

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

MANIE

Teil 1: Definition – Ursachen – Auslöser – Verlauf – Persönlichkeitsstruktur

Seelische Krankheiten nehmen zu. Das gilt sowohl für die Zahl als auch das offenbar immer schwerer fassbare Leidensbild. Eines bereitete aber schon immer Probleme, was das rechtzeitige Erkennen und dann vor allem gezielte Behandeln, zumindest aber korrigierende Steuern betrifft. Gemeint ist die Manie. Es dürfte kaum eine psychische Erkrankung geben, die so viel Verwirrung stiftet, von den psychosozialen, ja wirtschaftlichen und überhaupt fast allen möglichen Negativ-Folgen zu schweigen. Dabei gibt es gerade hier erstaunlich wenig Untersuchungen und besonders für den Alltag hilfreiche Erkenntnisse, Handlungsempfehlungen und vorbeugende Maßnahmen.

Nachfolgend deshalb eine längere Serie zu dieser psychische Störung, deren 1. Teil folgende Themen behandelt: Begriff, Klassifikation, Häufigkeit, Alter, Geschlecht, Zivilstand, soziale Fragen, Ursachen, auslösende Faktoren, Verlauf, d. h. Beginn, Dauer und Ende einer manischen Episode etc. Dazu weitere Aspekte wie Risikofaktoren, jahreszeitliche Schwerpunkte, freie Intervalle, schnelle Phasenwechsler, Syndrom-Umschwung u. a. Ferner die Frage der erblichen Belastung sowie biologische Belastungen von der Genetik über exogene Faktoren bis zu neurochemischen Erkenntnissen, besonders was die Neurotransmitter (Botenstoffe) betrifft, aber auch pathologisch-anatomische Hypothesen usf. Schließlich ein Phänomen, das besonders interessiert, wenngleich auch besonders schwer konkretisierbar ist. Gemeint ist die Frage: Gibt es eine charakteristische Persönlichkeit? Tatsächlich hat die Persönlichkeitsforschung hier eine Reihe von Erkenntnissen erarbeitet, die im Alltag ggf. weiterhelfen können. Man darf sie nur nicht verallgemeinern, vor allem was Partnerbeziehung, familiäres und verwandtschaftliches Umfeld, insbesondere aber

auch berufliche Faktoren betrifft. Ein informierter Kenntnisstand kann aber nicht schaden, vor allem was die vom näheren und weiteren Umfeld geforderten Eigenschaften „Verständnis, Geduld und überhaupt nervliche Belastbarkeit“ anbelangt.

Erwähnte Fachbegriffe:

Manie – Geschichte der Manie – manische Aussage – Begriff Manie – Klassifikation der Manie – manisch-depressive Störung – Ätiologie der Manie – Krankheitsursachen der Manie – affektive Psychose – Affektpsychose – „Geisteskrankheit“ – „Gemütskrankheit“ – manische Phasen – manische Episoden – Häufigkeit manischer Zustände – Manie und Alter – Manie und Geschlecht – Manie und Zivilstand – soziale Aspekte der Manie – Ursachen der Manie – auslösende Faktoren der Manie – Manie und belastende Lebensereignisse – körperliche Faktoren als Manie-Auslöser – antidepressive Therapie als Manie-Auslöser – psychologische Aspekte zur Manie-Auslösung – Arzneimittel-Behandlung und Manie – Verlauf der Manie – Beginn einer manischen Episode – Dauer einer manischen Episode – verschiedene Stadien einer Manie – Zahl manischer Phasen – Rapid cycler (schnelle Phasenwechsler) – Jahreszeit und Manie – Risikofaktoren und Manie – Krankheits-Umschwung – switch – Manie und erbliche Belastung – genetische Aspekte und Manie – Manie und manische Verwandtschaft – biologische Aspekte der Manie – Persönlichkeitsstruktur bei manisch-depressiver Störung – Persönlichkeitsstruktur bei überwiegend manischer Erkrankung – Partnerbeziehung und Manie – Umfeld und Manie – Typus melancholicus – Typus manicus – u. a. m.

ALLGEMEINE ASPEKTE

Die Depression ist in aller Munde, von der *Manie* hört man kaum etwas. Und das, obgleich dieses Krankheitsbild subjektiv zwar weniger quälend, für Patient und Umgebung jedoch ungleich belastender ausfallen kann als die Mehrzahl psychischer Leiden. Das hat mehrere Gründe, die vor allem mit den psychosozialen Besonderheiten und gesellschaftlichen Folgen dieser Krankheit, ja sogar in gewisser Hinsicht mit manchen Eigenheiten unseres Zeitalters zusammenhängen.

Nachfolgend deshalb eine etwas ausführlichere Darstellung in mehreren Folgen in Ergänzung zur bereits vorliegenden komprimierten Übersicht in dieser Serie:

Die Manie ist so alt wie die Menschheit, in weniger ausgeprägter Form durchaus nicht selten und in ihren zwischenmenschlichen, beruflichen und wirtschaftlichen Konsequenzen folgenschwer bis verheerend. Gemessen an den für die Betroffenen und ihre Angehörigen schwerwiegenden Konsequenzen, gibt es noch immer erstaunlich wenige Untersuchungen zu diesem Krankheitsbild. Ein Grund besteht darin, dass die meisten manischen und vor allem maniformen (leicht manischen) Zustandsbilder keinen Arzt, geschweige denn eine Fachklinik je erreichen. Zwar lassen sich die charakteristischen Krankheitszeichen gegenüber anderen psychiatrischen Krankheitsbildern gut abgrenzen. Auch bestehen bezüglich Beschwerde- und Krankheitsbild bemerkenswert wenig Meinungsverschiedenheiten. Doch trotz dieser eigentlich günstigen Bedingungen wird die Diagnose häufig verfehlt. Zum einen erweist sich im Alltag die Psychopathologie, also die Lehre von den krankhaften Veränderungen des Seelenlebens, als weitaus komplizierter und vielschichtiger, als man vermutet (Einzelheiten siehe die entsprechende Psychopathologie-Dokumentation in dieser Serie). Zum anderen sind „reine“ manische Zustandsbilder eher die Ausnahme, atypische Verläufe häufig. So ist die Manie letztlich doch verhängnisvoll schwierig zu erkennen und wird - trotz guter Therapiemöglichkeiten - in der Mehrzahl der Fälle wohl kaum adäquat behandelt.

Auch wissenschaftlich hat die Manie viel weniger Interesse erfahren als z. B. die „Melancholie“. Deshalb verschwand sie in manchen Ländern zeitweise fast ganz aus der psychiatrischen Statistik. Selbst heute gibt es bei weitergehender Übereinstimmung kein befriedigendes Manie-Konzept, das allgemeine Zustimmung finden würde. Im Gegenteil: Die weltweit ton-angebenden Institutionen haben die Manie als klassifikatorisch eigenständiges Phänomen aus ihren klinisch-diagnostischen Leitlinien herausgenommen. Das gilt sowohl für die 5. Auflage des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen - DSM-5[®] der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) als auch der noch nicht offiziell verabschiedeten 11. Auflage der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen - ICD-11 der Weltgesundheitsorganisation (WHO). In beiden, ja allgemein für Forschung, Lehre und Alltag verpflichtenden Institutionen (was vor allem für die ICD gilt) wurde die Manie als Diagnose aufgegeben und jegliche manische Störung als bipolar (manisch-depressiv) eingestuft. Dabei gibt es durchaus und seit langem entsprechende Daten, die auch auf eine Selbständigkeit der Manie, also ohne Depression, hinweisen. Hier hat die Forschung allerdings noch viel aufzuholen (J. Angst, 2019), was allerdings auch nicht einfach ist. Denn das Krankheitsbild, so folgenschwer es sich auswirken mag, ist letztlich wohl nicht so selten, wie man annehmen möchte, auf jeden Fall aber schwer und insbesondere rechtzeitig fachärztlich zu diagnostizieren.

Angesichts dieser Situation ist es wichtig, das manische Zustandsbild immer wieder in Erinnerung zu rufen, um es schon im Vorfeld zu erkennen. Und um rechtzeitig einzuschreiten. Denn gerät eine Manie erst einmal „in Fahrt“, ist sie nur schwer zu bremsen. Dann pflügt sie eine breite Spur von Peinlichkeiten, Zerwürfnissen und finanziellen Einbußen zu hinterlassen, die sich - wenn überhaupt - so schnell nicht mehr korrigieren lassen.

Die manische Aussage

Vor allem gilt es trotz aller Auswüchse hinter jeder Manie etwas zu erkennen und zu respektieren, was die Ärzte als „manische Aussage“ bezeichnen. Das heißt, der Betroffene hat sich irgendwie „festgefahren“ (Zitat): partnerschaftlich, familiär, finanziell, beruflich usw. Das versucht er nun auf zwar unmögliche, wenn nicht skandalöse Weise zu lösen oder wenigstens allen klarzumachen. Doch der Hintergrund ist und bleibt eine große, für den Patienten offensichtlich durch nichts anderes zu lindernde Not. Und dies zu erkennen oder zu akzeptieren ist natürlich schwer, besonders wenn man selber in ärgerlicher Weise davon betroffen ist.

Andererseits: Wenn man die Nerven hat (und die sind das erste, die es bei einer manischen Hochstimmung die Umgebung kostet) und sich die Zeit nimmt (wozu man sich gerade bei einer Manie am wenigsten verpflichtet fühlt), dann kann man tatsächlich in der manischen Redewut, ja selbst in den „Verrücktheiten“ die immer gleichen Probleme erkennen. Manchmal ist es nur eine Schwierigkeit, manchmal sind es mehrere, stets aber mehr oder weniger verwandte Kümernisse, Sorgen, Kränkungen, Demütigungen, Enttäuschungen, Frustrationen, Versagungen, Schicksalsschläge usw. Auf jeden Fall sind sie zum unüberwindbaren Kernproblem des Manikers geworden und sollen nun gleichsam „mit der Brechstange gelöst werden“ (Zitat).

Leider achtet man viel zu selten auf diese wichtigen psychologischen, insbesondere psychosozialen Feinheiten, nicht zuletzt deshalb, weil einem der Maniker mit seinen ständig wechselnden Attacken auch kaum Zeit dazu lässt. Doch wer einmal gelernt hat nach den Hintergründen eines manischen Ausbruchs zu fahnden, in dem er z. B. versucht den Redeschwall, ja die Risiken, Zumutungen, ja Verrücktheiten oder gar Katastrophen nüchtern zu analysieren, der findet auch leichter seinen Zugang zu diesen Kranken ohne Krankheitseinsicht. Und um diesen Verständnis-Zugang geht es ja, will man dem Betroffenen helfen und ihn nicht demütigen, strafen oder besiegen. Darüber später mehr. Zuvor aber neben den wichtigsten Fakten die Stellungnahme eines „alten Kliniklers“ zu diesem Thema:

Das Phänomen *Manie*

Wenn man sich seit Jahrzehnten klinisch wie wissenschaftlich mit affektiven Störungen beschäftigt und auch um die entsprechende Fachliteratur bemüht hat, dann fällt einem nach wie vor ein sonderbares Phänomen auf:

Depressionen nehmen eine zentrale Stellung ein, ihr Gegenpart: die Manie, bleibt fast unerwähnt. Natürlich sind Depressionen häufiger, qualvoller und vor allem lebensgefährlich. Aber sind manische Episoden, die ja oft mit depressiven Phasen im Rahmen einer manisch-depressiven Erkrankung verbunden sind, tatsächlich so selten, besonders wenn man die leichteren Stimmungshochs mit einrechnet? Und wenn die Manie auch nicht mit Suizidgefahr einhergeht, so kann sie doch weit größeres Unheil im partnerschaftlichen, familiären, nachbarschaftlichen und beruflichen Bereich anrichten als die Mehrzahl aller anderen seelischen Störungen zusammen. Und das in vergleichsweise kurzer Zeit und mit hoher Rückfallgefahr.

