



Miklowitz

Familienfokussierte Psychotherapie bei Bipolaren Störungen



E-Book inside +
Arbeitsmaterial

BELTZ

Leseprobe aus Miklowitz, Familienfokussierte Psychotherapie bei Bipolaren Störungen,
ISBN 978-3-621-28859-0

© 2022 Programm PVU Psychologie Verlags Union in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28859-0>

Inhalt

Vorwort David Miklowitz	12
Vorwort zur deutschsprachigen Auflage	16
I	Theoretische Grundlagen
1	Einführung in die Familienfokussierte Therapie 20
1.1	Wurzeln der Familienfokussierten Therapie 22
1.2	Die drei Phasen von Familienfokussierter Therapie 22
1.3	Behandlungsprinzipien 23
2	Verlauf und Symptomatik Bipolarer Störungen 26
2.1	Erkrankungsverständnis des Behandelnden 26
2.2	Störungsverlauf über die Lebensspanne 27
2.3	Symptomatik der akuten Episoden 32
2.4	Suizidalität 35
3	Biopsychosoziales Modell und medikamentöse Therapie 36
3.1	Biopsychosoziales Modell 36
3.2	Medikamentöse Behandlung 40
4	Evidenzbasierte Übersicht zur Psychotherapie Bipolarer Störungen 45
4.1	Entwicklung störungsspezifischer Verfahren 45
4.2	Psychotherapie im Kontext des Stadienmodells 46
5	Systemische Perspektiven Bipolarer Störungen 50
5.1	Prinzipien Systemischer Therapie 50
5.2	Einfluss des familiären Systems auf die Erkrankung 52
5.3	Einfluss der Erkrankung auf das familiäre System 53
5.4	Wirkprinzipien des familientherapeutischen Arbeitens 53
6	Evidenz zur Wirksamkeit der Familienfokussierten Therapie 55
6.1	Zusammenschau der Befunde 55
6.2	Aktuelle Weiterentwicklungen 56
6.3	Forschung zum Training der Behandelnden 57
7	Gegenwärtige Versorgungsrealität und Innovationen 58
7.1	Interkulturelle Unterschiede zur US-amerikanischen Versorgungspraxis 58
7.2	Psychosoziale Versorgungsdefizite 58
7.3	Innovationsprojekte 60

II Manual

8	Ausgangspunkt der Familienfokussierten Therapie	64
8.1	Kontaktaufnahme	64
8.1.1	Eignung von Betroffenen	65
8.1.2	Eignung von Familien	67
8.2	Behandlungsrahmen der Familienfokussierten Therapie	67
8.2.1	Behandlungsstruktur	68
8.2.2	Setting	69
8.2.3	Therapeutische Kompetenzen	70
8.3	Erstkontakt	71
8.3.1	Vernetzung im interdisziplinären Behandlungsteam	71
8.3.2	Behandlungsmotivation von Betroffenen	72
8.3.3	Behandlungsmotivation von Familien	74
9	Diagnostik und Anamnese	79
9.1	Strukturierte klinische Diagnostik	80
9.2	Anamnese	82
9.2.1	Krankheitsverlauf aus Betroffenenperspektive	83
9.2.2	Krankheitsverlauf aus Angehörigenperspektive	84
9.3	Diagnostik des prämorbidem sozialen Funktionsniveaus	86
9.4	Integration der Befunde in die Behandlungsplanung	87
9.5	Diagnostik des familiären Interaktionsverhaltens	88
9.5.1	Durchführung des Familieninterviews	89
9.5.2	Auswertung des Familieninterviews	91
9.5.3	Erfassung des Störungswissens	92
9.6	Therapieevaluation	93
10	Psychoedukationsmodul I: Beziehungsaufnahme und Index-Episode	94
10.1	Ziele des Moduls	95
10.2	Therapiebeziehung	95
10.3	Behandlungsbeginn	97
10.3.1	Vermittlung des Reintegrations-Ansatzes	98
10.3.2	Rational der familiären Integration	100
10.3.3	Psychoedukation bei Erstmanifestation	100
10.3.4	Psychoedukation bei häufigen Rezidiven	101
10.4	Behandlungsbausteine	102
10.4.1	Besonderheiten der Therapeutenrolle	103
10.4.2	Therapieziele	104
10.5	Aufarbeiten der Index-Episode	106
10.5.1	Akutsymptomatik	108
10.5.2	Prodromalstadium	110
10.5.3	Kritische Lebensereignisse als Auslöser	114
10.6	Widerstand	116

10.7	Auswirkungen stationärer Akutbehandlung	118
10.7.1	Traumata	118
10.7.2	Vertrauensbrüche	121
10.8	Vermittlung der Prognose	122
11	Psychoedukationsmodul II: Ätiologie, Behandlung und Selbstmanagement	125
11.1	Ätiologie	125
11.1.1	Vulnerabilitäts-Stress-Modell	126
11.1.2	Risiko- und Schutzfaktoren	134
11.1.3	Selbstbeobachtung durch Stimmungsprotokolle	136
11.1.4	Abschluss der ätiologischen Betrachtungen	136
11.2	Behandlungsoptionen	137
11.2.1	Förderung der Medikamentenadhärenz	138
11.2.2	Förderung der Therapiebereitschaft	139
11.3	Familiäre Unterstützung	143
11.3.1	Die Rolle der Familie	143
11.3.2	Toleranz und Akzeptanz	144
11.3.3	Leistungserwartungen	146
11.4	Selbstmanagement	147
11.5	Rückfallprophylaxe	150
12	Psychoedukationsmodul III: Widerstände, Familienkonflikte und Non-Adhärenz	155
12.1	Umgang mit Widerstand	156
12.1.1	Vorwegnahme und Reframing	158
12.1.2	Entstigmatisierung	160
12.1.3	Arbeit mit Analogien	161
12.2	Krankheitsakzeptanz	162
12.2.1	Identitätskrisen	162
12.2.2	Leugnung der Betroffenen	164
12.2.3	Überidentifikation der Betroffenen	165
12.2.4	Akzeptanz-Konflikte der Angehörigen	166
12.3	Familienkonflikte	167
12.3.1	Mangelnde Krankheitsakzeptanz von Angehörigen	170
12.3.2	Hoffungsvermittlung	171
12.3.3	Prozesskommentare	172
12.3.4	Validieren der Betroffenen	173
12.3.5	Validieren der Angehörigen	174
12.3.6	Scham und Schuld	175
12.3.7	Trauerprozesse	176
12.4	Therapieziele	177
12.5	Prodromalsymptomatik und Persönlichkeitseigenschaften	179
12.6	Herausforderungen im Kindes- und Jugendalter	181
12.7	Stigmatisierung	182
12.8	Umgang mit medikamentöser Non-Adhärenz	184

