Steckbrief Bipolare Störungen



Janna Schenkluhn
Janna M. Schenkluhn ist Diplom Psychologin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in der Eltern-Kind-Klinik im Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf gGmbH.

Einleitung

Wir alle kennen Stimmungsschwankungen. Mal haben wir einen guten Tag, mal einen schlechten. Bei Personen mit einer bipolaren Störung wechselt die Stimmung jedoch zwischen extremen Hoch- und Tiefphasen (manische Phase vs. depressive Phase) welche oft wochenlang andauern. Die Episoden können nahtlos ineinander übergehen, manchmal liegen aber auch symptomfreie Monate oder Jahre dazwischen. Auch Episoden mit gemischter Symptomatik können auftreten, in denen z.B. eine herabgesetzte Stimmung bei gleichzeitig starker innerlicher Unruhe vorliegt, was von Betroffenen als besonders belastend wahrgenommen wird.

Vorkommen und Häufigkeit

Die Erkrankung beginnt oft im jungen Erwachsenenalter. Am häufigsten ist sie zwischen dem zwanzigsten und dreißigsten Lebensjahr, seltener tritt sie ab dem fünfzigsten Lebensjahr auf. Vereinzelt kоnnen erste Krankheitsepisoden auch schon bei Jugendlichen vorkommen. Es gibt keine signifikanten Geschlechterunterschiede in der Auftretenshäufigkeit, jedoch erkranken mehr Männer an manischen Episoden und mehr Frauen an depressiven Episoden. In Deutschland sind insgesamt ca. 1,5-3% der Bevölkerung von einer bipolaren Störung betroffen.

Ursachen

Bezüglich der Entstehung geht man von einem multifaktoriellen Entstehen aus, sowohl eine genetische Vulnerabilität als auch Umwelteinflüsse scheinen relevant zu sein. Hinsichtlich der genetischen Prädisposition weisen z.B. Betroffene, die einen bipolar erkrankten Elternteil haben, eine 10-20% erhöhte Wahrscheinlichkeit auf selbst zu erkranken. Physiologisch wird beim Auftreten manischer und depressiver Episoden von einer Verschiebung des Gleichgewichts verschiedener Neurotransmitter (u.a. Noradrenalin, Dopamin und Serotonin) ausgegangen.

Symptomatik

Die Symptomatik der bipolaren Störung kann stark variieren, es handelt sich also nicht um ein einheitliches Krankheitsbild. Folgende Subtypen können klassifiziert werden:

Klassifizierung	Symptomatik
Bipolar-I-Störung	Längere manische Episoden im Wechsel mit depressiven Episoden

Gemischte Episoden	Episoden von Manie und Depression treten zeitgleich auf
Bipolar-II-Störung	Längere depressive Episode im Wechsel mit hypomanen (abgeschwächten manischen) Episoden
Zyklothyme Störung	Die Episoden erfüllen nicht die Kriterien einer bipolaren Störung
Rapid Cycling	Vier oder mehr Episoden von Manie und Depression in 12 Monaten
Ultra Rapid Cycling	Innerhalb von Tagen wechseln Episoden von Manie und Depression

Manische Phasen sind u.a. gekennzeichnet durch ein intensives Hochgefühl, ein vermindertes Schlafbedürfnis, einen gesteigerten Rededrang, Sprunghaftigkeit im Handeln und Denken und eine Enthemmung bzgl. verschiedener Lebensbereiche, z.B. Sexualität oder Kaufverhalten. Hypomane Phasen sind Phasen abgeschwächten manischen Erlebens.

Depressive Phasen zeichnen sich u.a. durch Interessensverlust, Freud- und Ausdruckslosigkeit sowie Antriebsmangel aus. Störungen der Konzentration und Aufmerksamkeit, der Libido und des Appetits sowie Gefühlstaubheit, gedrückte Stimmung und Schlafprobleme treten ebenfalls häufig auf. Besonders hervorzuheben sind Suizidgedanken, da es bei 25% der bipolar erkrankten Personen zum Suizidversuch kommt.

Diagnostik

Die Diagnostik erfolgt mittels ausführlicher Erhebung der Lebens- und Symptomgeschichte durch eine*n Psychiater*in, eine*n Psychotherapeut*in. Dies kann durch standardisierte und normierte Fragebögen oder Interviewverfahren ergänzt werden (z.B. SKID, MINI). Die Diagnostik einer bipolaren Störung ist komplex, da häufig komorbide Erkrankungen vorliegen (z.B. ADHS, interaktionelle Störungen). Zudem sind vergangene manische Phasen z.T. stark schambehaftet, weshalb sie in der Anamnese nicht immer berichtet werden. Auch die Abgrenzung zu Differentialdiagnosen ist nicht trivial, da manische Symptome z.B. auch psychotische Qualitäten haben können. Auch Symptome von Substanzmissbrauch können denen von bipolaren Störungen ähneln. Eine Ausschlussdiagnostik hinsichtlich somatischer Ursachen, wie z.B. einer Schilddrüsenfehlfunktion sollte ebenfalls erfolgen.