Deshalb sei die bisher ungeklärte Frage wiederholt: Wie ist es möglich, dass ein solches, oft so verheerendes Leiden ein so geringes wissenschaftliches und damit publizistisches Interesse auslöst? Und das weltweit, obgleich in den USA und in Großbritannien deutlich mehr darüber geforscht, geschrieben und damit möglicherweise auch therapeutisch mehr getan wird als bei uns. Manchmal hat man wirklich den Eindruck, als umgebe die Manie eine Mauer des Schweigens.

Das beginnt schon mit den psychiatrischen Lehrbüchern, der Grundlage psychiatrischer Aus- und Weiterbildung. Die besten Lehrbuch-Schilderungen liegen hundert Jahre und mehr zurück. Danach ist in den ja zahlreichen psychiatrischen Werken erstaunlich wenig zu finden, was zum Thema der krankhaften Hochstimmung für den Alltag in Klinik und Praxis konkret weiterhilft.

Genauso verhält es sich mit der wissenschaftlichen Literatur. Wenn es nicht die pharmakologischen Untersuchungen und Publikationen über Lithiumsalze und andere Rückfall-Prophylaktika gäbe, die sich mit der medikamentösen Therapie des manischen Syndroms beschäftigen, es sähe hier noch trostloser aus. Es ist nicht übertrieben zu behaupten, dass die neuere deutschsprachige Fachliteratur über einige Dutzend wegweisender Manie-Publikationen nicht hinausgekommen ist. Hieraus könnte man zwei Schlussfolgerungen ziehen: 1. die Manie gibt es in Wirklichkeit kaum und/oder 2. die Manie interessiert niemanden. Was ist daran richtig?

Dass es die Manie kaum gibt, kann man schwerlich behaupten. In jenen Ländern, in denen man sich wissenschaftlich eher um sie bemüht, ist sie sehr wohl deutlich vorhanden. Und das gilt auch für den deutschsprachigen Bereich.

Zwei Aspekte sind allerdings bedeutsam: Zum einen fällt das manische Syndrom nur selten in extremer Form auf, jedenfalls was die reine krankhafte Hochstimmung anbelangt. Etwas anderes ist die offenbar zunehmende Vermischung mit schizophrenen Symptomen in Form einer schizoaffektiven Psychose. Doch die „reine Manie“, die in ihrer Extremform durchaus für Schlagzeilen sorgen könnte (es in Wirklichkeit aber tatsächlich kaum tut), stellt ein zwar spektakuläres, aber seltenes Phänomen dar - scheinbar.

Es muss jedoch zur Extremform gar nicht kommen, um Ärgerlichkeiten, Kränkungen, Kummer, Peinlichkeiten und finanzielle Not auszulösen. Schon mittelschwere manische Syndrome können einen ungeahnten Wirbel auslösen, und selbst leichtere führen zumindest zu Irritation oder gar Befremden. Doch die meisten Betroffenen erkennt man nicht als krank - vor allem in einer Zeit, die das permanente Stimmungs- und Leistungshoch zu ihrem Ideal und damit Lebensziel erklärt. Es gibt also mehr gleichsam larvierte bzw. maskierte manische Hochstimmungen, die nicht (rechtzeitig) als krank erkannt werden, mehr jedenfalls, als man sich bisher vorzustellen wagte.

Nun könnte man es in leichten Fällen darauf beruhen lassen. Ein Stimmungs- und Leistungshoch ist ja in der Tat nichts Verwerfliches, sondern ein Pluspunkt, der einem auch nicht allzu häufig beschert wird. Wenn es sich aber in Wirklichkeit um ein krankhaftes Hoch handelt, dann muss man dafür bezahlen, nicht nur in zwischenmenschlicher oder finanzieller Hinsicht, sondern auch in biologischer. Und das heißt: Das Stimmungs- und Leistungspendel schwingt zurück, oft bis zum depressiven Tief. Hält sich beides in erträglichen Grenzen, kann es sich vielleicht bewältigen lassen. Wiederholt es sich immer wieder und beginnt ernste Ausmaße anzunehmen, wird eine Behandlung notwendig. Doch hier beginnt das zweite Problem.

Schon die überwiegende Zahl depressiv Erkrankter geht nicht zum Arzt, nicht zum Hausarzt, geschweige denn zum Psychiater. Das ist tragisch für den Patienten und seine Angehörigen, weil man heutzutage vieles tun kann - psychotherapeutisch, sozial und medikamentös. Immerhin halten sich die Folgen - vom unnötigen Leid abgesehen - eher in Grenzen und treffen meist nur einen kleineren Kreis. Noch ausgeprägter bei der Manie: Das Problem liegt darin, dass sich ein Mensch in einem krankhaften Stimmungs- und Leistungshoch mit allem beschäftigt, nur nicht mit selbstgrüblerischen Krankheitsvermutungen oder gar dem Gang zum Arzt. Warum auch - war er doch noch nie in so guter Verfassung und noch nie so erfolgreich wie im Augenblick. Denkt man in einem Geschwindigkeits-, Liebes- oder Drogenrausch an die Folgen? Kaum, und so ist es auch im manischen „Rausch“, denn der kann in der Tat alle Rauschformen imitieren. Und so kommt es - naturgegeben, und zwar seit jeher - nur selten zu einer (rechtzeitigen) ärztlichen Konsultation und damit zur Therapie, nicht psycho- und soziotherapeutisch und schon gar nicht medikamentös.

Kommt der Patient aber nicht zum Arzt, nicht in die Praxis und noch seltener in die Klinik, dann geht er auch nicht in die allgemeine ärztliche Erfahrung und damit auch nicht in die Statistik ein, er wird zur Randfigur von Lehre und Forschung. Dies führt dann zu einem völlig verzerrten Bild der Realität. Dabei ist es schon tragisch, dass so viele Betroffene auf eine gezielte Therapie verzichten müssen. Noch folgenschwerer wirkt es sich aus, dass so wenig in der Fachliteratur und damit in den Medien über dieses verhängnisvolle Krankheitsbild berichtet werden kann, weil man dadurch nicht und schon gar nicht rechtzeitig auf dieses aufmerksam wird. Und deshalb fehlt es auch dort, wo man am ehesten darauf aufmerksam werden müsste, nämlich in der Allgemeinheit, an populärmedizinischem Wissen und damit an Früherkennungs-Möglichkeiten. Wären diese besser, könnte zumindest ein Teil der manisch Betroffenen von den Möglichkeiten einer ärztlichen Diagnose und Therapie profitieren, denn - das muss ausdrücklich betont werden - nicht alle Maniker sind völlig uneinsichtig und behandlungsunwillig. Man muss sich im Umgang mit ihnen nur ein wenig geschickter anstellen, als es in den meisten Fällen geschieht. Aber auch das ist wieder eine Frage der Aufklärung und Anleitung und unterstreicht den Teufelskreis, in dem wir uns offenbar befinden.

Angesichts dieser Situation verschafft es einem alten Psychiater richtig Erleichterung, auf eine Serie hinweisen zu dürfen, die zu einem verbesserten Wissensstand in der Allgemeinheit beitragen könnte. Sie ist zwar recht umfangreich, doch bei der Lektüre merkt man auch, warum: Die Manie gehört wahrscheinlich zu jenen seelischen Störungen, die die meisten Lebensbereiche erfassen – und zwar negativ: biologisch, psychisch und sozial. Vor allem im psychosozialen Bereich gibt es fast nichts, das nicht durch eine krankhafte Hochstimmung und ungezügelter Antriebssteigerung aus dem Lot gebracht werden kann: partnerschaftlich, familiär, nachbarschaftlich, beruflich, religiös, ja wissenschaftlich, künstlerisch, politisch etc., wie zahlreiche Beispiele aus dem Alltag belegen.

Deshalb für die nicht-medizinischen Leser eine Empfehlung, schlicht, aber verhängnisvoll selten genutzt, zumal aus der Erfahrung eines alten Psychiatrie-Professors, der im Laufe seiner Arbeit mit so manchen vermeidbaren Irrtümern konfrontiert wurde: Fragen Sie Ihren Arzt lieber einmal mehr als zu wenig. Schildern Sie ihm die Situation mit Ihren Worten, zumeist wohl als Angehöriger, was ja bei der manischen Erkrankung die Regel sein wird. Die manisch Erkrankten selber sind nicht die ersten, die eine fachärztliche Konsultation anstreben; man kann es sich denken. Der Arzt wird Sie beraten und er wird auch, wenn nötig, einen Fachkollegen, einen Psychiater oder Nervenarzt hinzuziehen, um die erforderlichen Konsequenzen bestmöglich gemeinsam zu erarbeiten.

Möge diese Serie einen Beitrag zum rechtzeitigen Erkennen und gezielten Behandeln der manischen Krankheit sein, und - wenn irgend möglich - zum konflikt-freieren Umgang mit manisch Erkrankten im Alltag.

Prof. Dr. med. G. Hole, Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie. Em. Ordinarius für Psychiatrie an der Universität Ulm und ehem. Ärztlicher Direktor der Abteilung Psychiatrie I der Universität Ulm in Ravensburg-Weissenau. Professor Hole gründete an der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel vor rund einem halben Jahrhundert die weltweit erste Depressions-Station zu Forschung und Therapie; später auch die erste in Deutschland im PLK Ravensburg-Weissenau.

Der Begriff Manie

Der Begriff „Manie“ war schon im Altertum bekannt. Mit mania: griechisch = Raserei, Wut, Wahnsinn, aber auch Begeisterung, bezeichnete man ursprünglich alles Außer-sich-Sein, also Ekstase und Entrückung. Im Gegensatz zur eher unverständlichen, fremden und uneinfühlbaren Melancholie sprach man von Manie dann, wenn die Gemütsstörung nachvollziehbar und miterlebbar war. Das ist auch heute noch ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal gegenüber anderen psychischen Erkrankungen, die in einzelnen Bereichen ein ähnliches Beschwerdebild bieten können (s. später).

Zur Klassifikation der Manie

Eine klare Definition des manischen Krankheitsbildes war lange Zeit nicht möglich. Auch im Mittelalter waren die Bedeutungen von Manie und Melancholie verschiedenen Anschauungen unterworfen. Erst Mitte des 19. Jahrhunderts ordnete man der Manie endgültig die eher heitere, der Melancholie die mehr depressive Verstimmung zu und fasste sie zu einer eigenen Krankheitsgruppe zusammen.

Heute umschreibt man die Manie als ein vielschichtiges Syndrom (also eine Gruppe von Krankheitszeichen), das man - im Gegensatz zur Depression mit ihrer „Herabgestimmtheit“ - als krankhafte „Heraufgestimmtheit“ bezeichnen könnte. Charakteristisch ist nicht so sehr die Art, sondern das überbordende Ausmaß und der ständige Wechsel des Gemütslebens.

Ätiologisch (Krankheitsursache) handelt es sich meist um eine affektive Psychose. Eine affektive Psychose oder Affektpsychose ist eine früher so bezeichnete „Geisteskrankheit“ (hier treffender als Gemütskrankheit bezeichnet), bei der eine schwere Störung im affektiven Bereich (Gefühlsstörung, Gemütsstörung) vorliegt: entweder depressive Verstimmungen, Angst, seelisch-

körperliche Hemmung bzw. Erregung, oder aber gehobene Stimmung, gesteigerter Antrieb usw. Vom Beschwerdebild her handelt es sich bei der Manie um das Gegenstück (jedoch nicht unbedingt Spiegelbild) zur Depression.