13	Kommunikationsentwicklungsstraining I: Vermittlung von Kommunikationsfertigkeiten	197
13.1	Ziele des Moduls	197
13.2	Einführung in das Kommunikationsentwicklungstraining	199
13.3	Kommunikationsfertigkeiten	202
13.3.1	Tiefgreifende Familienkonflikte begrenzen	204
13.3.2	Einführung in die Technik des Rollenspiels	204
13.3.3	Ausdruck positiver Gefühle	205
13.3.4	Aktives Zuhören	208
13.3.5	Ausdruck von Veränderungswünschen	212
13.3.6	Ausdruck negativer Gefühle	215
14	Kommunikationsentwicklungsstraining II: Therapeutische Haltung und Familiendynamik	219
14.1	Therapeutische Haltung	220
14.2	Generalisierung von Fertigkeiten	223
14.2.1	Familien mit überangepasstem Verhalten	223
14.2.2	Familien mit Zeitproblemen	225
14.2.3	Familien mit ablehnendem Mitglied	226
14.2.4	Übertragung und Gegenübertragung	228
14.3	Umgang mit schwierigen Familiendynamiken	229
14.3.1	Jähzornige Familien	230
14.3.2	Vermeidende Familien	234
14.3.3	Anklagend-distanzierte Familien	237
15	Problemlösemodul: Problemlösestrategien und -prozesse	242
15.1	Ziele des Moduls	243
15.2	Einführung in das Problemlösemodul	243
15.2.1	Problemfelder nach Erkrankungsepisoden	244
15.2.2	Änderungsmotivation	245
15.3	Vermittlung von Problemlösestrategien	246
15.4	Umgang mit Widerstand gegenüber Problemlösestrategien	251
15.5	Problemlöseprozesse	256
15.5.1	Medikamenteneinnahme und Adhärenz	256
15.5.2	Gesellschaftliche Reintegration	258
15.5.3	Zerstörerische Auswirkungen der Erkrankungsepisoden	260
15.5.4	Beziehungs- und Lebenssituationskonflikte	261
16	Kriseninterventionen	264
16.1	Allgemeine Grundsätze	265
16.2	Stufenplan	265
16.3	Krisensitzungen	268
16.4	Manische Episoden	269
16.4.1	Manie-bedingte Klinikaufenthalte	270

16.4.2	Krisenbegleitung der Angehörigen	273
16.4.3	Hypomanie-bedingte Krisen	273
16.4.4	Präventionsmaßnahmen nach einem Rückfall	275
16.5	Depressive Episoden	276
16.6	Suizidale Krisen	277
16.6.1	Diagnostische Abklärung	279
16.6.2	Psychoedukation	281
16.6.3	Anwendung von Kommunikationsfertigkeiten	283
16.6.4	Anwendung erarbeiteter Problemlöseprozesse	285
16.7	Alkohol- und Substanzmissbrauch	286
16.7.1	Selbsthilfegruppen	287
16.7.2	Diagnostische Einschätzung	288
16.7.3	Psychoedukation	289
16.7.4	Kommunikationsfertigkeiten	290
16.7.5	Problemlöseprozesse	291
16.7.6	Funktionalität des Substanzmissbrauchs	292
16.7.7	Zusätzliche Behandlungsangebote	293
16.8	Psychosoziale Krisen	294
16.8.1	Scheidung oder Trennung	294
16.8.2	Kindesmissbrauch und Partnergewalt	295
17	Behandlungsabschluss: Rückblick und Rückfallprophylaxe	297
17.1	Behandlungsabschluss	297
17.2	Struktur der Abschlusssitzungen	301
17.2.1	Rückblick auf den Behandlungsverlauf	301
17.2.2	Antizipieren zukünftiger Probleme	303
17.2.3	Zukünftiger Behandlungsbedarf	304
17.3	Katamnese	309
Anhang		
	Übersicht und Beschreibung der Arbeitsmaterialien	312
	Literatur	339
	Sachwortverzeichnis	350

1 Einführung in die Familienfokussierte Therapie

- 1.1 Wurzeln der Familienfokussierten Therapie
- 1.2 Die drei Phasen von Familienfokussierter Therapie
- 1.3 Behandlungsprinzipien

Abrupte Aufbrüche aus dem Gewohnten und Abstürze zurück in ein Leben, das nicht mehr so ist wie zuvor. Es ist ein immenser Spagat, den Betroffene und ihre Angehörigen im Verlauf einer Bipolar affektiven Störung leisten müssen: Einerseits ringen Sie mit den belastenden Erlebnissen aus den vergangenen manischen oder depressiven Episoden und der Sorge darum, dass das alles wiederkommen könnte. Andererseits bietet der zunächst eher gutartige Verlauf dieser Erkrankung nach Abklingen der akuten Krankheitsphasen die Möglichkeit, alles Pathologisieren beiseitezuschieben und darauf zu hoffen, dass es an einmalig außergewöhnlichen Konstellationen lag, dass es überhaupt zum Krankheitsschub kam. In der professionellen Begleitung von bipolaren Betroffenen und ihren Angehörigen erleben Therapeut:innen, auf welch vielfältige Weise dieser Spagat gelöst werden kann. Dabei werden sie Zeug:innen oder sogar selbst Partei einer einseitigen Auflösung in Richtung einer vermeidenden, überfürsorglichen, überkritischen oder sogar feindseligen, familiären Kommunikation.

Wie ausgeprägt bipolare Episoden das familiäre System verändern und wie bedeutsam die innerfamiliäre Kommunikation für den weiteren Verlauf der Erkrankung ist, wird häufig schnell sichtbar. Im günstigen Falle kann Psychotherapie den Raum für eine Validierung der Erfahrungen mit der Erkrankung öffnen, der Betroffenen und Angehörigen während akuter Episoden meist nicht ausreichend zur Verfügung steht. Gefühle von Ohnmacht, Hilflosigkeit, Scham und Wut können durch einen wertschätzenden und offenen Austausch im therapeutischen Setting in eine neu ausgerichtete Kommunikation eingebettet und damit gemildert werden. Dabei entsteht die Voraussetzung für eine Integration der Erlebnisse während akuter Episoden in das Leben danach. Diese Integration ist wichtig, um Betroffenen und ihren Angehörigen dabei zu helfen, wieder-aufkeimende, zukünftige Episoden rechtzeitig zu erkennen, im besten Falle abzuwenden oder zumindest eingrenzen zu können.

Herausforderungen in der psychosozialen Versorgung

In der bislang vorherrschenden psychosozialen Versorgung erschwert die institutionelle, professionelle und personenbezogene Fragmentierung von Behandlungen von bipolar Betroffenen ein integriertes Verständnis von biologischen, psychologischen und sozialen Risikofaktoren für diese Erkrankung. Im ungünstigen, aber immer noch regelhaften, Falle sind Betroffene während akuter Episoden abgeschottet in stationär-psychiatrischen Einrichtungen und kehren nach deren Abklingen in ihr gewohntes Um-