Therapie

Im Wesentlichen werden bei der Behandlung der bipolaren Störung drei Ziele verfolgt:

1. Die Akutbehandlung: Ziel dieser Behandlung ist die Reduktion des akuten Leidensdrucks und die Wiederherstellung der Krankheitseinsicht der Betroffenen, welche vor allem in den manischen Episoden eingeschränkt ist. Es können je nach Art der Episode und des Ausprägungsgrades unterschiedliche Gruppen von Medikamenten zum Einsatz kommen (z.B. Stimmungsstabilisierer, Antipsychotika, Antidepressiva). Wenn eine Medikation in einer depressiven Phase nicht ausreichend wirkt, wird vereinzelt die Indikation für eine Wachtherapie mittels Schlafentzug oder eine Elektrokrampftherapie gestellt.

2. Die Erhaltungstherapie: Im Anschluss an die Akutbehandlung erfolgt die

Erhaltungstherapie. Sie dient dazu, die Betroffenen weiter zu stabilisieren, indem die medikamentöse Therapie weiter optimiert wird und psychotherapeutische Strategien etabliert werden.

3. Die Rückfallprophylaxe: Sind die Betroffenen wieder „stabil“, geht es um eine langfristige Vorbeugung vor Rückfällen und um eine Wiedereingliederung der Betroffenen in ihr berufliches und soziales Umfeld. Eine medikamentöse Therapie wird auf das geringstmögliche Maß reduziert. In der Psychotherapie wird zugleich an der Bearbeitung dysfunktionaler Bewältigungsstrategien gearbeitet, an der Erkennung von Frühwahrzeichen und an Krisen- und Notfallplänen bzgl. möglicher Rückfälle. Schlaf- und Aktivitätstagebücher sowie achtsamkeitsbasierte Verfahren können ebenso Einsatz finden wie Stressmanagementstrategien oder das Training sozialer Fertigkeiten.

Wichtig ist eine ausführliche Psychoedukation von Angehörigen und Helfenden, da diese die Symptome und Veränderungen häufig schon wahrnehmen, bevor die Betroffenen es tun. Der Einbezug des sozialen Umfeldes der Betroffenen in die Therapie hat sich bewährt.

Zahlen und Fakten zu bipolaren Störungen

Häufigste Erstepisode	60-80% der bipolaren Störungen beginnen mit einer depressiven Störung
Häufigkeit von Suizidversuchen	25%
Sterblichkeit durch Suizid	15%
Häufige Komorbiditäten	Substanzmissbrauch, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, Zwangsstörungen
Häufigstes Erkrankungsalter	20. bis 30. Lebensjahr
Einfluss auf die Lebenserwartung	um 8 Jahre verkürzt
Erwerbsverhältnisse	37% erwerbslos, 33% Vollzeit, 20% Teilzeit, 10% berentet
Dauer bis zur richtigen Diagnosestellung	Im Schnitt 8-10 Jahre

Quellenangaben

- Bauer, M., Berndt, C., Bröckel, K. et al. 2023. Bipolare Störungen: Neues aus der Forschung 2022/2023. Universitätsklinikum der TU Dresden.

- Brieger, P., Menzel, S., Hamann, J. Wird die Rolle von psychischen Erkrankungen beim Suizid überbewertet? Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2022, Jan;65(1):25-29.

- Czempiel, T., Mikolaus, P., Bauer, M. et al. Langzeitverläufe bipolarer Störungen. Nervenarzt. 2025. Jan 96(1):15-22

- Ercan, M. Familiäre Vulnerabilität im Gehirn – Ein systematisches Review nicht-betroffener Verwandter von Patienten mit Bipolarer Störung. 2023. MSH Medical School Hamburg.

- Fragebogen zur bipolaren Störung. Deutsche Gesellschaft für bipolare Störungen. www.dgbs.de.

- Hausarztbroschüre zu bipolaren Störungen, Diagnostik und Therapie. Deutsche Gesellschaft für bipolare Störungen. www.dgbs.de.

- WHO, Hrsg: Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M., Schulte-Markwort, E. Internationale Lemke, M.R., 2024. Affektive Störungen. Thieme.

- Klassifikation psychischer Störungen. ICD- 10. Kapitel V(F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis.

- WHO Report 2024.