Manische Phasen oder Episoden gibt es bei folgenden (bedeutungsgleichen bzw. -ähnlichen) Störungen: affektive Psychose oder Affektpsychose (schwere Gemütskrankheit - s. o.); bipolare affektive Störung, bipolare Affektpsychose, manisch-depressive Erkrankung oder manisch-depressive Psychose (die beiden Gefühlspole Manie und Depression wechseln sich mehr oder weniger regelmäßig ab); zirkuläre Depression, zirkuläres Irresein (veraltete Begriffe), Zyklomanie, Zyklomanie (auch hier: manische und depressive Zustände wechseln sich mehr oder wenig regelmäßig ab, drehen sich - wie der Begriff aussagt - gleichsam im Kreis) usw. Es gibt jedoch auch manische oder maniforme/hypomanische/submanische (= weniger ausgeprägte manische) Zustände allein, z. B. aufgrund exogener (äußerer) Faktoren oder körperlicher Erkrankungen, wenngleich seltener oder meist verkannt sowie bei schizophrenen bzw. schizoaffektiven Psychosen (s. später).

Bei den affektiven Psychosen, den früher so genannten Gemütskrankheiten, finden sich am häufigsten Krankheitsbilder, in denen „nur“ mehrere depressive Phasen zu ertragen sind, und zwar ohne manisches Zustandsbild. Danach folgen einmalige depressive sowie variabel abwechselnde manische und depressive Phasen. Eine Rarität ist das Auftreten ausschließlich manischer Phasen. Ähnlich selten scheinen Krankheitsphasen zu sein, bei denen sich manische und depressive Zustände exakt abwechseln. Noch seltener sind einmalige manische Zustände, weshalb die ton-angebenden Institutionen DSM und WHO (s. o.) die eigenständige Diagnose „Manie“ aufgegeben haben und manische Störungen nur noch als bipolar (d. h. manisch oder depressiv abwechselnd) bezeichnen. Allerdings gibt es auch die nicht abwegige Vermutung, dass solche reinen Hochstimmungen in jeglicher Form häufiger vorkommen, wenngleich unerkant. Weitere Einzelheiten siehe die ausführlichen Klassifikations-Hinweise in einem späteren Kapitel.

Schlussfolgerung

Mit *mania* (griech.: Raserei, Wut, Wahnsinn, Begeisterung) bezeichnete man schon früher Ekstase und Entrückung. Eine klare Definition war jedoch lange Zeit nicht möglich. Heute beschreibt man die Manie als krankhafte Hochstimmung. Ursache ist meist eine affektive Psychose („Geisteskrankheit“, hier besser als Gemütskrankheit bezeichnet). Eine solche schwere Gemüts- oder Gefühlsstörung tritt entweder als depressive Verstimmung, Angst, seelisch-körperliche Hemmung/Erregung (= Depression) oder aber als gehobene Stimmung und gesteigerter Antrieb auf (= Manie).

Es gibt aber auch äußere Faktoren oder körperliche Leiden, die eine solche krankhafte Hochstimmung auslösen können - wenngleich meist weniger ausgeprägt (= hypomanisch). Am häufigsten finden sich affektive Psychosen mit nur depressiven Phasen, gefolgt von Gemütskrankheiten mit abwechselnd depressiven und manischen Phasen. Ausschließlich manische Zustände sind selten, weshalb man die Manie als eigenständiges Krankheitsbild auch nicht (mehr) in den international führenden Klassifikationen findet.

EPIDEMIOLOGISCHE ASPEKTE

Häufigkeit

Die *Häufigkeit manischer Zustände* ist schwer zu fassen, sei es im Rahmen einer manisch-depressiven Erkrankung oder Psychose, vor allem aber als manisches Beschwerdebild durch andere Ursachen. Denn eine exakte statistische Erhebung ist in der Regel nur dann möglich, wenn sich der Patient in Behandlung begibt, am besten zur stationären Aufnahme in eine Fachklinik. Das aber ist gerade beim leicht bis mittelschwer manischen Patienten kaum der Fall (und sogar bei der Depression noch immer zu selten). Vor allem werden die leicht manischen (hypomanischen, submanischen, maniformen) Zustände besonders in jungen Jahren oft nicht als krankhaft erkannt oder schamhaft verschwiegen (im höheren Lebensalter übrigens auch).

Gleichwohl schätzt man das *Morbiditäts-Risiko* (also die Wahrscheinlichkeit, dass eine bestimmte Person während ihres Lebens von einer bestimmten Krankheit befallen wird) bei manisch-depressiven Psychosen auf mindestens 0,5 bis 1,5 % der Bevölkerung.

Diese Zahlen, die aber lediglich aus der Erfassung der schwereren Fälle gewonnen wurden, dürften in Wirklichkeit zu niedrig liegen. Bezieht man insbesondere hypomanische Zustände mit ein, ergibt sich eine so genannte *Lebenszeitprävalenz* (Häufigkeit einer Krankheit für den gesamten Lebenszeitraum) von 1,2 bis 3,1 %. Das sind dann aber bereits für Mitteleuropa Millionen Betroffene.

Alter

Entgegen der weitverbreiteten Meinung, dass manisch-depressive Erkrankungen oder Psychosen erst in der Lebensmitte (am häufigsten im 4. Lebensjahrzehnt) beginnen, wurde schon vor mehr als einem halben Jahrhundert festge-

stellt: Die meisten erstmaligen Krankheitsausbrüche häufen sich zwar zwischen 15 und 35 Jahren, am ehesten aber in der gemütsmäßig instabilen Zeit um das 20. bis 30. Lebensjahr.

Allerdings darf man auch hier ein methodisches Problem nicht außer Acht lassen: Statistisch erfassbar sind in der Regel nur jene Fälle, die stationär aufgenommen werden konnten. Gerade die ersten manischen Phasen in jungen Jahren pflegen aber eher atypisch, kurzfristig und von geringerer Ausprägung zu sein. Auch ist in diesem Lebensabschnitt die Toleranzgrenze der Gesellschaft weiter gesteckt („Pubertätskrise“, heute eher „typisch für diese Jugend“ etc.). Und dies selbst bei umtriebiger, distanzloser oder gar aggressiver, ja vielleicht wahnhafter („verrückter“, „crazy“) Färbung.

Man muss also davon ausgehen, dass sich erstmalige leichtere manische Zustände früher äußern, als die Statistik festhalten kann. Nach amerikanischen Schätzungen betrifft dies etwa ein Drittel aller Fälle. Im mittleren Lebensalter wächst dann der Anteil der „klassischen Verlaufsformen“ mit charakteristischem Gepräge. Im höheren Lebensalter finden sich schließlich vermehrt organisch anmutende expansive (provozierende, herausfordernde, streit-, wenn nicht gar angriffslustige), bisweilen alters-paranoide Züge, also eine kräftezehrend-rastlose, bisweilen auch ratlose, gelegentlich sogar verwirrte Umtriebigkeit mit oftmals ausgeprägter Misstrauenshaltung bis hin zum Wahn, wobei das charakteristische Manie-Bild eher verflacht (so genannte „matte Manie“). Einzelheiten s. später.

Letztlich gibt es sowohl erstmalige als auch wiederholte manische Zustände in jedem Lebensalter.

Geschlecht

Bei rein oder überwiegend depressiven Zuständen dominiert das weibliche *Geschlecht* im Verhältnis 2 : 1. Allerdings gibt es Anhaltspunkte, dass der Anteil unbehandelter oder fehldiagnostizierter depressiver Männer doch erheblich größer ist als bisher vermutet (Stichwort: „Männer-Depression“).

Bei manisch-depressiven Verlaufsformen scheinen Männer wie Frauen annähernd gleich betroffen, doch gibt es auch hier unterschiedliche Untersuchungsergebnisse. In der Klinik sieht man gelegentlich mehr manische Frauen als Männer, was jedoch nichts über die reale Häufigkeitsverteilung aussagt. Zwar ist es in keinem Fall einfach, einen manisch Kranken zur stationären Aufnahme zu überreden, doch pflegt dies bei Männern erfahrungsgemäß mehr Probleme aufzuwerfen als bei Frauen. Dies hängt von verschiedenen Faktoren ab wie berufliche und Familienposition, gesellschaftliche Toleranzgrenze, insbesondere was finanzielle, vor allem aber zwischenmenschliche Auseinander-

setzungen und „sexuelle Exzesse“ anbelangt usw. Wahrscheinlich werden manische Frauen einfach öfter stationär eingewiesen (und damit auch rechtzeitig konsequent behandelt!) als männliche Maniker, bei denen dann dieser scheinbare Vorteil auch häufiger zu folgenschweren psychosozialen Nachteilen auszufernen droht.

Zivilstand

Über den *Zivilstand* gibt es ebenfalls unterschiedliche Erkenntnisse: Die meisten Patienten mit einer affektiven Psychose sind verheiratet, wobei man das fortgeschrittene Alter während der statistischen Erfassung in Rechnung stellen muss (mehrfache stationäre Behandlungen im Laufe der Zeit). Bei den ersten, für eine stationäre Aufnahme nicht ausreichenden bzw. nicht klinisch behandelten manischen Zuständen dürften - altersbedingt - die Ledigen überwiegen. Die Zahl der Scheidungen nimmt aber mit Alter bzw. Zahl und Folgen der manischen Phasen zu. Das wurde früher mit jedem 10. bis 5. Patienten angegeben. Diese Häufigkeit wird aber schon dadurch relativiert, dass derzeit ohnehin mehr Ehen als früher geschieden werden.

Soziale Aspekte

Bezüglich der *sozialen Schicht* (gemessen an Ausbildung und beruflicher Position) finden sich - im Verhältnis zu anderen psychiatrischen Krankheitsbildern - bei affektiven Psychosen etwas häufiger Angehörige der Mittel- und Oberschicht. Es ist aber nicht auszuschließen, dass eine Manie in den einfachen Kreisen eher toleriert bzw. seltener fachärztlich diagnostiziert und gezielt behandelt und damit statistisch erfassbar wird.

Ein *Stadt-Land-Gefälle* zu Lasten ländlicher Gebiete wird zwar diskutiert, scheint aber möglicherweise eher mit den speziellen Toleranzgrenzen zusammenzuhängen. So dürfte die bekannte „Einsamkeit in der Masse“ in größeren Städten weniger rasch zu entsprechenden Konsequenzen führen als in kleinen Gemeinden, wo jeder jeden kennt und ein „Störenfried“ oder „Verrückter“ ggf. rascher auffällt.

Schlussfolgerung

Die Häufigkeit manischer Zustände ist schwer exakt zu fassen. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine bestimmte Person während ihres Lebens von einer manisch-depressiven Psychose befallen wird, schätzt man auf mindestens 0,5 bis 1,5 % der Bevölkerung. Die Dunkelziffer ist jedoch hoch, insbesondere für mildere Verlaufsformen im Allgemeinen sowie erstmalige Erkrankungen in jungen Jahren, die verkannt und/oder nicht behandelt wurden. Bei scheinbar rein manischen Verlaufsformen wird die Ungewissheit noch größer.

Die meisten erstmaligen Krankheitsausbrüche häufen sich zwischen 15 und 35 Jahren, oftmals mit atypischen Verläufen, die erst im mittleren Lebensalter ein charakteristisches Gepräge bekommen. Im höheren Lebensalter finden sich vermehrt organisch anmutende umtriebige und wahnhaftige Züge.

Geschlechtsspezifisch scheint es keine Unterschiede zu geben. Der Zivilstand richtet sich im Wesentlichen nach dem Alter: In jungen Jahren überwiegend ledig, in den mittleren Lebensjahren zumeist verheiratet, aber auch im wachsendem Maße geschieden (Manie-Folgen). Bezüglich der sozialen Schicht lassen sich keine eindeutigen Schwerpunkte feststellen.

URSACHEN – AUSLÖSER – VERLAUF

Ursachen

Die meisten manischen Zustände, die den Arzt in Klinik oder Praxis erreichen, sind affektive Psychosen, also *endogener Ursache*. Das sind vor allem biologisch begründbare Psychosen, früher populärmedizinisch als Gemütskrankheiten bezeichnet, die von innen (endogen) kommen. Endogen heißt also aus dem Organismus heraus, jedoch ohne bisher erkennbare bzw. nachweisbare körperliche Ursachen, auch wenn erbliche und konstitutionelle Faktoren (z. B. „seelische Anlage“) eine Rolle spielen. Auf jeden Fall ist eine hereditäre Belastung (Erbanlage) nicht selten.