feld zurück, ohne dass die Angehörigen ausreichend in die stationäre Behandlung einbezogen und die stationären Behandler:innen mit dem sozialen Umfeld der Betroffenen vertraut gemacht worden wären. Im Anschluss an die Akuttherapie neu auftauchende, ambulante Behandler:innen können sich unter Umständen kein Bild von der Wucht der akuten Symptomatik und ihrer Konsequenzen für die sozialen Interaktionen machen. Zudem arbeiten sie wiederum häufig fragmentiert, nach Profession getrennt, an unterschiedlichen, therapeutischen Baustellen, oftmals ohne das systemische Umfeld der Betroffenen zu kennen. Dabei können einseitige Krankheitskonzepte aufseiten der Betroffenen und ihren Angehörigen befördert werden, die eine Überbetonung neurobiologischer (z. B. Synapsenmodell), klärungsorientierter psychologischer Konzepte (z. B. manische Abwehr als Lösungsversuch einer Selbstwertkrise) oder sozialer Konstruktivismen (z. B. Patient:in mit manischer Episode als Symptomträger:in einer Familie mit überrigiden Regeln) beinhalten können. Die genannten Konzepte können hilfreich bei der Bewältigung von Bipolaren Störungen sein. Dennoch zeigt die empirische Forschung deutliche Grenzen auf, was einen eindimensionalen Theorie- und Behandlungsrahmen für diese im Kern weltweit und kulturunabhängig mit ähnlicher Inzidenz auftretende und somit offensichtlich zum Menschsein dazugehörige Erkrankung angeht. Weder ausschließlich an biologischen, noch an psychologischen oder systemischen Theorien orientierte Therapieformen konnten bislang überzeugend eine langfristige Stabilisierung von bipolar betroffenen Menschen zeigen.

Positive Entwicklungen in der Versorgungsrealität

Erfreulicherweise sind in den vergangenen drei Jahrzehnten diverse psychotherapeutische Methoden (in Kombination mit einer psychiatrischen Behandlung) für Betroffene mit einer Bipolaren Störung entwickelt und validiert worden, die ein biopsychosoziales Modell für die Erkrankung respektieren und empirisch nachprüfbar das Risiko für das erneute Auftreten von manisch-depressiven Episoden reduzieren können. Ein Einbezug des unmittelbaren sozialen Umfeldes der Betroffenen ist dabei direkt oder indirekt ein wesentliches Merkmal vieler dieser Methoden. Diese wirksamen Methoden lassen sich knapp zusammengefasst so beschreiben: Sie vermitteln Wissen zum Störungsbild, lenken den Blick auf interpersonelle Konsequenzen der Erkrankung und vermitteln basale Techniken des Kommunikations- und Problemlösetrainings. Zudem ist es empfehlenswert, die Arbeit mit den Betroffenen eingebettet in ein professionelles Netzwerk mit anderen Akteur:innen der psychosozialen Versorgung zu gestalten.

Das vorliegende Buch möchte mit der Familienfokussierten Therapie (FFT) ein Verfahren im deutschen Sprachraum vorstellen, das sich in Forschung und klinischer Praxis seit vielen Jahren bewährt hat. Neben Elementen von Psychoedukation und Kognitiver Verhaltenstherapie integriert Familienfokussierte Therapie auch eine systemische Perspektive und ermöglicht so in einem gemeinsamen Therapieprozess für bipolar Betroffene und deren Angehörigen eine neue Ausbalancierung des familiären Systems nach einer akuten Episode.

Annahmen der Familienfokussierten Therapie

Es ist hilfreich, die wesentlichen Annahmen der Familienfokussierten Therapie zu kennen, um die grundsätzliche therapeutische Haltung und die Gestaltung der Beziehung zu Betroffenen und ihren Angehörigen im Rahmen einer FFT zu verstehen. Die Annahmen werden in den Abschnitten 1.1 bis 1.3 vorgestellt. Wie gut diese Grundannahmen durch empirische Evidenz abgesichert sind, wird ausführlicher in Kapitel 6 dargelegt.

1.1 Wurzeln der Familienfokussierten Therapie

Zusammengefasst sind die Wurzeln der FFT aus psychotherapeutischen Erfahrungen mit schizophrenen Patient:innen entstanden. Beginnend mit den 1980er-Jahren wurde der Fokus auf den Einfluss der familiären Kommunikation auf den Verlauf dieser Erkrankungen gelegt. Goldstein und Miklowitz (1990) konnten damit als eine der ersten klinischen Psycholog:innen zeigen, dass psychologische Konzepte hilfreich sind, um den Krankheitsverlauf von jungen, schizophrenen Patient:innen günstig zu beeinflussen. Diese Erkenntnisse wurden dann in mehreren Schritten auf die Arbeit mit bipolar Betroffenen übertragen bzw. angepasst und durch psychologische und psychotherapeutische Forschung untermauert. Hier soll zunächst übersichtsartig gezeigt werden, welche Grundgedanken dabei den Ausgangspunkt der therapeutischen Arbeit bilden. Miklowitz (2002) hat die folgenden systemischen Leitsätze für die FFT herausgearbeitet:

- (1) Jede akute Episode einer Bipolaren Störung bedeutet eine Katastrophe für das gesamte familiäre System.
- (2) Jede Episode ruft einen Zustand von (andauernder) Dysbalance im Familiensystem hervor.
- (3) Das übergeordnete Ziel von FFT ist die Unterstützung einer Familie, um einen Zustand von neuem Gleichgewicht wiederherzustellen.

Der systemische Charakter dieser Grundannahmen wird ergänzt durch neurobiologische und kognitiv-behavioristische Perspektiven auf Bipolare Störungen. Diese versuchen pragmatisch und integrativ vorhandenes, evidenzbasiertes Wissen um diese Erkrankung zu vereinen.

1.2 Die drei Phasen von Familienfokussierter Therapie

FFT besteht aus einem dreistufigen Psychotherapieprogramm, das folgende Elemente in der therapeutischen Arbeit mit der Familie etabliert:

- (1) **Psychoedukation.** In der ersten Phase, der Psychoedukation, geht es darum, gemeinsam mit den Betroffenen und Angehörigen die Erkrankung und ihre oftmals katastrophalen Konsequenzen zu verstehen. Dazu gehört ein Modell für das Verständnis der Entstehung und den Verlauf der Erkrankung sowie für die verschiedenen Bestandteile einer erfolgreichen Behandlung zu erarbeiten. Neurobiologische, psychologische und soziale Komponenten werden als bedeutsam für den Langzeitverlauf

der Erkrankung etabliert und es wird auf die zentrale Bedeutung von medikamentöser Behandlung hingewiesen.

- (2) **Kommunikationstraining.** Die zweite Phase, ein Kommunikationstraining, schließt sich der Psychoedukation an. Die Erfahrung, dass es häufig signifikante Blockaden in der familiären Kommunikation durch die gemeinsame Erfahrung akuter Episoden gibt, ist der Ausgangspunkt für diesen Therapieabschnitt. Es sollen klare und hilfreiche Kommunikationsmuster entwickelt oder wiederbelebt werden, um diese Blockaden Schritt für Schritt aufzulösen.
- (3) **Problemlösetraining.** Die dritte Phase, ein Problemlösetraining, beinhaltet das Einüben wirksamer Strategien zur Lösung von Konflikten. Dabei ist zu beachten, dass die Familie in ihrer früheren Kompetenz Alltagsprobleme häufig gut zu bewältigen wusste und durch die Erfahrung akuter bipolarer Episoden in ein massives Ungleichgewicht geraten ist. Einfache und klare Techniken sollen dem Familiensystem daher helfen, wieder aktiv an die Bearbeitung bestehender Konflikte heranzugehen.

