

Bipolare Störungen

Wiener Psychoanalytische Akademie

POP 19.-21.4.2024

Victor Blüml

DIAGNOSTIK UND PHÄNOMENOLOGIE

Affektive Störungen

- Depression
 - Einzelne Phasen selten
 - Hohe Rückfallwahrscheinlichkeit
- Manie und Hypomanie
 - Einzelne Phasen selten
- Depressive und Manische Phasen (Bipolar Typ I)
- Depressive und hypomane Phasen (Bipolar Typ II)
- Zykllothymie
- Dysthymie (früher auch neurotische Depression)

Manie - ICD

A	vorherrschend auffällig gehobene, expansive oder gereizte Stimmung in deutlich abnormem Ausmaß > 1 Woche
B	mind. 3 der folgenden Symptome; Symptomatik insgesamt so ausgeprägt, dass sie zu schweren Beeinträchtigungen in der persönlichen Lebensführung führt: <ol style="list-style-type: none">1. Gesteigerte Aktivität, motorische Ruhelosigkeit2. Rededrang, gesteigerte Gesprächigkeit3. Ideenflucht, subjektives Gefühl des Gedankenjagens4. Verlust normaler sozialer Hemmungen → unangemessenes Verhalten5. Schlafbedürfnis vermindert6. Größenideen, überhöhte Selbsteinschätzung7. starke Ablenkbarkeit, Sprunghaftigkeit8. leichtsinniges Verhalten bei Negation von Risiken9. gesteigerte Libido oder sexuelle Taktlosigkeiten
C	mit/ohne psychotische Symptome (Wahn, Halluzination)
D	Ausschluss psychotrope Substanzen oder organische psychische Störung

ICD - Hypomanie

A	gehobene oder gereizte Stimmung in deutlich abnormem Ausmaß > 4 aufeinanderfolgende Tage
B	mind. 3 der folgenden Symptome; Symptomatik insgesamt so ausgeprägt, dass sie zu Beeinträchtigungen in der persönlichen Lebensführung führt: <ol style="list-style-type: none">1. Gesteigerte Aktivität, motorische Ruhelosigkeit2. gesteigerte Gesprächigkeit3. Ablenkbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten4. Schlafbedürfnis vermindert5. gesteigerte Libido6. übertriebene Geldausgaben, leichtsinniges oder verantwortungsloses Verhalten7. gesteigerte Geselligkeit, übermäßige Vertraulichkeit
C	Ausschluss Manie, bipolare Störung, depressive Episode, Zylothymia
D	Ausschluss psychotrope Substanzen oder organische psychische Störung

Bipolare Störungen

- Morbiditätsrisiko für Bipolar I: 0,6-2%
- Ersterkrankungsalter typischerweise zwischen 15. und 30. Lebensjahr
- Keine Geschlechtsunterschiede in der Häufigkeit
- In 5-20% Rapid Cycling
- Erhöhte Mortalität infolge von Suiziden: 15-30%
 - aber auch Unfälle, kardiovaskuläre Erkrankungen

PSYCHOANALYTISCHE PERSPEKTIVEN

Psychoanalyse & Bipolare Störung

- Deutlich weniger Literatur als zu Depression & Schizophrenie
- „In den Mechanismus der Ablösung einer Melancholie durch eine Manie fehlt uns die Einsicht.“ (Freud 1921, S. 123)

Karl Abraham



Phot. Becker & Maass, Berlin W. 9.

DR. KARL ABRAHAM

- Bedeutung der Gefühlsambivalenz und des Sadismus für Entstehen depressiver Zustände
- Manie als kannibalistisch-orale Inkorporation des Objekts zwecks Verleugnung des Objektverlusts
- „Der Maniker verschlingt Wahrnehmungen gierig, und in der Logorrhoe stößt er alles gleich den Fäzes unverzüglich wieder aus.“ (Kipp & Stolzenburg 2000)

Freud - Manie

- Verlust eines narzisstisch gewählten ambivalent besetzten Objektes (wie bei der Melancholie)
- Zusammenfließen des Ich-Ideals (Über-Ich) mit dem Ich, wobei durch die Auflösung des Ich-Ideals im Ich Energie freigesetzt wird, das Selbstgefühl sich bessert und Hemmungen wegfallen
- Ich entzieht sich dem Druck der Realität & Abhängigkeit vom Objekt
- Heißhunger auf neue Objektbesetzungen

Melanie Klein



- Grausamkeit des archaischen Über-Ichs aufgrund der Projektion des eigenen Sadismus
- Depressive Position unerträglich: Abhängigkeit von Objekt und Schuldgefühle wegen angerichteter Schäden können nicht ertragen werden
 - Regression auf paranoid-schizoide Position
 - Allmachtsgefühl und Verleugnung (v.a. der psychischen Realität)

Manische Abwehr



- Allmachtsgefühl/Omnipotenz
- Verleugnung: zunächst der psychischen Realität
- Verächtlichmachung und Entwertung des (Liebes-) Objektes:
 - ‘Es ist doch nicht weiter wichtig’, argumentiert gleichsam das Ich, ‚ob dieses Objekt zerstört wird. Es gibt ja noch so viele andere zum Fressen.’
- Omnipotente Kontrolle und Triumph:
 - „Gleichzeitig bemüht es sich unablässig, alles seine Objekte zu *meistern* und zu *beherrschen*.“
- Bannt Verfolgungs- und Verlustängste und verleugnet Abhängigkeit und Getrenntheit

Manische Wiedergutmachung



- Anerkennung des beschädigten Objekts unerträglich → Bagatellisierung der Schäden, Verachtung des Objekts
- Omnipotente Wiedergutmachung:
 - Magisches Denken
 - Konkretistisch
- Keine genuine, liebevolle Sorge ums Objekt leitend
- Wiedergutmachung muss scheitern / Beschädigung des Objekts nimmt durch Verachtung weiter zu → Umschlagen in Depression → Manisch-depressiver-Kreislauf

Manie

- Omnipotenter Triumph über Objekte (Über-Ich, Therapeut).
- Identifiziert mit omnipotentem (phallischen) Objekt
- Kein Behandlungswunsch
- Verleugnung jeglicher Abhängigkeit und Unterlegenheit

Therapeutische Überlegungen

- Kombinationstherapie Phasenprophylaktika + Psychotherapie
- Zusammenarbeit mit stationären Einrichtungen oft notwendig
- Stellenwert für Psychoedukation und Angehörigenarbeit

Psychoanalytische Therapien

- Nur wenige (erfolgreiche) psychoanalytische Fallberichte
- Abraham:
 - Pionier
 - Therapie im Intervall
- Jackson:
 - Angst, Therapeuten mit eigener omnipotenter Aggression zu vernichten.
 - „Tests“ des Behandlungssettings, oft per Projektion oder Agieren.
 - Innere Arbeit des Therapeuten entscheidend: Lösung von omnipotenten PI, Wiederherstellung der Denkfähigkeit.
 - Rolle des destruktiven Narzissmus
 - Negative therapeutische Reaktion