Die *erbliche Belastung* scheint bei manisch-depressiven Erkrankungen höher zu liegen, als wenn es nur zu depressiven (oder ausschließlich manischen) Zuständen kommt. Einzelheiten dazu, vor allem zur Frage weiterer biologischer Ursachen siehe später.

Auf jeden Fall ist das Krankheitsbild „endogene Manie“ das Resultat verschiedener genetischer, sozialer und biographischer Faktoren sowie Auslöse-Situationen einschließlich weiterer Aspekte, die schließlich zu jenen Funktionsänderungen führen, die sich in der allgemein erkennbaren Krankheit äußern.

Es gibt aber auch manische (meist: maniforme, submanische, hypomanische) Zustände aufgrund exogener (äußerer) Einflüsse oder körperlicher Erkrankungen (symptomatische Manie, sekundäre Manie). Auch dazu siehe später.

Auslösende Faktoren

Dem Ausbruch vieler affektiver Psychosen pflegen *belastende Lebensereignisse* voranzugehen. Bei der endogenen Depression sollen es mindestens ein Fünftel, bei der manischen Ersterkrankung sogar die Hälfte bis zwei Drittel sein. Bei erneut auftretenden Episoden ist dies seltener festzustellen. Offenbar ist das *erstmalige* Ausklinken einer solchen Gemütskrankheit durch eine schwere Lebenskrise fast die Regel, während spätere Rückfälle eher biologisch bestimmt sind, d. h. nach einem „endogenen Muster“ ablaufen, dessen Hintergründe wir noch nicht kennen. Doch auch hier können immer wieder psychosoziale Belastungen beteiligt sein.

Eindeutige geschlechtsspezifische Unterschiede lassen sich dabei nicht feststellen, wohl aber manchmal Schwerpunkte in Bezug auf die Art der Belastung. So scheinen beim weiblichen Geschlecht vor allem zwischenmenschliche, d. h. partnerschaftliche und familiäre, beim männlichen nicht selten berufliche Schwierigkeiten zu dominieren.

Wenn man die Auslösungs-Muster affektiver Psychosen generell untersucht, also Manie und Depression, dann handelt es sich meist um bedrückende, auf jeden Fall unerfreuliche Ereignisse: bestimmte Belastungen aus dem näheren oder weiteren Umfeld, deren quälende Intensität nicht „objektiv“, sondern nach der subjektiven Verarbeitungsmöglichkeit des Betroffenen beurteilt werden sollten („was lässt sich ohne ernstere Folgen aushalten“).

Dazu gehören auf *psychosozialem Gebiet* z. B. der Verlust entscheidender Bezugspersonen bzw. Störungen der familiär-häuslichen Sphäre, ferner Erkrankung, Trennung, Scheidung oder gar Tod von Angehörigen, häusliche Differenzen und Probleme, berufliche Nöte (Prüfungen, Verpflichtungen, Überforderung, Änderungen oder sonstige Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, aber auch plötzliche Entlastung nach längerdauerndem psycho-physischem Stress) sowie nachbarschaftliche (z. B. Konflikte mit Hausbewohnern) oder gesellschaftliche Auseinandersetzungen. Bisweilen wird auch von neuen, schwer zu integrierenden Rollenverpflichtungen, von erotischen und sexuellen Problemen, von Umzug, Wohnungswechsel oder Bedrohung des sozialen Prestiges (berufliche Position, Finanzen u. a.) berichtet.

Wichtig: Es kommt weniger auf den scheinbar objektivierbaren Schweregrad, mehr auf die subjektive Leidensfähigkeit an.

Neben diesen überwiegend psychischen und psychosozialen Auslösern sind aber auch *körperliche Faktoren* möglich. So soll bei bis zu einem Drittel der Patientinnen die Ersterkrankung in das Wochenbett fallen, das dann auch später einschließlich vergleichbarer Krisenzeiten (z. B. Wechseljahre) mit einem erhöhten Risiko belastet ist. (Hypo-)Manische Zustände häufen sich bisweilen

auch prämenstruell, d. h. vor der Monatsblutung. Auch Schädel-Hirn-Unfälle sind beteiligt, wobei selbst leichtere Gehirn-Traumata und manchmal sogar ein verzögerter Erkrankungs-Ausbruch von Wochen oder gar Monaten später zur Diskussion stehen.

Als weitere organische Auslöser gelten eine Überfunktion der Schilddrüse, grippale Infekte, Operationen, Lungenentzündung, Brüche und Verletzungen anderer Art, ferner Abmagerungskuren mit und ohne Appetitzügler und gelegentlich sogar notwendige und ärztlich überwachte Krankenhausaufenthalte.

Selbst eine *antidepressive Therapie*, also bestimmte Antidepressiva, ein therapeutischer Schlafentzug, eine Lichttherapie oder Durchflutungsbehandlung („Elektroschock“) können einen manischen Zustand auslösen. Die Provokation einer manischen Phase durch Antidepressiva gilt als besonders ungünstig, vor allem in jungen Jahren.

Psychologisch gesehen scheinen zwei Schwerpunkte von Bedeutung: Bedrohung und - doppelt so häufig - Verlust und Trennung. Besonders gravierend pflegen auch widersprüchliche Situationen zu sein, in denen der Betroffene sich zwischen gleichrangigen Werten entscheiden muss. Ein solcher Widerspruch kann sich dann beispielsweise durch die manische Flucht in andere Regionen oder durch verstiegene Lösungen äußern, die eine konkrete Entscheidung unnötig machen sollen. Kann einmal eine Auslösesituation auf den ersten Blick als positiv eingeschätzt werden, so stellt sich bei genauerer Untersuchung nicht selten heraus, dass der Betreffende hinter diesem Ereignis dennoch eine Bedrohung oder einen Verlust vermutet oder befürchtet. Manchmal ist auch ein Urlaubsbeginn beteiligt (Entlastung als Belastung eigener Art).

Bei den späteren Erkrankungsphasen ist es besonders ein Faktor, der bei genauer Prüfung immer wieder zu Rückfällen Anlass gibt: das eigenmächtige *Absetzen* vorbeugender Arzneimittel, also die Unterminierung des Langzeit-schutzes durch so genannte Phasenprophylaktika (engl. Fachbegriff: „Mood-Stabilizer“). Es sind in der Regel Lithiumsalze oder bestimmte Antiepileptika wie Valproat oder Lamotrigin sowie atypische Antipsychotika wie Olanzapin, Quetiapin oder Aripiprazol etc. (Einzelheiten siehe später).

Die Gründe sind unterschiedlich: Frauen macht beispielsweise vor allem die lithium-bedingte Gewichtszunahme zu schaffen, durch die man unattraktiv zu werden meint. Oft lässt sich auch bereits nach der ersten seelisch-körperlichen Stabilisierung durch diese Langzeitbehandlung ein Rückgang der Einnahme-Zuverlässigkeit feststellen. So etwas nennt man in Fachkreisen eine „innere Entwarnung“. Lange Zeit waren Reue und schlechtes Gewissen bei dem Gedanken, was man sich während der manischen Phase „alles hat zu Schulden“ kommen lassen noch so frisch und mitunter quälend, so dass die Einnahme-zuverlässigkeit garantiert blieb. Doch nach einiger Zeit verblasst das peinliche

Bild. „Eigentlich war ja alles nicht so schlimm. Im Grunde hat man doch nur einmal richtig gelebt oder den anderen gesagt, was schon längst einmal gesagt werden musste“. Der Sinn der Therapie wird in Frage gestellt, die tägliche Medikamenten-Einnahme als inzwischen verzichtbarer Zwang empfunden.

Nicht wenige Patienten entschuldigen sich auch damit, dass sie sich von den sedierenden Antipsychotika (meist als dämpfende Anfangs-Medikation eingesetzt) und später vom Lithium oder den anderen Rückfall-Prophylaktika manipuliert oder willenlos gemacht fühlten. Und - wichtig aus ihrem Sinn - dass nach deren Weglassen „neues Leben“ und die „innere Freiheit“ zurückzukehren schienen. Nach dem Rückfall erweist sich zwar alles als grausame Illusion, aber zuvor fand man sich scheinbar eine Zeitlang auf dem richtigen Weg.

Verlauf

Beginn: Manische Phasen können sich langsam, d. h. über Wochen entwickeln oder überraschend schnell ausbrechen. Dann kann dieses Krankheitsbild innerhalb weniger Tage, ja Stunden, oder in Einzelfällen sogar plötzlich dramatische Ausmaße annehmen (wobei aber dann wohl oft die so genannten „Vorposten-Symptome“ nicht rechtzeitig erkannt worden sind).

Dauer: Manische Zustände können sich auf einige Tage, ja Stunden begrenzen; dies insbesondere im Kindes- und Jugendalter (siehe später). Sie können aber auch Wochen, bisweilen sogar Monate, früher und sehr selten auch heute noch über ein Jahr und mehr andauern. Das sind dann eher leichtere manische Zustände. Für eine extremere Hochstimmung mit entsprechenden Folgen über eine so lange Zeit reichen in der Regel die seelisch-körperlichen Reserven nicht aus.

Die meisten klinisch erfassbaren Verläufe variieren zwischen zwei Wochen und vier bis sechs Monaten, im Mittel etwa vier Monate, auch wenn die stationäre Therapie selber eher kürzer ausfällt, nämlich im Durchschnitt etwa 6 bis 8 Wochen (Männer etwas kürzer als Frauen). Die Phasendauer ist trotz der medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten gegenüber früher nicht wesentlich geringer geworden. Dafür kann der Schweregrad durch gezielte Therapie deutlich gemindert werden.

Es gibt aber auch manische Zustände, die lange Zeit unerkant bleiben („Hochstimmung“, „Arbeitswut“, „Verliebtheit“ usw.), bis das Leiden plötzlich rapide eskaliert und sich meist durch berufliche Fehlplanungen („verkalkuliert“) oder durch gesellschaftliche Ausrutscher demaskiert.

Das **Ende** einer manischen Episode ist entweder durch langsamen Symptom-Rückgang oder durch einen relativ abrupten Abschluss des Krankheitsbildes charakterisiert („wie an- und ausgeknipst“). Die meisten manischen Zustände laufen aber doch still und leise aus. Dies gilt vor allem für milde, also hypomanische/submanische/maniforme Phasen, die mehr oder weniger schnell und ohne ernstere Folgen (scheinbar bzw. „nach außen“) zurückgehen. Man vermutet, dass es sich hierbei um die Mehrzahl entsprechender Episoden handelt, die nur nicht statistisch erfasst werden.

Um aus wissenschaftlicher Sicht Vergleichsmöglichkeiten zu haben, hat man auch empfohlen, die Manie in **drei Stadien** zu unterteilen (nach Carlson und Goodvin):

Stadium I: meist zu Beginn und Ausgang der Phase: Rededrang, körperliche Unruhe, Stimmungsveränderung, doch bleibt die Fähigkeit des Patienten zu Dialog und Absprache im Wesentlichen erhalten (entspricht einer hypomanischen, submanischen oder maniformen Phase).

Stadium II: zu einem sozialen Dialog nur noch punktuell im Stande. Handeln und Verhalten sind durch die monologisch-autistische Position geprägt (auf eine eigene Vorstellungs- und Gedankenwelt zentriert, nur noch Monologehaltend), jedoch verbal noch sozialen Normen angepasst

Stadium III: verworrenes oder paranoides (wahnhaftes) Syndrom, Übernahmen von Inkohärenz (Sprünge im Ablauf des Denkens) und/oder Wahn (oder gar Halluzinationen = Trugwahrnehmungen). Die Bestimmung der eigenen Position gegenüber der Umwelt ist weitgehend zusammengebrochen.