1.3 Behandlungsprinzipien

Bei der familienfokussierten Therapie werden sechs übergeordnete Behandlungsprinzipien formuliert, die unabhängig von der jeweiligen Behandlungsphase, handlungsleitend bei der Durchführung der Psychotherapie sein sollten (Miklowitz, 2002). Wir werden diese im Folgenden darstellen und eigene Modifikationen kenntlich machen.

Behandlungsprinzip 1: Betroffene und ihre Angehörigen bei der Integration von Erfahrungen der akuten Episoden unterstützen. Die erste wichtige Etappe dieses übergeordneten Ziels ist die Vermittlung von differenziertem Störungswissen und somit die Einordnung von erlebten Veränderungen in Affekt, Kognition und Verhalten in das Konzept von Bipolarität. Betroffene und ihre Angehörigen können dann (häufig erst retrospektiv) vieles von dem, was sie als massive Störung in ihrer Interaktion und Kommunikation erlebt haben, als ein Symptom der Erkrankung verstehen und die damit verbundenen Gefühle von Ohnmacht, Wut, Scham etc. neu bewerten und bearbeiten.

Behandlungsprinzip 2: Betroffene und ihre Angehörigen bei der Akzeptanz des Rückfallrisikos unterstützen. Ein wesentliches Merkmal von Bipolaren Störungen ist die Vollremission nach Abklingen einer akuten Episode. Gerade nach einer ersten Episode ist es für Betroffene und ihre Angehörigen schwer vorstellbar, dass es jederzeit zu Rückfällen kommen kann, ohne entsprechende Behandlung sogar äußerst wahrscheinlich kommen wird. Kritische Lebensereignisse, der Einfluss von Substanzen oder andere externe Faktoren werden von Betroffenen zunächst häufig als Grund dafür angesehen, dass die vergangene (oder abgeklungene) Episode ein einmaliges Ereignis gewesen sein muss und dass es sich wahrscheinlich auch nicht um die gestellte Diagnose, sondern um eine Art Anpassungsstörung handeln müsse. Im therapeutischen Prozess der FFT geht es darum, die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls psychoedukativ zu vermitteln und gemeinsam mit der Familie daran zu arbeiten, wie mit dem Risiko dieser ernst zu nehmenden Erkrankung umgegangen werden könnte.

Behandlungsprinzip 3: Betroffene und ihre Angehörige bei der Akzeptanz für stimmungsstabilisierende Medikation unterstützen. Während David Miklowitz an dieser Stelle formuliert, dass die FFT die Abhängigkeit von bzw. das Angewiesensein auf stimmungsstabilisierende Medikation vermitteln sollte, favorisieren wir eine etwas neutralere Variante. Es ist aus unserer Sicht wichtig, Betroffenen und ihren Angehörigen klar zu vermitteln, dass aus evidenzbasierter Perspektive eine langfristige Stabilisierung ohne Medikation kaum erfolgsversprechend ist. Bei einem längeren Krankheitsverlauf sollte gemeinsam erarbeitet werden, wie Rückfälle mit der Unterbrechung oder Reduktion von stimmungsstabilisierender Medikation in Zusammenhang gestanden haben könnten. Dennoch ist es aus unserer Sicht eine genuin psychotherapeutische Aufgabe, die Autonomie von Betroffenen zu stärken und sie zu einer informierten Entscheidung zu befähigen. Insbesondere würden wir die Durchführung einer FFT nicht an die durchgängige Einnahme von Psychopharmaka als Bedingung knüpfen. Sehr wohl drängen wir für den Fall einer gewünschten Medikationspause oder Reduktion auf eine psychiatrische Mitbehandlung, wie von der Psychotherapierichtlinie auch vorgesehen. Dies könnte etwa in Form von regelmäßigen, psychiatrischen »Check-ups« geschehen, welche auch ohne die Einnahme von Medikation als dauerhafte Bedingung für FFT verlangt werden können.

Behandlungsprinzip 4: Betroffene und ihre Angehörige bei der Unterscheidung zwischen bipolaren Symptomen und der Persönlichkeit des Betroffenen unterstützen. Akute Psychopathologie und Eigenschaften der Persönlichkeit und des Temperaments sind nicht immer einfach voneinander zu trennen. Insbesondere deswegen nicht, da Betroffene einer Bipolaren Störung in vielen Fällen zylothyme oder hyperthyme Temperamentsausprägungen und erhöhte Impulsivitätswerte zeigen. Je häufiger bipolar Betroffene von akuten Episoden betroffen sind, desto schwerer fällt es ihnen oft, beginnende Symptome vom normalen Auf und Ab im Zuge ihres Temperaments zu unterscheiden. Nicht jede Schwermut ist jedoch der Beginn einer klinischen Depression und nicht jede impulsive Handlung oder überschäumende Verliebtheit eine beginnende Manie. Es ist für alle bipolar Betroffenen ein Langzeitprojekt herauszufinden, wie sie sich an dieser Stelle gut einschätzen und vertrauen können. In der Kommunikation mit Angehörigen dürfen sie zugleich einüben, sich bei überfürsorglichen oder überkritischen Kommentaren gut abzugrenzen und andererseits offen für Rückmeldungen zu sein, die sich auf die Unterscheidung von Symptomen und Persönlichkeit beziehen.

Behandlungsprinzip 5: Betroffene und ihre Angehörige beim Umgang mit Stressoren und Lebensereignissen, die Rückfälle auslösen können, unterstützen. Die FFT vermittelt, wie viele andere moderne Psychotherapieverfahren und -methoden, ein Vulnerabilitäts-Stress-Modell und verknüpft damit für Betroffene und ihre Angehörigen die Aufgabe, sich damit auseinanderzusetzen, wie der Umgang mit individuellen und systemischen Stressoren günstig beeinflusst werden kann. FFT betont dabei die Verantwortung, die alle im familiären System dafür tragen, dass Kommunikation gelingt und Probleme (wieder) besser gelöst werden können. Für Betroffene ist damit die Botschaft verbunden, dass sie nicht allein verantwortlich dafür sind, wie sich der weitere Verlauf ihrer Erkrankung gestaltet.

Behandlungsprinzip 6: Betroffene und ihre Angehörige bei der Reetablierung von erfüllten und funktionalen Beziehungen unterstützen. FFT wendet Techniken an, um einfache und klare Strategien zur verbesserten Kommunikation zu vermitteln. Es ist wichtig als Therapeut:in dabei zu vermitteln, dass mit dem »kleinen Einmaleins« von gelungener Interaktion häufig größere und schnellere Erfolge erzielt werden können, als mit komplizierten Paar- und Familienberatungsprozessen. Dabei gilt der ressourcenorientierte Grundsatz, dass die Familie nicht für die Störung verantwortlich ist, sondern dass auch gut adaptierte familiäre Systeme durch das Auftreten einer Bipolaren Störung nahezu zwangsläufig aus dem Gleichgewicht gebracht werden und lediglich Unterstützung dabei brauchen, wieder in einen gut adaptierten Zustand zurückzufinden.

