die Thematik der Manie genauer eingelest und meine Forschungsfrage dazu gestellt, welche lautet: „Wie erkennt man eine Manie und wie äußern sich die Symptome“?

Ein großes Problem der Manie ist auch, dass Menschen die daran leiden, sich gar nicht damit beschäftigen, ob sie überhaupt krank sind. Sie fühlen sich so gut wie noch nie und sind voller Tatendrang. Meist sind es die Angehörigen, die bemerken, dass irgendetwas nicht stimmt. Der manische Zustand beginnt langsam und wird über Tage und Wochen stärker und stärker.

Das Frühstadium der Manie ist durch die Veränderung des Denkens geprägt. Denkprozesse beschleunigen sich und die Gedanken rasen unaufhörlich durch den Kopf. Auch kommt es oft zu einer Beschleunigung der Sprache. Anzeichen für eine Manie ist eine maßlose Selbstüberschätzung. Es kommt zu Kauforgien, Missbrauch von Alkohol und anderen Drogen. Das Glücksgefühl der manischen Episode ist in der Regel nur von kurzer Dauer. Die Hochstimmung verwandelt sich in Wut, Reizbarkeit oder Aggressivität. Durch die extremen Stimmungszustände können Betroffene alles verlieren, was ihnen lieb ist und was ihrem Leben eine Bedeutung gibt. Unbehandelt führt die Erkrankung nicht selten zum Suizid. Je früher die Erkrankung erkannt wird, desto schneller kann mit einer individuellen Therapie begonnen werden und desto besser ist die Lebenserwartung. Bis jedoch die richtige, individuelle Therapie gefunden und akzeptiert wird, können Jahre aber auch Jahrzehnte vergehen und das kann Betroffene sowie ihre Angehörigen stark belasten.

Ich hoffe, ich konnte mit meiner Arbeit einen guten Überblick über das Thema „Achterbahnfahrt der Gefühle- das Leben mit einer bipolaren Störung“ schaffen. Noch gibt es keine Heilung für

die Erkrankung, jedoch kann mit pharmakologischer und psychologischer Behandlung eine gute Balance im Leben erreicht werden, denn jeder Einzelne und jede Einzelne hat ein Recht auf ein erfülltes und glückliches Leben.

12 Quellenverzeichnis

Bräunig P. (2004, 2010) Leben mit bipolaren Störungen. TRIAS Verlag, Stuttgart.

Kasper S., Hauk P., (2006) Bipolare Erkrankungen- Zwischen Manie und Depression. Verlags-
haus der Ärzte GmH, Wien.

Luderer H. (1994) Himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Marneros A. (2000) Manisch-depressive und andere bipolare Erkrankungen, Georg Thieme Ver-
lag, Stuttgart.

Helmchen H., Rafaelsen O. (1992) Depression, Melancholie, Manie- Ein Buch für Kranke und
Angehörige. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Bock T., Koesler A. (2005) Bipolare Störungen: Manie und Depression erkennen und behandeln.
Psychiatrie- Verlag GmbH, Bonn.

Sienart P., Dahl E. (2003) Extreme Gefühle- Manisch depressiv: Leben mit einer bipolaren Stö-
rung- Hilfe für Betroffene und Angehörige, Kösel- Verlag, München.

Wormer J. (2002) BIPOLAR. Leben mit extremen Emotionen. Depression und Manie, Knaur
Verlag, München.

Batra A., Wassmann R., Buchkremer G. (2012) Verhaltenstherapie: Grundlagen - Methoden –
Anwendungsgebiete, Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Hautzinger H., Meyer T. (2011) Bipolar affektive Störungen, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen- Bern- Wien- Paris- Oxford- Prag- Toronto- Cambridge, MA- Amsterdam- Kopenhagen- Stockholm

Forum Bipolar in Österreich, Information- Diskussion- Kontakt (www.bipolar.at/infos-zur-erkrankung/wie-haufig-kommt-die-erkrankung-vor/) abgefragt am 13.4.2014

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS) (<http://www.dgbs.de/stimmungskalender.html>) abgefragt am 16.4.2014

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS) (<http://www.dgbs.de/ursachen.html>) abgefragt am 16.4.2014

Lichttherapie und Lichttherapiegeräte gegen Winterdepression, Schlafprobleme und Depressionen (<http://www.litebooklichttherapie.de/lichttherapie-indikationen/bipolare-st%C3%B6rung.htm>) abgefragt am 01.05.2014

Forum Bipolar in Österreich, Information- Diskussion- Kontakt (<http://www.bipolar.at/therapiemoglichkeiten/musiktherapie/>) abgefragt am 08.05.2014

bipolardisorder-enea.blogspot (<http://bipolardisorder-enea.blogspot.co.at/2007/05/neurotransmitter-bipolar-disorder.html>) abgefragt am 12.05.2014

Psychotropicon- Das Online Magazin für Psychonauten (vgl. <http://psychotropicon.info/mao-hemmer-monoaminoxidase-hemmer/>) abgefragt am 11.06.2014

13 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bipolares Spektrum- Klassifikation bipolarer Störungen. (vgl. Bräunig 2010, S. 19).....	6
Abbildung 2: Lifechart: Verlauf einer Bipolar-II-Erkrankung (vgl. Bräunig 2010, S. 20)	7
Abbildung 3: Lifechart: Zykllothymie (vgl. Bräunig 2010, S. 20)	8
Abbildung 4: Lifechart: Rapid-Cycling-Verlauf (vgl. Bräunig 2010, S. 34).....	18
Abbildung 5: Stimmungskalender: (vgl. http://www.dgbs.de/stimmungskalender.html , Stand 16.4.2014)	23
Abbildung 6: (vgl. http://bipolardisorder-enega.blogspot.co.at/2007/05/neurotransmitter-bipolar-disorder.html , Stand 12.05.2014).....	25
Abbildung 7: Antidepressiva- Wirkungen und Nebenwirkungen (vgl. Bräunig 2010, S. 97-98)	32
Abbildung 8: Auswahl typischer Neuroleptika (vgl. Bräunig 2010, S. 86-87)	34
Abbildung 9: Atypische Neuroleptika (vgl. Bräunig 2010, S. 88-89).....	35
Abbildung 10: Der Stimmungsfragebogen (vgl. Kasper, Hauk 2006, S.88-89).....	45
Abbildung 11: Krisenplan Manie und Depression (vgl. Bräunig 2010, S. 157-158)	46