Eine voll ausgeprägte Manie zeigt meist folgende fließende Stadien-Übergänge: I – II – (III) – II – I. Diese Stadien-Einteilung ist vor allem für wissenschaftliche Zwecke von Bedeutung. Sie soll nur in etwa skizzieren, worauf man sich in entsprechenden wissenschaftlichen Verlaufsstudien stützen kann. Allerdings auch wie schwierig es sein kann, gerade bei diesem Krankheitsbild selbst wissenschaftlich konkrete Abläufe einzugrenzen, von der ahnungs- und hilflosen Allgemeinheit ganz zu schweigen.

Weitere Aspekte

Die Zahl manischer Phasen variiert zwischen nur einer manischen Episode im Leben bis zu zahlreichen Wiedererkrankungen, so dass manche Betroffene von einer Phase in die andere stürzen. Wie oft im Rahmen einer Manie eine *einmalige* Phase vorkommt, ist umstritten. Die Schätzungen variieren von etwa jedem Zehnten bis rund die Hälfte aller manischen Erkrankungen. Manche Experten sind jedoch der Ansicht, dass eine einmalige manische Erkrankung ex-

trem selten ist und dass man bei der statistischen Erfassung lediglich nicht konsequent genug nachfasst, was leichtere Zeichen „unmotivierter Hochstimmung“ anbelangt (häufigstes Gegenargument: „Muss man denn alles gleich als krankhaft abstempeln?“).

Wenn die Betroffenen von mehr als vier manischen oder depressiven Phasen pro Jahr gequält werden, bezeichnet man sie als „*rapid cyclist*“, also so genannte *schnelle Phasenwechsler*. Weitere Einzelheiten dazu später.

Die freien Intervalle zwischen den Phasen sind unterschiedlich lang, machen aber im Schnitt zwei bis drei Jahre aus. Nach der Ersterkrankung scheint offenbar am längsten Ruhe einzukehren.

Jahreszeitlich scheinen Herbst und vor allem Frühjahr öfter betroffen zu sein. Ansonsten ist die Manie in jeder Jahreszeit möglich.

Die Suche nach *Risikofaktoren* hat noch keine zuverlässigen *Vorhersage-Kriterien* erbracht: am ehesten erbliche Belastung und Schweregrad des Leidens (z. B. ausgedrückt durch Zahl und Dauer der Rückfälle bzw. stationären Behandlungen). Möglicherweise spielt auch die soziale Zugehörigkeit (günstiger in höheren Schichten?) sowie die Persönlichkeitsstruktur eine Rolle (ungünstiger bei „neurotischen“ Zügen, wie man das früher einteilte, oder abnormen Persönlichkeits-Strukturen?).

Der Krankheits-Umschwung

Eindrucksvoll, wenngleich relativ selten, ist der rasche Übergang bzw. konkreter: das *plötzliche Umschlagen* von einer depressiven in eine manische Phase. Das gleiche ist auch von einer manischen in eine depressive Phase möglich, obgleich in unmittelbarer Abfolge noch seltener. Dies bezeichnet man als *Syndrom-Umschwung* (engl.: *switch*). Als Auslöser diskutiert man neben einem spontanen Auftreten vor allem bestimmte (meist aktivierende) Antidepressiva, aber auch belastende Lebensereignisse (s. o.).

Schlussfolgerung

Die meisten manischen Zustände sind affektive Psychosen, also „endogener“ Ursache, wie man das früher nannte. Darunter versteht man eine biologisch begründbare Gemütskrankheit, von „innen“ (endogen) kommend, obgleich man bisher keine eindeutig verantwortlichen Ursachen nachweisen kann. Eine erbliche Belastung ist nicht selten. Es gibt aber auch manische/hypomanische Zustände aufgrund äußerer Einflüsse oder körperlicher Erkrankungen.

Vielen affektiven Psychosen scheinen - zumindest bei der erstmaligen Erkrankung - belastende Lebensereignisse voranzugehen: seelisch, psychosozial, exogen bzw. organisch. Zwei Schwerpunkte sind von besonderer Bedeutung: Bedrohung und Verlusterlebnisse. Spätere Rückfälle sind eher biologisch bestimmt, d. h. scheinen nach einem „endogenen Muster“ abzulaufen, dessen Hintergründe wir noch nicht so umfassend und vor allem eindeutig kennen, wie es nötig wäre. Einer der häufigsten Rückfall-Auslöser ist allerdings das eigenmächtige Absetzen einer medikamentösen Vorbeugung mit Lithiumsalzen oder anderen Rezidiv-Prophylaktika.

Manische Episoden können sich langsam, d. h. über Wochen hin entwickeln oder innerhalb weniger Tage bzw. sogar Stunden ausbrechen. Der Verlauf kann sich auf Stunden begrenzen (insbesondere im Kindes- und Jugendalter), aber auch Wochen, bisweilen Monate dauern, unter Therapie im Mittel etwa vier Monate. Das Ende einer manischen Episode ist entweder durch langsames Auslaufen oder durch einen relativ abrupten Rückgang markiert. Die Zahl manischer Phasen variiert zwischen nur einer (eher selten) bis zu zahlreichen Episoden. Patienten mit mehr als vier Phasen pro Jahr werden als schnelle Phasenwechsler bezeichnet. Jahreszeitlich sind vor allem Frühjahr und Herbst betroffen. Die Suche nach Risikofaktoren hat noch keine zuverlässigen Vorhersage-Kriterien erbracht, mit Ausnahme des eigenmächtigen Absetzens von Medikamenten mit Langzeitschutz (s. o.).

Eindrucksvoll, wenngleich relativ selten, ist der so genannte Syndrom-Umschwung (switch) von einer depressiven in eine manische Phase oder umgekehrt. Als Auslöser diskutiert man neben einem spontanen Auftreten unbekannter Ursache vor allem bestimmte Antidepressiva und belastende Lebensereignisse.

ZUR FRAGE DER ERBLICHEN BELASTUNG

Die Frage der *erblichen Belastung* von so genannten affektiven Psychosen, also Gemütskrankheiten wie endogene Depression, endogene Manie bzw. beides hintereinander, also manisch-depressive Psychose oder Erkrankung, löst heute keine Diskussionen mehr aus. Die globalen Risikoziffern für depressive und manisch-depressive Erkrankungen zusammen betragen zwischen 10 und 20 % für alle Verwandten 1. Grades, also für Eltern, Geschwister und deren Nachkommen. US-amerikanische Untersuchungen fanden sogar noch deutlich höhere Zahlen. Das Erkrankungsrisiko für Enkel (1,9 bis 3,3 %), Nefen und Nichten (1,3 bis 2,7 %) scheint jedoch nur wenig höher zu liegen als

das Durchschnittsrisiko (0,6 bis 0,9 %). Eine sichere Aussage ist deshalb so schwierig, weil die affektiven Störungen nicht schon bzw. ausschließlich in jungen Jahren, sondern oft erst im mittleren bis höheren Lebensalter (erst-mals) ausbrechen können. Ganz sicher ist man deshalb erst nach dem Tod eines potentiell Gefährdeten.

Patienten, die sowohl an manischen und depressiven Zuständen als auch an schizophrenen Symptomen erkranken (so genannte schizoaffektive Psychose - s. später) sind vermutlich keine einheitliche Krankheitsgruppe, haben aber wahrscheinlich ein noch höheres Erkrankungsrisiko für Verwandte 1. Grades (zwischen 13 und 45 %). Hier bezieht sich die erbliche Belastung vor allem auf affektive Störungen (7 bis 35 %), aber auch schizophrene Psychosen (1 bis 13 %). Die Vererbung einer schizoaffektiven Psychose selber hält sich hingegen zahlenmäßig in Grenzen.

Dies zu den reinen Zahlen bzw. Risikostreuungen derzeit. Dabei gibt es natürlich nicht nur ständig neue Forschungs-Resultate, sondern auch unterschiedliche Wertungen. Dem einen, der eher biologisch orientiert ist, sagen sie etwas aus; dem anderen, der sich mehr an die psychosozialen Aspekte des näheren und weiteren Umfeldes hält, erscheinen sie vernachlässigbar. Eines fällt jedoch allen auf, die sich ernsthaft mit diesem Phänomen beschäftigen: Je öfter man gezielt nachfragt, desto eher wird man fündig. Deshalb sollte für die hier zur Diskussion stehenden Aspekte: „Erkennen - Verstehen - Handeln“ nie die Frage vergessen werden:

Hatten Großeltern, Onkel, Tanten, Nichten, Neffen, Cousins, Cousinen, schließlich Eltern oder Geschwister einmal unter einem ähnlichen Zustand zu leiden - und zwar sowohl väterlicher- als auch mütterlicherseits?

Wer allerdings nicht gezielt danach fragt, sei es als Therapeut, sei es im eigenen Familienkreis, der erhält in der Regel keine befriedigende Antwort. Über Krankheiten im Allgemeinen und seelische im Speziellen redet man nicht – früher noch seltener als heute. Dabei bleiben nicht so ausgeprägte manische (d. h. hypomanische oder maniforme) Verlaufsformen erfahrungsgemäß noch seltener in Erinnerung als Phasen von unbegründeter Melancholie, Apathie, ungerechtfertigter Schuldgefühle und einer Vielzahl diffuser und meist noch wandernder Beschwerden, „für die der Doktor keine Erklärung hatte“. Kann jedoch bei irgendeinem Vorfahren – wichtig: oft wird auch eine Generation mit offenkundiger Beeinträchtigung übersprungen -, ein manischer oder depressiver Zustand erinnert werden, ist für die Diagnose und damit rasche Therapie schon vieles gewonnen. Dies besonders bei akuten oder unklaren Fällen von periodischer Hochstimmung, „übertriebener Heiterkeit mit ungewöhnlichen Streichen“, „krankhafter Arbeitswut etc., die an einen „unverantwortlichen gesundheitlichen Raubbau erinnert“; übrigens nicht nur für sich selber, auch für das gestresste Umfeld. Deshalb seien noch einmal die zwei wichtigsten Probleme wiederholt:

Zum einen erinnert man sich nicht gerne an Negatives, auch in der Verwandtschaft. So kommt es nicht selten vor, dass die Angehörigen zwar angestrengt nachdenken, „aber beim besten Willen nichts finden“. Der Patient selber pflegt aus nachvollziehbaren Gründen in diesem Punkt ohnehin keine Hilfe zu sein - nicht in der depressiven, schon gar nicht in der manischen Phase. Fasst man bei den Verwandten jedoch immer wieder nach, so werden plötzlich genauso selbstverständlich kuriose Fälle berichtet, die der aktuellen Situation des Patienten recht nahe kommen (s. u.). Macht man die Angehörigen auf diese Situation aufmerksam, sind sie erstaunt und verlegen. Dabei steckt jedoch hinter diesem erst nachträglich ergiebigen Erinnerungs-Vermögen keine böse Absicht. Das ist eine Mischung aus Unkenntnis und psychologisch verstehbarem, weil scham-besetztem unbewusstem Abwehrmechanismus. Man muss es nur wissen, um trotz allem an sein Ziel zu gelangen, d. h. *immer wieder nachfragen*.

Zum zweiten „kehrte man früher unangenehme Vorfälle, insbesondere den Verdacht auf eine Geisteskrankheit, schneller und vor allem rigoroser unter den Tisch“ (Zitat). Man kann es tatsächlich nicht anders ausdrücken. Da wurde vertuscht, was irgendwie zu vertuschen ging, selbst bzw. gerade die Aufnahme in eine „Heilanstalt“ oder gar den Tod von eigener Hand. Zumeist war man auch überfordert, konnte noch weniger als heute zwischen scheinbarem Fehlverhalten und schicksalhafter Krankheit differenzieren, wie es gerade bei der Manie Verwirrung schafft. Deshalb ist es ergiebiger, Diagnosen und Fachbegriffe völlig wegzulassen wenn man auf eine mögliche erbliche Belastung zu sprechen kommt und sich dafür mehr auf detaillierte „Lebens-Schilderungen“ aus der Verwandtschaft zu stützen.