Die handlungsleitenden Therapieprinzipien für FFT begleiten wie eine Grundhaltung die gesamte Therapie. Für das Planen (Kap. 9) und Abschließen (Kap. 17) der Therapie sowie das Evaluieren des Therapieerfolges (Kap. 9) wurden basierend auf den Behandlungsprinzipien folgende vier Therapieziele abgeleitet (Kap. 10):

- (1) Reduktion innerer familiärer Spannungen
- (2) Verbesserung innerfamiliärer Kommunikation
- (3) Entwicklung von Verständnis und Akzeptanz für die psychische Erkrankung
- (4) Entwicklung von Problemlösestrategien zum produktiven Umgang mit innerfamiliären Konflikten.

2 Verlauf und Symptomatik Bipolarer Störungen

- 2.1 Erkrankungsverständnis des Behandelnden
- 2.2 Störungsverlauf über die Lebensspanne
- 2.3 Symptomatik der akuten Episoden
- 2.4 Suizidalität

2.1 Erkrankungsverständnis des Behandelnden

Ein Verständnis der Symptomatik akuter Episoden und des Langzeitverlaufs Bipolarer Störungen ist wichtig, um als Therapeut:in ein hilfreiches Gegenüber für bipolar Betroffene zu sein. Es ist zudem empfehlenswert, sich eine Vorstellung von der Wucht der Symptomatik schwerer Depressionen, hypomaner und manischer Episoden bis hin zu psychotischer Dekompensation machen zu können. Das Verständnis für dadurch ausgelöste Scham- und Schuldgefühle der Betroffenen sowie für Sorgen, Hilflosigkeit und Wut aufseiten der Angehörigen ist eine gute Voraussetzung, um die Kommunikationsprobleme vieler familiärer Systeme nach einer akuten Episode zu erfassen.

Therapeutisches Erleben bipolarer Symptomatik

Bei der Anwendung der FFT sind therapeutische Erfahrungen z. B. aus der Akutpsychiatrie im Umgang mit schwer manischen, depressiven, suizidalen und psychotischen Menschen hilfreich. Im besten Fall konnten diese vermitteln, dass es auch in sich krisenhaft zuspitzenden Situationen Spielraum für eine wertschätzende und möglichst zwangsfreie Kommunikation geben kann. Zugleich vermittelt die professionelle Begleitung von akut erkrankten bipolar Betroffenen auch den Respekt davor, was es bedeutet, diese Erfahrungen in das Leben »danach« zu integrieren. Schließlich ist die Entwicklung eines feinen Sensoriums für wiederaufflammende manische oder depressive Symptome im Sinne von Frühwarnzeichen ein wichtiges Ziel der Therapie. Therapeut:innen können hier ein Modell für eine achtsam-fürsorgliche Haltung sein, ohne in eine ängstlich oder feindselig kontrollierende Kommunikation einerseits oder in einen vermeidenden oder verleugnenden Umgang andererseits abzugleiten. Das Management von Stimmungsschwankungen und Veränderungen in Antrieb oder Schlaf-Wach-Rhythmus kann so wiederholt zum Thema der gemeinsamen, therapeutischen Arbeit werden.

Praktische Vertiefung

Für eine vertiefte Beschäftigung mit den diversen Erscheinungsformen von Bipolarität und ihren Auswirkungen auf die interpersonellen Beziehungen ist der Besuch von trialogischen Veranstaltungen und Seminaren nachdrücklich zu empfehlen. Das Zuhören und die Kommunikation auf Augenhöhe außerhalb eines therapeutischen Kontextes ist

unserer Ansicht nach das beste (systemische) Training, um bipolar Betroffene und ihre Angehörigen zu verstehen.

2.2 Störungsverlauf über die Lebensspanne

In diesem Abschnitt werden einige wesentliche Merkmale der akuten Symptomatik und des Langzeitverlaufes Bipolar affektiver Störungen skizziert, die i. d. R. auch Teil der psychoedukativen Arbeit mit der Familie sind. Für weitere theoretische Informationen empfehlen wir, die in den jeweiligen Kapiteln erwähnten Übersichtsartikel und Lehrbücher (Assion et al., 2021; Meyer & Hautzinger, 2013).

Allen bipolar Betroffenen gemeinsam ist die Erfahrung von sich abwechselnden Episoden depressiver und (hypo-)manischer Stimmung. Allerdings ergeben sich vielfältige Unterschiede in Bezug auf die Erstmanifestation, die Schwere, Frequenz und die Dauer der einzelnen Episoden, das Vorhanden- oder Nichtvorhandensein von psychotischen Symptomen, die Wiedergewinnung von Lebensqualität sowie der sozialen und kognitiven Funktionsfähigkeit in den Phasen zwischen den Episoden. Nicht zuletzt vermischt sich die individuelle Biografie, Persönlichkeit und das Temperament mit dem Erscheinungsbild »Bipolarität«. Vor dem individualisierten und kontextbezogenen Verständnis des Auftretens bipolarer Episoden bei den Betroffenen und ihrem System ist es jedoch zunächst hilfreich, die krankheitsspezifischen Differenzierungen zu betrachten.

Subtypen einer Bipolaren Störung

Eine erste Unterscheidung bezieht sich auf den Ausprägungsgrad der akuten Episoden und mündet in die Einteilung in Bipolar-I-, Bipolar-II-Störung und Zykllothymie. Eine Darstellung dieser Subtypen in Form von prototypischen Verlaufskurven zeigt Abbildung 2.1.

Die Bipolar-I-Störung beschreibt dabei einen Krankheitsverlauf, in dem sich ausgeprägte depressive mit ausgeprägten manischen Phasen abwechseln. Im Gegensatz dazu sind bei Patient:innen mit einer Bipolar-II-Störung neben ausgeprägten depressiven Phasen »lediglich« hypomane Phasen eruierbar. Hypomane Phasen unterscheiden sich von manischen Phasen im Wesentlichen dadurch, dass die Schwere der (im Prinzip identischen) Symptome nicht ausreicht, um einen Funktionsverlust zu bewirken. Häufig ist es im Gegenteil sogar so, dass sich hypomane Menschen besonders funktionsfähig und selbstwirksam fühlen und diesem Zustand daher selbst im Nachhinein häufig keinen Krankheitswert beimessen. Eine Bipolar-II-Störung kann im Verlauf in eine Bipolar-I Störung übergehen (Stamm & Bauer, 2021). Zykllothyme Störungen sind Erkrankungen aus dem sog. »bipolaren Spektrum«, die die Kriterien für eine Bipolar-I- oder Bipolar-II-Erkrankung nicht erfüllen. Die Betroffenen berichten von einer oft durchgängigen Instabilität der Stimmung mit depressiven und hypomanen Anteilen, ohne dass es dabei zu langanhaltenden oder die Funktionsfähigkeit schwer beeinträchtigenden Episoden kommt.