Solche „Geschichten von früher“ sind sogar für die so genannte Differentialdiagnose des Arztes von Bedeutung, also die Frage, ob es diese oder jene Krankheit bzw. diese oder jene Verlaufs- oder Unterform des vermuteten Krankheitsbildes sein könnte. Dabei ist wichtig zu wissen, dass manische Zustände, besonders in extremer Ausprägung, früher sowohl von der Allgemeinheit als auch der Ärzteschaft eher den schizophrenen Psychosen zugeordnet wurden. Nach heutiger Ansicht würde diese damalige Diagnose öfter in Manie oder zumindest schizomanisches Syndrom bei schizoaffektiver Psychose abgeändert. Das ist aber nur möglich, wenn man sich den Zustand genau und unverfälscht und vor allem mit den damaligen Erinnerungen, Bemerkungen bzw. gar Verdachtsmomenten aller Beteiligten schildern lässt.

Dabei finden sich mitunter erstaunliche Parallelen, wenngleich eingebunden in die Möglichkeiten und Grenzen der jeweiligen Epoche. So jagt beispielsweise der manische Enkel seine 250 Pferdestärken rücksichtslos über die Autobahn und scheuchte alle von der Überholspur, während der manische Großvater „im Frühling und Herbst seine Pferdekutsche wie ein Verrückter übers Land peitschte, dass sich die Leute nur durch einen Sprung zur Seite retten konn-

ten“ (Zitat). Und dazwischen finden bzw. fanden sich bei beiden Betroffenen „Zeiten unerklärlicher Düsternis und Melancholie“ (also manisch-depressiv).

„Das Leben hält nicht nur die gleichen Begabungen und Eigenheiten, sondern auch die gleichen Leiden und sogar Symptom-Schablonen bereit, wenn man genetisch an der Angel hängt“ (ein manischer Arzt).

Schlussfolgerung

Die endogene, d. h. biologisch begründbare Manie geht nicht selten auf eine erbliche Belastung zurück. Zur Sicherung der Diagnose und damit zur rechtzeitigen Einleitung einer gezielten Therapie kann es sich deshalb als nützlich erweisen, die Angehörigen nach vergleichbaren Episoden im näheren und vor allem weiteren Verwandtenkreis - väterlicher- wie mütterlicherseits - zu befragen. Man darf jedoch nicht gleich bei der Eltern-Generation aufhören, sondern muss auch die Großeltern-Generation mit einbeziehen, und zwar so weit gespannt wie möglich. Denn seelische Krankheiten überspringen oft eine Generation. Dabei ist es üblich, dass der erste Anlauf der Befragung unergiebig bleibt. Das besagt jedoch wenig. Hier darf man sich nicht gleich mit einer so genannten „leeren Anamnese“ (kein gezielter Hinweis) zufrieden geben. Meist muss man den Angehörigen etwas Zeit lassen, um ihre Zurückhaltung, Scheu oder gar Scham zu überwinden bzw. in Ruhe nachzudenken oder bei Angehörigen gezielt nachforschen zu lassen.

Die Frage nach einer möglichen erblichen Belastung dient nicht der Befriedigung der Neugier oder gar der nachträglichen Diskriminierung der Vorfahren. Hier geht es um das möglichst rasche Erkennen, Verstehen und Handeln im Rahmen eines häufig unklaren oder gar täuschenden, aber ggf. folgenschweren Krankheitsbildes. Und dafür können gerade die Hinweise auf eine erbliche und damit biologische Belastung sehr hilfreich sein - sofern man gezielt danach fragt und dann therapeutisch konsequent reagieren kann (bzw. gerade beim Maniker „darf“).

BIOLOGISCHE ASPEKTE

Gibt es eine oder mehrere *biologische Ursachen* der Manie? Diese Frage ist bis heute nicht allseits befriedigend geklärt. Insofern kann man dieses Kapitel kurz halten. Das heißt aber nicht, dass die biologischen Aspekte keine Bedeutung hätten - im Gegenteil. Man wird nicht umhinkommen, sich mit dem Ge-

danken vertraut zu machen, dass nicht nur alles Organische, sondern auch jede geistige Aktivität und seelische Regung eine biologische Grundlage haben muss - und damit auch ihre krankhafte Entgleisung.

Leider kam es in der letzten Zeit aus historischen und weltanschaulichen Gründen zu einer Polarisierung in soziale oder psychodynamische sowie biologische Psychiatrie. Das war nicht immer hilfreich. Denn trotz der begrenzten Definierbarkeit seelischer Krankheit sind psychische Funktionen ohne Zweifel an die Funktionstüchtigkeit eines Organs gebunden, nämlich des Gehirns. Insofern muss man auch annehmen, dass kranke seelische Funktionen auf einer Funktionsstörung des Gehirns basieren. Dass sich solche krankhaften Hirnveränderungen bisher nicht eindeutig nachweisen ließen, bedeutet jedoch nicht ihr Fehlen, sondern wahrscheinlich nur unzureichende biologische Messmethoden. Zudem sind nicht einmal die Voraussetzungen für ein exaktes Messen gegeben, weil ihre Grundlage, die Definition und Klassifikation seelischer Störungen, nicht scharf genug getrennt und zudem immer wieder geändert werden.

Auch die permanenten biochemischen und anatomischen Interaktionen auf allen Organisations-Ebenen des Organismus mit seinem Umfeld erschweren eine verlässliche Prüfung. So wird der Mensch ständig durch seine Welt beeinflusst und geprägt, was sich wiederum biologisch niederschlägt. Noch komplizierter wird es bei einer Erkrankung, weshalb man heute von der *multifaktoriellen Entstehung psychischer Störungen* spricht, in der sich eine biologische, soziale, lerntheoretische und psychodynamische Psychiatrie begegnen, ergänzen und (hoffentlich mehr als früher) befruchten. Die Zeichen stehen aber günstig.

Ursache, Verlauf und Entstehung der Manie aus biologischer Sicht

Um es gleich vorwegzunehmen bzw. noch einmal zu wiederholen: *Es gibt beim derzeitigen Forschungsstand keine biologische Ursache, die eine Manie zur aller wissenschaftlichen Befriedigung erklären könnte.* Dies gilt allerdings für alle affektiven, also Gemütsstörungen, zu denen man nicht nur die Manie, sondern auch die Depressionen und gelegentlich die Angststörungen rechnet.

Am ergiebigsten sind noch die *genetischen Aspekte*: Wie bei vielen anderen Leiden gehen auch die Affektstörungen auf ein komplexes Zusammenspiel zwischen *genetischer Ausstattung* des Menschen und seinen Umwelteinflüssen zurück. Einzelheiten dazu siehe das entsprechende Kapitel und die jeweiligen Beiträge in dieser Serie.

Bei den *exogenen (äußeren) Faktoren* sind es vor allem hormonelle Einflüsse (die das Überwiegen des weiblichen Geschlechts bei Depressionen erklären sollen) sowie so genannte Stressoren (belastende Lebensereignisse). Ein interessantes Phänomen stellen auch Wetter- und Klimaeinflüsse sowie jahres-

zeitlich gebundene Gemütsstörungen dar. Früher bezeichnete man sie als „Winterdepression“, heute als saisonale affektive Störung, die im Spätherbst beginnt und sich erst im Frühjahr wieder aufzulösen pflegt. Sie hängt offenbar mit den in bestimmten Breitengraden (Kanada, Skandinavien u. a.) besonders extremen Licht-Dunkel-Zyklen zusammen und spricht gut auf eine Lichttherapie an. Auch der antidepressive Effekt des Schlafentzugs geht in diese Richtung.

Hilfreich sind auch die neurobiochemischen Erkenntnisse durch *psychotrope Substanzen*, die die Stimmung beeinflussen (z. B. Reserpin oder die Phasenprophylaktika wie Lithium u. a.). Dadurch lassen sich manche Wirkmechanismen besser verstehen.

Intensiv beforscht wird derzeit die Dysregulation der *Neurotransmitter* (Botenstoffe). Ein besonderes Augenmerk richtet man dabei auf verschiedene Neurohormone, deren Sekretion von einem oder mehreren solcher Neurotransmitter gesteuert wird (z. B. Dopamin, Noradrenalin, Serotonin, Acetylcholin, in letzter Zeit vermehrt Oxytocin, ein als „Empathie-Hormon“ bezeichnetes Neuropeptid etc.).

Ein wichtiger Forschungsbereich ist hier auch das so genannte Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-System (kurz HHN-System) genannt. Stichworte dazu sind beispielsweise die Kortisol-Werte und das adrenokortikotrope Hormon (ACTH). Bei dem Versuch, auch intrazellulär (d. h. bei der Information von Stress und Affekt über einzelne neuronale Zellen) zu weiterführenden Erkenntnissen zu kommen, geht es vor allem um die schon erwähnten Neurotransmitter sowie so genannten Neuromodulatoren. Hier spielen dann auch so genannte neuroendokrine Marker eine Rolle, mit denen man auf biologischem Weg versucht, schon im Vorfeld einer affektiven Störung auf die drohenden psychosozialen Beeinträchtigungen aufmerksam zu werden.

Zusammenfassend bleibt die Erkenntnis, dass es sich bei den affektiven Störungen, ob Depression oder Manie, um das Ergebnis einer Fehlsteuerung entsprechender Gehirn-Systeme handelt, wozu vor allem die in der Regel modulierenden (ausgleichenden) aminergen Systeme und das HHN-System gehören.

Pathologisch-anatomisch geht es vor allem um hirnstrukturelle und -funktionelle Korrelate der affektiven Störungen, die auf eine krankhafte Veränderung des Gehirns hinweisen. Dies gilt sowohl für neuroradiologische Verfahren als auch spezielle Hirndurchblutungs-Messungen. Hier geht es insbesondere um Veränderungen von Funktion sowie Volumen (Umfang) der grauen und weißen Hirnsubstanz des so genannten kortikolimbischen Systems. Das ist nämlich besonders an der Entstehung und Regulation von Emotionen (Gefühlen) und kognitiven (geistigen) Prozessen und damit Handlungen beteiligt. In Fachbegriffen: Volumen-Reduktion im Hippocampus, anterioren cingulären Cortex sowie in frontalen Arealen.

Und um auf hirnfunktioneller Ebene zu bleiben: Hyperaktivität limbischer Areale bei der bewussten und unbewussten Emotions-Verarbeitung. Oder schließlich kurz und allgemeinverständlich: Man ist wissenschaftlich auf einem guten Weg, den normalen, aber auch krankhaften seelischen Ablauf je nach Funktions- und Substanz-Veränderungen des Gehirns erklären zu können.

Mehr als kleine Mosaiksteine der Erkenntnis kann man zwar nicht erwarten. Doch diese setzen sich langsam, aber kontinuierlich zu einem nützlichen Gesamtbild zusammen. Neue Methoden und Techniken signalisieren ermutigende Fortschritte. Dies betrifft nicht nur Diagnostik und Verlauf, sondern auch die Therapie. Und hier ist schon vieles geschehen und wird wohl auch in nächster Zukunft Konkretes zu erwarten sein. Das ist vor allem das Verdienst der biologischen Psychiatrie in Zusammenarbeit mit allen anderen medizinischen Disziplinen, die sich für die Erforschung affektiver Störungen im Allgemeinen und der manischen Episoden im Speziellen einsetzen.

Schlussfolgerung

Die biologischen Hintergründe der Affektstörungen im Allgemeinen sowie der Manie im Besonderen sind bisher noch nicht so eindeutig erforscht wie wünschenswert - trotz einer Vielzahl von praktischen Erkenntnissen, weiterführenden Hinweisen und interessanten Hypothesen. Das hört sich erst einmal ernüchternd an. Doch handelt es sich gerade bei den biologischen Abläufen um ein so komplexes Zusammenspiel, nicht zuletzt beeinflusst durch vielfältige Umweltfaktoren, dass man gerade hier nur mit einem langsamen Fortschritt rechnen kann. Eine vor allem in den letzten Jahren rapide zugenommene Vielfalt und Genauigkeit entsprechender technischer Verfahren lässt jedoch hoffen, dass sich hier bald Entscheidendes bewegt, nicht zuletzt zugunsten der affektiven Störungen im Allgemeinen und manischer Episoden im Speziellen.

GIBT ES EINE CHARAKTERISTISCHE PERSÖNLICHKEIT BEI MANISCH-DEPRESSIVEN ERKRANKUNGEN?

Allgemeine Aspekte

Nichts interessiert viele Menschen brennender als die Frage nach Persönlichkeit, Wesensart, Charakterstruktur des anderen. Wenn man die durchschaut

hat, meint man den Schlüssel zu besitzen, wie man den anderen am sichersten einzuschätzen, vielleicht sogar zu manipulieren vermag. Auf diesem ureigenen menschlichen Verlangen basiert das wachsende Interesse an entsprechenden populärmedizinischen Lebenshilfen, die mit immer „neuen Erkenntnissen“ aufwarten (die aber bei genauem Hinsehen kaum so neu sind, wie man manchen Leichtgläubigen gerne weismacht).

Andererseits ist die Erforschung der *Persönlichkeitsstruktur* ein legitimes Anliegen, das auch die Wissenschaft, insbesondere Psychologie und Psychiatrie, nie ruhen ließ. Und tatsächlich sind ja damit auch vorbeugende, therapeutische und rehabilitative Möglichkeiten verbunden - wenn auch alles bei weitem nicht so einfach, wie man es sich in der Regel vorstellt oder wünscht. Denn der Mensch ist ein komplexes Wesen, zusammengesetzt aus biologischen Vorgaben und lebensgeschichtlich Geprägtem. Das macht ihn zum Individuum, wie es kein zweites Mal auf dieser Erde vorkommt. Deshalb ist es schwer, eine einheitliche Persönlichkeitsstruktur zu finden, an die man dann - im Gesunden wie im Kranken - konkrete Schlussfolgerungen knüpfen könnte. Dies gilt auch für die Manie.

Dabei beginnt es schon mit rein methodischen Problemen. So muss man sich nämlich fragen lassen: Darf man nach der ersten manischen oder depressiven Phase rückwirkend auf die so genannte *prämorbid* *Persönlichkeit* schließen, also die Wesensart des Betreffenden vor Ausbruch der Krankheit? Die Auffassungen sind geteilt: Manche sagen: Ja, weil sich alles völlig zurückbildet. Neuere Erkenntnisse aber sprechen dagegen. Es bildet sich nämlich nicht alles „völlig“ zurück, weder bei der Depression, noch bei der Manie, wenn man genau nachfasst. Also darf man nicht einfach von heute auf früher schließen. Wissenschaftlich exakt wären ohnehin nur die so genannten prospektiven Untersuchungen, die vom ersten Tag an ein Leben begleiten - über gesunde und kranke Zeiten hinweg. Das aber ist nur selten möglich und ungeheuer aufwendig. Meist erfasst man mit dieser „Rückschau“ eine so genannte „Intervall-Persönlichkeit“, also eine Wesensart in gesunden Zwischenzeiten, die aber wohl nicht mehr das Gleiche sein dürfte wie vor Ausbruch der ersten Krankheitsphase.

Gleichwohl gibt es für viele psychologische und psychiatrische Aspekte zahlreiche Persönlichkeits-Studien mit ganz unterschiedlichen Untersuchungsinstrumenten. Dies geht vom persönlichen Eindruck bis zu so genannten psychopathometrischen Messungen mittels mehr oder weniger komplizierten Frage- oder Erhebungsbogen.

Einzelheiten würden hier zu weit führen, selbst bei der Manie, bei der sich solche Studien bisher zahlenmäßig in Grenzen halten. Im Übrigen nicht nur zahlenmäßig, sondern auch inhaltlich, denn die Ergebnisse sind mehrdeutig bis vielsagend - und damit letztlich ohne jene Aussagekraft, die man eigentlich für

eine effektive und zuverlässige Vorbeugung, Diagnose, Therapie und Rehabilitation fordern müsste. Fasst man jedoch einmal mit allem Vorbehalt die wichtigsten Kriterien zusammen, die in verschiedenen Studien über ein halbes Jahrhundert hinweg erarbeitet wurden, dann finden sich sowohl charakterlich positive als auch negative und nicht zuletzt widersprüchliche, ja sich ausschließende Befunde.

Die Manie im Spiegel der Persönlichkeitsforschung...

- Als eher *negativ getönte Persönlichkeits-Merkmale* manisch Erkrankter gelten Charakterisierungen wie überaktiv, hektisch, unstet, extravertiert (nach außen gerichtet), oberflächlich, impulsiv, distanzlos, hitzig, neidisch, missgünstig, gereizt oder aggressiv.
- Eine Mischung, *teils positiv, teils negativ* interpretierbar, insbesondere auf das Berufsleben bezogen, sind folgende Kriterien: ehrgeizig, karriere-bezogen, risikofreudig, hart arbeitend, initiativ, an Leistung und Erfolg orientiert, deshalb auch meist erfolgreich, nicht zuletzt durch eine überdurchschnittliche Leistungserwartung an sich selber.
- Wieder mehr den charakterlichen Aspekt betreffend und in der Mehrzahl durchaus *positiv interpretierbar* sind schließlich folgende Merkmale, die sich offenbar immer wieder im persönlichen Eindruck oder testpsychologisch objektivieren lassen: gesellig, gemütlich, heiter, gutherzig, humorvoll, offen, großzügig, begeisterungsfähig, originell, vielseitig interessiert, phantasievoll, angepasst bis überangepasst, wohlherzogen, warmherzig, zugewandt, ferner traditionell eingestellt bzw. konform bis zur Autoritäts- und Ordnungsgläubigkeit.

Maniker gelten aber nicht nur als eigenständig, lebhaft und vital, sondern zeigen scheinbar auch eine Neigung zu geringem Selbstwertgefühl und Selbsttäuschung, reagieren mit einem starren Kontrollbedürfnis und sind gewissenhaft bis übergewissenhaft, wenn nicht gar skrupelhaft oder zwanghaft.

Nach Durchsicht dieser Wesensmerkmale, die die Persönlichkeit des Manikers bzw. des Patienten mit einer manisch-depressiven Erkrankung in *gesunden(!)* Zwischenzeiten widerspiegeln sollen, fällt zweierlei auf: 1. eine gesamthaft gesehen eher positive Charakterisierung, und das für einen psychisch Kranken, der während seines Leidens „alles auf den Kopf stellt“ und 2. der Umstand, dass man mit solchen Begriffen, so eindrucksvoll sie im ersten Moment erscheinen, konkret letztlich wenig anfangen kann. Und dies wird auch wissenschaftlich durchaus zugegeben.

... und Partnerbeziehung

Von größerem Interesse sind deshalb einige zwischenmenschliche Besonderheiten, insbesondere was *Partnerschaft* und *Familie* anbelangt, zumal auch hier die jeweilige Persönlichkeitsstruktur einen großen Einfluss ausübt. Solche psychodynamischen, d. h. unbewusste Konflikte beschreibende Aspekte sind allerdings recht kompliziert und wirken auf den fachlich nicht geschulten Betrachter mitunter etwas gekünstelt bis verstiegen. Man darf sie auch nicht verallgemeinern. In Einzelfällen sind sie jedoch ein guter Verständnis-Einstieg in die komplizierte Natur mancher Partnerschaften mit einem manisch Erkrankten.

Relativ nachvollziehbar sind folgende Erkenntnisse aus dem Alltag von Klinik, Praxis und Beratung: Männer mit einer manisch-depressiven Erkrankung sollen eher Frauen heiraten, die in Partnerschaft und Familie dominieren - wie einst ihre eigenen Mütter. Dagegen sollen Frauen mit einer Manie in einer Art Identifikation, also unbewussten Gleichsetzung mit ihrer Mutter, vorzugsweise passive Männer ehelichen. Bei solchen Konstellationen können Konflikte nicht ausbleiben. Die Folge sind Auseinandersetzungen, Krisen, ja eine heimliche Feindseligkeit zwischen den Eheleuten, die jedoch nicht offen ausgetragen wird. Der Grund ist die Furcht vor dem Verlassen-werden. Und die Schwäche und Wehrlosigkeit vieler dieser Menschen, die Trauer, Zorn und demütigende Abhängigkeit zu verleugnen pflegen und sich lediglich in hilfloser Wut zu äußern vermögen.

Ein anderer psychodynamischer Erklärungsansatz lautet: Für manisch-depressiv Erkrankte ist der Berufsbereich nur Außenfeld und Kompensation (Ausgleich) ihres primären Konfliktfeldes, nämlich der Familie. Zu Hause werden Aggressionen - im Gegensatz zur beruflichen Durchsetzungsfähigkeit - eher unterdrückt. Diese Patienten sind letztlich enttäuscht von den Eigenschaften ihres Partners, der einerseits passiv, andererseits fordernd auftritt. Diese Enttäuschung wird verleugnet, der Partner idealisiert. Deshalb entwickeln sie dem anderen gegenüber ein sorgendes, ja überbesorgtes, auf jeden Fall verwöhnendes Verhalten, vermeiden alle Konflikte und neigen dazu, alles in Harmonie zu sehen. Trotz dieser frustrierenden Situation und des Versuchs, den „Mangel“ des Ehepartners überkompensatorisch auszugleichen, fühlen sie sich diesem moralisch meist unterlegen. Und weil sie ihn in ihrem Wunsch nach Kontakt und Nähe häufig überfordern, werden sie nicht selten von ihm verlassen.

Das alles ist eine große Belastung, die nicht ohne Folgen bleiben kann, bis hin zum Ausbruch einer manischen Erkrankung. Vor allem in der akuten manischen Phase zeigt sich dann die Enttäuschung über den Partner besonders ausgeprägt, vor allem bei manischen Frauen. Manche versuchen diesen Kon-

flikt selbst in der Manie noch romantisch zu lösen, indem sie ihre trostlose Beziehung geradezu verklären (weitere Einzelheiten siehe später).

Das alles hört sich für den Laien ein wenig „wissenschaftlich verstiegen“ an. Vor allem wenn man noch die mitunter extravagante, ja bisweilen rücksichtslose Art mancher manisch Erkrankter in Rechnung stellt, die ihre Umgebung zur Verzweiflung bringen. Das aber ist auch ihr Problem, ihre Tragik. Maniker wirken robust - und sind doch meist (über)empfindliche Wesen, die sich in ihrer Krankheit „halt im Ton vergreifen“, wie der resignierte Kommentar eines Patienten lautet.

Weitere psychodynamische Aspekte

Vor allem diese reizbar-aggressive Art nicht wenig manisch Erkrankter ist es, die das nähere und weitere Umfeld schier verzweifeln lässt. Tatsächlich sind die Aggressionen ein Dreh- und Angelpunkt im Leben dieser Patienten ohne Einsichtsfähigkeit im Krankheitsfall: Während der manischen Phase zeigen sie einen *hohen Aggressionspegel*, der nach außen, gegen die anderen gerichtet ist. Dafür ist die so genannte Autoaggressivität gegen sich selber gering. Das führt dazu, dass Maniker während einer manischen Episode so gut wie nie suizidgefährdet sind. Nach der manischen Phase dreht sich jedoch alles um: Jetzt droht eine hohe Selbst-Aggressivität mit Neigung zu Selbstbeschuldigungen und erhöhter Selbsttötungsgefahr. Dagegen fällt die Fremdaggressivität gleichsam in sich zusammen - zumindest in offener Form. Je höher das Alter und je größer die soziale Anpasstheit, desto ausgeprägter ist diese Aggressions-Unterdrückung - mit allen Folgen.