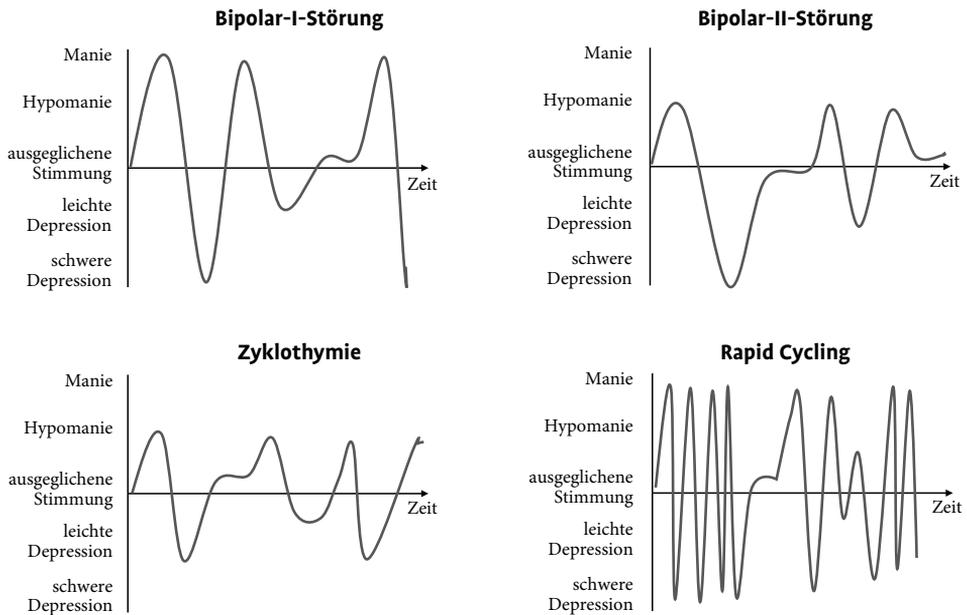


Abbildung 2.1 Subtypen der Bipolaren Störung mit prototypischen Verlaufskurven

Diagnostischer Prozess

Für die Einschätzung des Vorliegens einer Bipolaren Störung ist die Erfassung der aktuellen Psychopathologie im Querschnitt nicht ausreichend. Vielmehr ist eine Anamnese mit Erhebung des Langzeitverlaufes von Grundstimmung, Antrieb und Schlaf im diagnostischen Prozess unabdingbar. Neben den standardisierten Interviewleitfäden für die diagnostischen Manuale (DSM-5, ICD-11) ist bei Verdacht auf eine Bipolare Störung vor allem die sog. Life Chart Methode (LCM) empfohlen (Leverich & Post, 1998), die retrospektiv (in Monatsabschnitten) und prospektiv (täglich) Einschätzungen der genannten Hauptsymptome möglich macht. Es wird hierzu eine Stimmungskurve verschriftlicht. Die LCM kann zudem mit der gleichzeitigen Erhebung von Schlafmustern, Medikamenten, Alkohol, etwaigem Substanzkonsum und täglicher Stressbelastung wichtige Informationen über verhaltens- und umgebungsbezogene Einflüsse auf Stimmung und Antrieb liefern und ist damit bereits ein wichtiger Einstieg in das psychoedukative Arbeiten (Kap. 10). Für den diagnostischen Prozess ist zudem der Einbezug von Angehörigen häufig eine wichtige Informationsquelle, vor allem zur Detektion hypomaner Phasen. Angehörige haben häufig ein feines Gespür für diskretere Stimmungs- und Energieveränderungen und können daher die Diagnose einer Bipolaren Störung erleichtern (Kap. 9). Schließlich sind in den vergangenen Jahren hilfreiche Selbstbeurteilungsinstrumente, wie der Mood Disorder Questionnaire (MDQ; Hirschfeld, 2002) und die Hypomania Checklist (HCL-32; Angst et al., 2005) entwickelt worden, die mit zufriedenstellender Sensitivität und Spezifität die Diagnose einer Bipolar affektiven Störung auch in der Selbsteinschätzung durch Betroffene erleichtern.

Prädominante Polarität

Als weitere Subtypisierung hat sich in den vergangenen Jahren die Beschreibung der Sequenz manischer und depressiver Episoden durch die sog. prädominante Polarität etabliert. Dieses Konzept beschreibt das Verhältnis von depressiven (D) zu manischen (M) oder hypomanen (m) Phasen und kann bei einzelnen Betroffenen ganz unterschiedlich ausgeprägt sein (z. B. MDMD; DDDDDm; MmDMmMD). Allerdings zeigt eine deutliche Mehrheit von Patient:innen mit Bipolar-II-Störung eine ausgeprägte depressive prädominante Polarität. Bei Patient:innen mit Bipolar-I-Störung gibt es hingegen eine signifikant größere Gruppe von Betroffenen mit prädominant manischer Polarität (Sentissi et al., 2019).

Langzeitverlauf

Selbststigmatisierung durch Diagnosestellung. Vor allem junge Betroffene haben meist keine Vorstellung davon, wie sich eine Bipolar affektive Störung im Laufe des Lebens entwickeln kann. Die Botschaft, dass mit dieser Diagnose eine Erkrankung verknüpft ist, die mit hoher Wahrscheinlichkeit für den Rest des Lebens zum Begleiter wird, ist für viele Ersterkrankte kaum in ihr Selbstbild zu integrieren, das im Alter zwischen 15 und 25 Jahren i. d. R. von dem Gefühl der Unbegrenztheit und Drang nach Expansion bestimmt ist. Es ist daher aus der systemischen Therapietradition kommend eine intensive Diskussion darüber entstanden, ob die Vermittlung von Diagnosen, wie Schizophrenie, Bipolare Störungen, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung oder auch Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht vor allem zu einer Selbststigmatisierung führt und Betroffenen Spielraum nimmt, ressourcenorientiert und selbstwirksam mit Veränderungen ihres Erlebens und Verhaltens umzugehen. Ein standardisierter, diagnostischer Prozess kann aus diesem Blickwinkel dazu führen, dass Betroffene auf etwas festgelegt werden, das eventuell mit Chronifizierung, Ausschluss von gesellschaftlicher Teilhabe und persönlichen Defiziten assoziiert ist.

Frühzeitige Behandlungsangebote. Aus der jahrelangen Arbeit in der Früherkennung von affektiven und schizophrenen Erkrankungen und der Begleitung von Adoleszenten und jungen Erwachsenen steht für uns jedoch die Erfahrung im Vordergrund, dass Betroffene trotz erheblicher Symptome und Funktionseinschränkungen häufig viel zu lange nach einer effektiven Unterstützung suchen. Diese wertvolle Zeit geht für eine wirksame Behandlung verloren. Unter wirksamer Behandlung verstehen wir ausdrücklich *nicht* unbedingt eine sofortige oder alleinige medikamentöse Behandlung, sondern alle hilfreichen Angebote, die für Ersterkrankte zur Verfügung stehen. Mit der Botschaft, dass unter Einbeziehung der jeweiligen Lebenswirklichkeit und damit Aufbrechen der klassischen Versorgung (Abschn. 7.3) die Prognose einer bipolaren Erkrankung deutlich verbessert werden kann (Miklowitz, 2006; Meyer & Hautzinger, 2012), ist auch die Herausforderung verbunden, Betroffene darüber aufzuklären, wie ihre Erkrankung ohne Behandlung verlaufen könnte bzw. was aufgrund von epidemiologischer Forschung über den Langzeitverlauf manisch-depressiver Erkrankungen bekannt ist. Es lohnt sich also, sich und den Betroffenen einen Überblick über den möglichen Verlauf Bipolarer Störungen über die Lebensspanne zu verschaffen.

Bipolare Störungen über die Lebensspanne. Bipolare Erkrankungen manifestieren sich aufgrund von biologischen und psychosozialen Stressoren meist bereits in der Adoleszenz bzw. dem jungen Erwachsenenalter und weisen i. d. R. einen rezidivierenden Verlauf über die gesamte Lebensspanne auf. Unterschiedlich lange Phasen von Stabilität wechseln sich dabei mit (hypo-)manischen und depressiven Rückfällen ab. Das Auftreten einer einzigen manischen Episode zeigt bereits mit einer nahezu 100-prozentigen Wahrscheinlichkeit an, dass weitere Episoden im Laufe des Lebens folgen werden. Auslöser können positive wie negative psychosoziale Stressoren (z. B. Verliebtheit, Schulabschluss, Geburt eines Kindes, Umzug, Trennung, Verlust eines Angehörigen), Störungen des Schlaf-wach-Rhythmus (z. B. Jetlag nach Flugreisen, ausgedehntes Feiern, Zeitumstellung), virale Infektionen oder medizinische Behandlungen (z. B. Cortisonbehandlung und andere immunmodulierende Medikamente) sein, also unterschiedliche Faktoren, die nicht (durchgängig) kontrollierbar oder ausschließbar sind. Lebensstiländerungen, medikamentöse und psychosoziale Behandlungen senken jedoch das Rückfallrisiko. Bei einem signifikanten Anteil der Betroffenen kann es nach dem Auftreten von vielen Rezidiven zu einem chronifizierten Krankheitsverlauf und einer deutlichen Einschränkung des sozialen Funktionsniveaus kommen (Vieta et al., 2018). Vor allem dadurch entsteht ein hohes Risiko, an der Erkrankung durch Suizid zu versterben (Pompili et al., 2013). Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass ungünstige Verläufe meist mit dem Umgang und der Behandlung der Erkrankung in den frühen Jahren nach der Erstmanifestation zusammenhängen.

Stadienmodell

Die Idee, man könne Bipolare Störungen wie andere Erkrankungen in abgrenzbare Stadien einteilen, hat in den vergangenen Jahren zunehmend zu einer differenzierteren Beschäftigung mit der Erkrankung geführt. Daraus hat sich ein Stadienmodell (Staging-Modell, Abb. 2.2) entwickelt, das zunächst in der Forschung, inzwischen aber auch zunehmend in der klinischen Versorgung an Bedeutung gewinnt. Dieses Modell beschreibt Bipolarität über die Lebensspanne als eine Erkrankung mit subklinischen Vorstufen bis, im ungünstigen Verlaufsfall, chronischen Spätstufen. Im Einzelnen werden dabei folgende Stadien beschrieben: asymptomatisches Stadium (Stadium 0), prodromales Stadium mit Niedrig- (Stadium 1a) bis Hochrisikoprofil (Stadium 1b), eine Erstmanifestation (Stadium 2), Rezidive mit Vollremission (Stadium 3a), multiple Rezidive (Stadium 3b) und schließlich ein mögliches Spätstadium mit Therapieresistenz bzw. persistierenden symptomatischen und funktionellen Defiziten (Stadium 4; Berk et al., 2017).

Diese Stadieneinteilung hat in den vergangenen Jahren die grundlagenorientierte und klinische Forschung geprägt und gezeigt, dass es auf biologischer sowie auf psychologischer Ebene Marker für ein Voranschreiten des Krankheitsprozesses geben könnte. Diskutiert werden dabei entzündungsassoziierte Immunprozesse oder neuroanatomische Veränderungen in bildgebenden Verfahren als biologisch messbare Indikatoren eines jeweiligen Stadiums (Mwangi et al., 2016; Rowland et al., 2018) sowie Veränderungen in Exekutivfunktionen und Einschränkungen psychosozialer Funktionsfähigkeit als psy-

Stadium 0	Asymptomatisch
Stadium 1	Prodromalphase (1a) niedriges Risikoprofil (1b) hohes Risikoprofil
Stadium 2	Erstmanifestation mit Vollbild der Störung
Stadium 3	Rezidivierende Störung (3a) Rezidive mit Vollremission (3b) multiple Rezidive
Stadium 4	Spätstadium mit persistierender Symptomatik und funktionellen Defiziten

Abbildung 2.2 Stadienmodell Bipolarer Störungen

chologische Konstrukte. Für die klinische Arbeit mit bipolar Betroffenen kann dieses Modell hilfreich sein, um erstens informierte Entscheidungen im Rahmen eines partizipativen Dialogs zu fördern und zweitens den Betroffenen und ihren Angehörigen stadienadaptierte, therapeutische Maßnahmen zu empfehlen. In Kapitel 4 zur Psychotherapie bei Bipolaren Störungen soll vertieft auf psychotherapeutische Verfahren eingegangen werden, die je nach Stadium unterschiedliche Therapieziele definieren.

Die Familienfokussierte Therapie ist dabei insbesondere für Betroffene des Stadium 1 und 2 entwickelt und evaluiert worden (Miklowitz & Chung, 2016). Das heißt, dass diese Intervention besonders hilfreich für Betroffene scheint, die erst kürzlich erkrankt sind und noch keine Anzeichen für multiple Rezidive oder funktionelle Einschränkungen zeigen. Inzwischen liegen aber auch Befunde für Patient:innen aus anderen Phasen der Erkrankung vor, die ebenfalls einen ermutigenden Therapieeffekt nahelegen. Eine detailliertere Beschreibung der Evidenz für FFT bezogen auf unterschiedliche Stadien der Bipolaren Störung folgt in Kapitel 6.

Rapid Cycling

Eine Sonderform in einem meist späteren Stadium der Bipolaren Störung wurde mit dem Begriff Rapid Cycling (RC) bezeichnet. Davon spricht man, wenn es bei einem Betroffenen zu häufigen Rückfällen innerhalb kurzer Zeit (definiert als ≥ 4 Episoden / Jahr) kommt. Es stellt mit einer Lebenszeitprävalenz von bis zu 31 % aller Betroffenen einen häufigen Subtyp der bipolaren Erkrankung dar und wird insgesamt als eine ungünstige Verlaufsform angesehen. Betroffene mit RC haben im Vergleich zu Betroffenen ohne RC ein niedrigeres Funktionsniveau, ein erhöhtes Risiko für Suizidalität und insgesamt eine höhere Krankheitslast. Es ist dabei in Diskussion, ob es sich bei RC um einen distinkten Typ der Bipolaren Störung oder ein, bei einzelnen Betroffenen nur vorübergehend auftretendes, Verlaufsmerkmal handelt. Das Risiko, irgendwann im Verlauf der Bipolaren Störung ein RC zu entwickeln, ist mit weiblichem Geschlecht, Schilddrüsenerkrankungen, antidepressiven Vorbehandlungen sowie einem insgesamt schlechteren Ansprechen auf medikamentöse Phasenprophylaxe assoziiert. Es lohnt daher in jedem Fall, sich

mittels LCM einen Überblick über die Episoden und eine eventuelle Beschleunigung oder Verlangsamung der Rückfallfrequenz zu verschaffen, um den Übergang einer Bipolaren Störung in ein RC möglichst rechtzeitig zu erkennen und darauf therapeutisch zu reagieren. Für weiterführende Hinweise zu Charakteristika und therapeutischen Empfehlungen bei RC sei auf folgenden Übersichtsartikel verwiesen (Köhler et al., 2017).