Fasst man die *Psychodynamik der manischen Erkrankung* noch einmal zusammen, so lässt sich dies am besten mit den Worten des Psychiaters H.-L. Kröber skizzieren:

„Charakteristisch für Patienten mit manisch-depressiver Erkrankung sind Aggressions-Unterdrückung und Konflikt-Verleugnung, soziale Anpasstheit, hohes Verantwortungs- und labiles Selbstwertgefühl. Dabei darf man eine große Irrtumsmöglichkeit nicht übersehen: Wenn diese Kranken großsprecherisch auftreten, ist das natürlich nicht Ausdruck von Selbstsicherheit und erhöhtem Selbstwertgefühl, wie dies oft fehlinterpretiert wird. Die extrem entwickelte Fähigkeit akut Manischer, geradezu tödlich zu beleidigen, lächerlich zu machen und andere gegeneinander auszuspielen, legt die Vermutung nahe, dass sie all dies zuvor schon am eigenen Leib erfahren haben durch Ehepartner, Mutter oder Vater, im Beruf oder sonstigem Umfeld etc.“ Und weiter:

„Viele dieser Patienten getrauen sich jedoch nicht, selbst jenen Normen die Gefolgschaft aufzukündigen, die von ihnen bereits leidvoll als hohl, scheinheilig

und böse erfahren worden sind. Dieser Schritt, selbst wenn er als Verrat an den sozialen Normen interpretiert würde, wäre zwar moralische Pflicht, nämlich Missstände anzuprangern, und zudem eine Entwicklungschance für den Betroffenen. Es wäre aber auch das Ausschlagen einer gleichsam psychologischen Erbschaft und damit quasi der Bruch mit den Ahnen.

Der Depressive erstarrt vor dieser Wahl, der Maniker versucht diese Situation aktiv zu bewältigen, ohne aber letztlich eine Entscheidung zu treffen. 90 % der Redeflut der Maniker geht in der Beteuerung auf, dass man sich noch immer im Hoheitsgebiet der Wohlanständigkeit befände“. So der Experte. Und seine Schlussfolgerung:

„Gewiss, man kann in der Manie real intensiver leben und erleben. Die Tragik erneuert sich aber, wenn aus dem zwangsläufigen Scheitern der Manie für den Alltag nichts oder nur falsches gelernt wird. Und das ist leider die Regel. Hier aber könnte die Kenntnis der Psychodynamik dieses Leidens und eine daran anknüpfende gezielte Psychotherapie manches zum Besseren wenden“.

Anhang: Weitere Aspekte zur Persönlichkeitsstruktur von Patienten mit ausschließlich depressiven Phasen, manisch-depressiver Erkrankung oder rein manischen Episoden

Ist es schon schwer, sich aus dem bisher Gesagten, einen praktisch nutzbaren Überblick im Krisenfall zu verschaffen, so wird es noch komplizierter, wenn man zwischen Patienten zu unterscheiden versucht, die

- nur depressive Phasen erdulden müssen: monopolare Depression, depressive Episode bzw. Episode einer Major Depression u. a.
- manische und depressive Phasen zu ertragen haben: manisch-depressive Erkrankung oder Psychose, Zykllothymie, nach neuerer Klassifikation bipolare (affektive) Störungen und solchen, die
- offenbar nur oder zumindest später ausschließlich manische oder zumindest hypomanische/submanische/maniforme Episoden hinnehmen müssen.

Im Einzelnen:

Schon früher wurde der so genannte „*Typus melancholicus*“ (nach H. Tellenbach, 1961), also die Persönlichkeit des Depressiven, wie folgt umschrieben:

Hang zu Pflichtbewusstsein, Gewissenhaftigkeit, Korrektheit, Pünktlichkeit, Ordentlichkeit, ja fast Neigung zu Zwanghaftigkeit und Pedanterie. Im Arbeitsleben dominieren Fleiß, Solidität und Einsatz, was mitunter auch mit erhöhtem

Zeitaufwand erkaufte werden muss. Dabei sind diese Menschen fast immer freundlich, mitfühlend, warmherzig, zugewandt. Es kann aber auch zu scheinbar unerklärlichen und unangemessenen Episoden von Reizbarkeit und Aggressivität kommen. Auch finden sich gelegentlich zaghafte bis avitale, grübelnde, empfindsam-launische und genierliche Charaktere.

Im Allgemeinen wird versucht, sich aus allen zwischenmenschlichen Auseinandersetzungen, Konflikten, Reibungen und Störungen herauszuhalten oder gar möglichst aktiv solche atmosphärische Trübungen auszugleichen. Ehe, Familie, Arbeitsfeld u. a. profitieren von diesen Bemühungen um ein harmonisches Miteinander - vorausgesetzt man kann sich dem mitunter übersteigerten Bedürfnis nach Sauberkeit, Pünktlichkeit, Aufrichtigkeit, Mitarbeit usw. weitgehend anpassen oder unterordnen.

Als Vorgesetzter sind solche Persönlichkeiten vom „Typus melancholicus“ zwar betont liebenswürdig und verständnisvoll, häufig jedoch auch konsequent bis unflexibel, wenn es um die Durchsetzung ihrer Ansichten geht („sanfte Tyrannei“). Als Untergebene imponieren sie als hilfsbereit, treu, zuverlässig, dienstwillig, meist in langjährigen Arbeitsverhältnissen stehend und als Mitarbeiter sehr geschätzt.

Noch konkreter wird eine Untersuchung, die sich auf die Unterscheidung der Persönlichkeitsstruktur zwischen Patienten mit ausschließlich depressiven und solchen mit depressiv und manisch abwechselnden Phasen zur Aufgabe gemacht hat. Was fand man nun bei *Depressiven mit nur depressiven Phasen*:

Gute Kommunikations-Fähigkeit, wenig ichbezogen, sehr altruistisch (selbstlos); manchmal aber auch nur begrenzte Fähigkeit, auf fremde Schicksale verstehend einzugehen bzw. sich darauf einzustellen. Auf übersichtliche Verhältnisse und soziale Integration bedacht. Bedürfnis nach geborgener, vertrauter Atmosphäre mit einem festen Kreis Bekannter. Stark auf das ausgerichtet, was „man“ tut. Zwischenmenschlich zentriert auf das Verhältnis zum Ehepartner, unverrückbar, fast alteingefahren, mehr gebend und opfernd als nehmend und fordernd. Religiöse Fragen werden meist rein konventionell interpretiert. Die Einstellung zum Besitz konzentriert sich auf Daseins-Sicherung durch sehr bescheidene Ansprüche. In der Sexualität relativ spät erste Kontakte, betont „natürliches“ Verhalten, oft Heirat mit dem ersten Sexualpartner. Sexualität wird vielfach eher als ein notwendiger Bestandteil der Ehe als ein personaler Akt erlebt.

Das eigene Leistungsvermögen wird nüchtern abgeschätzt, eher als bescheiden eingestuft. Kaum Suchtgefährdung. Eher Abneigung gegen Medikamente. Wichtig ist die Einstellung gegenüber Partner, Familie, Eltern sowie weiterem Umfeld. Festes familiäres Gefüge („so war es immer ...“). Fleißig in der Schule, allseits beliebt, später häufig Wahl eines gesicherten Arbeitsverhältnisses.

Hohe Anforderungen an die eigene Leistung: unermüdlich, rastloses Schaffen, aufopferungsbereit, minutiöse Ordentlichkeit. Geschätzt bei Vorgesetzten, Mitarbeitern und Kunden. Nie Planung über eigene finanzielle Möglichkeiten hinaus. Soweit Menschen mit nur depressiven Phasen.

Und wie steht es um den so genannten *Typus manicus* (D. v. Zerssen, 1977)? Dieser Persönlichkeitstyp, der im Rahmen einer manisch-depressiven Erkrankung später vorwiegend manische Phasen ertragen muss, wird dem obigen Typus melancholicus (s. o.) gegenüber gestellt. Folgende Eigenschaften sollen ihn charakterisieren: unstetes Wesen, Risikofreude, Begeisterungsfähigkeit, Großzügigkeit, Vitalität, Eigenständigkeit, Originalität, unkonventionelles Denken und Verhalten, vielseitige Interessen, lebhaft Phantasie.

Beide Typen haben aber auch gemeinsame Züge, nämlich aktiv, tüchtig, gefühlsbetont, warmherzig. Das sind übrigens Erkenntnisse, die schon vor weit über hundert Jahren aus psychiatrischer Sicht bezüglich der „manischen Veranlagung“ erhoben werden konnten (E. Kraepelin). Es ist also nicht alles ausschließlich und durchgehend negativ zu bewerten.

Fazit: Wer nach dieser allgemeinen Übersicht den Eindruck hat, das alles höre sich zwar ausgesprochen interessant an, doch im Grunde wisse er jetzt weniger als zuvor, teilt dieses Los nicht nur mit so manchem Leser, sondern wohl auch mit Arzt und Psychologen im Alltag von Klinik und Praxis. Daraus sollte sich aber keine Frustration oder gar Resignation ergeben. Der Mensch lässt sich eben nicht auf ein einheitliches Charakterbild reduzieren, selbst wenn sich bei einigen Krankheiten bestimmte Wesensmerkmale immer wieder finden. Jeder hofft zwar von sich selber, dass er ein Individuum sei, das in dieser Konstellation nirgends mehr zu finden ist, von der Prägung durch sein persönliches Schicksal ganz zu schweigen, hätte aber gerne für andere eine handliche Anweisung zur Charakterkunde verfügbar. Das gibt es nicht, schon gar nicht bei den so „gnadenlos die Wesensart prägenden Krankheiten wie den affektiven Störungen Depression und Manie“ (Zitat eines manischen Arztes).

Dennoch sind die wissenschaftlichen Bemühungen um manche(!) verwertbare Persönlichkeitszüge eines bestimmten Leidens, in diesem Fall der Manie, nicht umsonst. Man darf nur keine zu hohen Ansprüche stellen. Und schon gar nicht glauben, mit einigen wenigen - scheinbar typischen - Persönlichkeitsmerkmalen den anderen völlig erfasst (und damit beeinflussbar?) zu haben.

Wertvoll sind diese Hinweise jedoch grundsätzlich dann, wenn man dem anderen in seiner Not zu helfen versucht, und sei es ein umtriebiger Maniker, der nur zu Ärger Anlass gibt. „Am besten fährt man, wenn man diese Aufstellung zur Persönlichkeitsstruktur eines manisch Erkrankten nicht mit dem Verstand, sondern mit dem Herzen liest“ (Zitat s. o.).

Schlussfolgerung

Obgleich man schon vor einem Vierteljahrhundert glaubte, *charakteristische Persönlichkeits-Eigenschaften* für die endogene Depression oder Manie bzw. für die manisch-depressive Erkrankung herausarbeiten zu können, hat sich letztlich gezeigt: Feste Zuordnungen lassen sich mit der gewünschten Sicherheit nicht belegen. Heute neigt man eher zu der Ansicht, dass bei der Mehrzahl der Patienten die manisch-depressive Erkrankung nicht an eine spezielle prä-morbide (schon vor der Erkrankung typische) Persönlichkeitsstruktur gebunden ist.

Charakteristisch für diese Menschen sind jedoch oft soziale Anpasstheit, Verantwortungsgefühl, aber auch Aggressions-Unterdrückung, Konflikt-Verleugung und ein labiles Selbstwertgefühl. Diese Erkenntnis, die die meisten Untersuchungen bestätigen, irritiert zwar, wenn man an den „Aufstand“ denkt, den der Maniker in der Regel auslöst. Sie zeigt aber auch deutlich die Not hinter der ggf. umtriebigen, distanzlosen, gereizten oder aggressiven Fassade. Eine Not, der man gezielt psychotherapeutisch begegnen sollte, auch wenn die äußeren Bedingungen zuerst nicht günstig erscheinen und vom Umfeld und sogar Therapeuten ein „gerüttetes Maß an Geduld, Verständnis und überhaupt nervlicher Belastbarkeit“ verlangen (Zitat).