2.3 Symptomatik der akuten Episoden

Zur genaueren Unterscheidung werden die einzelnen möglichen Episoden und deren spezifische Symptomatik genauer betrachtet. Neben den manischen, depressiven und gemischten Episoden werden Episoden mit psychotischen Symptomen betrachtet. Ein umfassendes Episodenverständnis und gute Kenntnisse des Symptompektrums sind für eine sichere klinische Beurteilung relevant und Voraussetzung für die Ableitung einer hilfreichen Behandlungsstrategie.

Manische Episoden

Hauptsymptome der (Hypo-)Manie sind gehobene und/oder gereizte Stimmung und gesteigerte Energie. Begleitet werden diese Hauptsymptome von verstärktem Rededrang, ungewöhnlichen neuen Ideen bis hin zu überwertigen Größenideen und Größenwahn, verstärkter Libido und Hypersexualität, risikoaffinem und grenzüberschreitendem, möglicherweise aggressivem Verhalten und einem deutlich reduzierten Schlafbedürfnis. Bei der Hypomanie sind die genannten Symptome nur in einem Ausmaß vorhanden, das nicht automatisch eine soziale Funktionsbeeinträchtigung beinhaltet, jedoch vor allem von Angehörigen als eine eindeutige Veränderung im Erleben und Verhalten wahrgenommen wird. Nach ICD-11 ist dabei als Zeitkriterium ein Zeitraum *von einigen Tagen* definiert, an dem diese Symptome nahezu durchgängig vorhanden sein sollten. DSM-5 fordert für die Diagnostik einer Manie mindestens sieben, für die Diagnose einer Hypomanie mindestens vier Tage. Es gibt eine anhaltende Diskussion darüber, wie streng das Zeitkriterium angewendet werden sollte. Da es viele Betroffene mit rezidivierend depressiven Episoden gibt, die hypomane Symptome für weniger als vier Tage, dafür deutlich wahrnehmbar zeigen, steigt die Prävalenz für Bipolare Störungen an, wenn man das Zeitkriterium weniger streng auslegt. In der Forschung ist weitgehend klar, dass Patient:innen mit depressiven Episoden und diskreten oder nur kurz anhaltenden manischen Symptomen ein deutlich erhöhtes Risiko haben, im weiteren Krankheitsverlauf das Vollbild einer Manie und damit einer Bipolaren Störung zu entwickeln.

Depressive Episoden

Die Symptomatik von depressiven Episoden im Rahmen einer Bipolaren Störung unterscheidet sich nicht grundsätzlich von den Episoden anderer depressiver Erkrankungen. Die Betroffenen leiden unter gedrückter Stimmung, einer Verminderung von Antrieb und Energie sowie vermindertem Interesse und Anhedonie. Es kommt zu Schuld- und Minderwertigkeitsgefühlen, verminderter Konzentrationsfähigkeit, psychomotorischer

Hemmung, Appetit- und Libidoverlust, Schlafstörungen und wiederkehrenden Gedanken an den Tod bis hin zu Suizidgedanken. Im Gegensatz zu unipolaren Depressionen kann die depressive Symptomatik jedoch unterbrochen sein von kurzen Phasen von affektiver Aufhellung bis kurz andauernden hypomanen Symptomen, begleitet von kurzzeitiger Antriebssteigerung. Ein weiteres, mögliches Unterscheidungskriterium ist die Geschwindigkeit der Entwicklung von depressiven Symptomen aus dem gesunden Zustand bis hin zum Tiefpunkt der Depression und umgekehrt das Abklingen von depressiven Symptomen. Bipolar Betroffene zeigen eine deutlich raschere Entwicklung der depressiven Symptomatik (einige Stunden bis wenige Tage) im Vergleich zu Patient:innen mit einer unipolar depressiven Erkrankung (Wochen bis Monate; Hegerl et al., 2008).

Insgesamt ist die Zeit, die bipolar Betroffene mit depressiven Symptomen verbringen, im Durchschnitt deutlich größer als die von manischen Symptomen begleitete Lebenszeit: Bei Bipolar-I-Patient:innen beträgt dieses Verhältnis etwa 3:1 (Judd et al., 2002). Bipolar-II-Patient:innen haben aufgrund ihrer deutlich höheren Anzahl von depressiven Episoden sogar im Durchschnitt ein Verhältnis von etwa 40:1 (Judd et al., 2003).

Gemischte Episoden

Es ist eher die Regel als die Ausnahme, dass im Verlauf einer akuten manischen oder depressiven Episode auch Symptome der jeweils anderen Polarität auftreten. Häufig ist dies beim Übergang von einer Episode in die entgegengesetzte der Fall. Zudem gibt es akute Krankheitsepisoden, die nahezu durchgängig durch das gleichzeitige Auftreten von manischen und depressiven Symptomen gekennzeichnet sind. Verschiedene Krankheits- und Klassifikationskonzepte der Bipolaren Störung haben engere oder breitere Kriterien für das Vorliegen einer gemischten Episode definiert. Einen aktuellen Versuch unternimmt das DSM-5, indem es die Zusatzbezeichnung »mit gemischten Merkmalen« als ein zeitgleiches Auftreten von mehr als drei Symptomen einer manischen Episode in einer depressiven Episode und das gleichzeitige Auftreten von mehr als drei Symptomen einer depressiven Episode während einer Manie operationalisiert. Diese pragmatische Definition kann auch im Behandlungsalltag helfen, Betroffene in ihrer volatilen Psychopathologie gut zu erfassen.

Klassischerweise wurde schon vor über hundert Jahren festgestellt, dass Symptome aus den drei psychopathologischen Kategorien Affekt, Antrieb und Kognition bei bipolar Betroffenen nicht immer in die Richtung desgleichen Pols verändert sind. So kann es bei gedrückter Stimmung gleichzeitig zu psychomotorischer Unruhe und Gedankenrasen kommen. Ebenso wie eine euphorische Stimmung von einem eher verminderten Antrieb und Gedankenhemmung begleitet sein kann (Weygandt, 1899). Eine sorgfältige Detektierung von Episoden mit gemischten Merkmalen ist schon allein deswegen bedeutsam, da diese mit einem erhöhten Risiko für Suizidalität assoziiert sind. Die Betroffenen und ihre Angehörigen sollten die komplexe und volatile Psychopathologie der Erkrankung in Form gemischter Episoden verstehen und darauf achten, dass insbesondere während des gleichzeitigen Auftretens von manischen und depressiven Symptomen ausreichend Unterstützung zur Verfügung steht (Marneros & Goodwin, 2004).