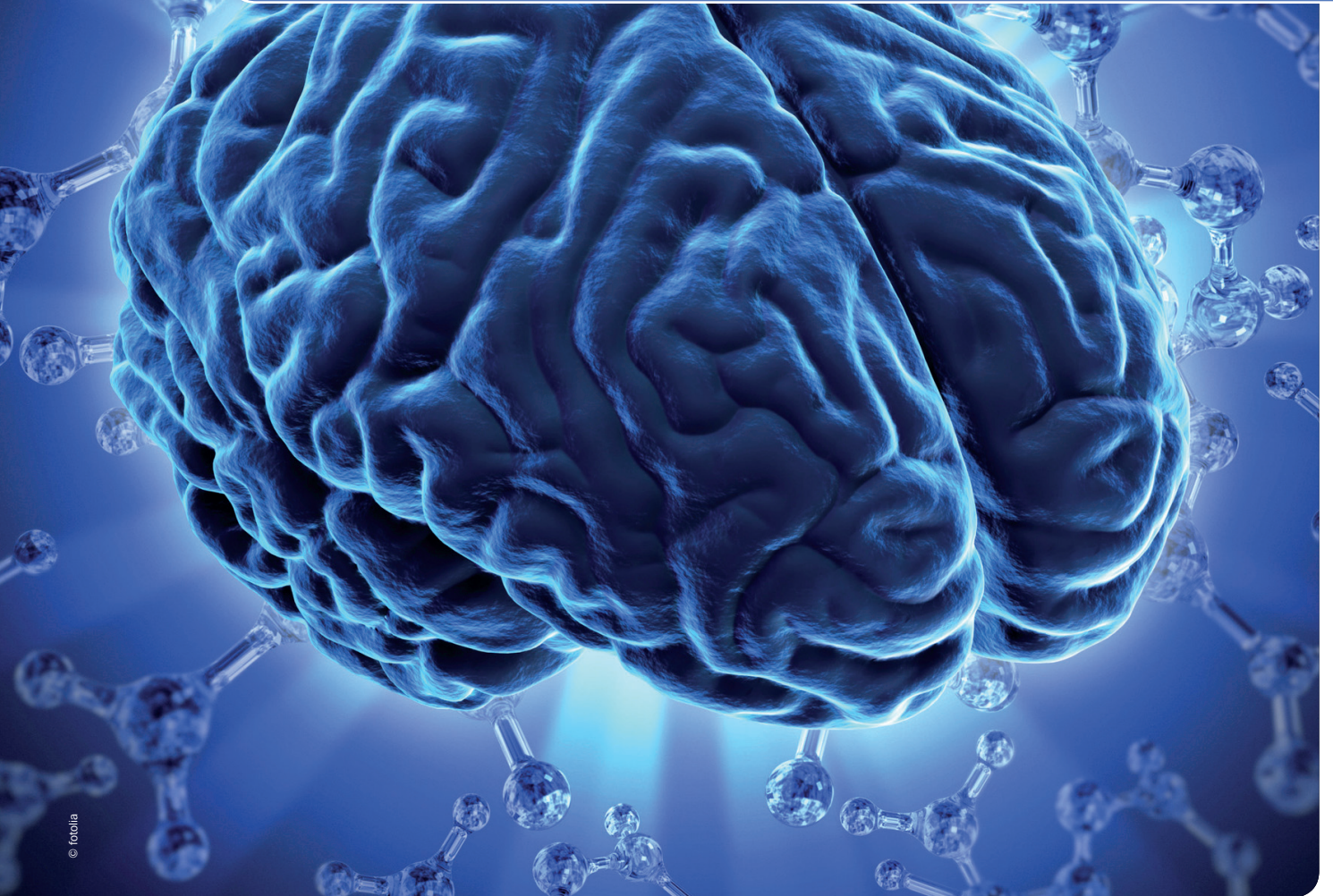


Management der



Im Gegensatz zu Deutschland gibt es in Österreich kein Früherkennungsprogramm für bipolare Erkrankungen; bis zu 160.000 Menschen in Österreich sind betroffen. Unbehandelt kann diese Erkrankung - wenn sie in jugendlichen Jahren auftritt - den weiteren Lebensweg massiv negativ beeinflussen.

Von Christian Simhandl*

Status quo und aktuelle Entwicklungen

Die Lebenszeitprävalenz der schwereren bipolaren Erkrankungen (Bipolar I) mit dem Vollbild einer Manie und einer Depression liegt in der Allgemeinbevölkerung bei 0,5 bis 2 Prozent. Das heißt, in Österreich sind - je nachdem, wie eng die Kriterien angelegt werden - 40.000 bis 160.000 Menschen betroffen. Wenn eine klinisch nicht so stark ausgeprägte Form der Manie, eine Hypomanie und eine Depression vorliegen, dann spricht man von einem Bipolar II-Verlauf; hier sind zusätzlich fünf bis zehn Prozent der Bevölkerung betroffen.

Bipolaren Störungen

Eine aktuelle Befragung von Betroffenen in den USA hat gezeigt, dass es im Durchschnitt fünf Jahre dauert, bis die Diagnose „Bipolar“ richtig gestellt wird. Für Betroffene bedeutet dies einen langen Leidensweg. Die Universitätsklinik Dresden hat kürzlich ein Früherkennungsprogramm für bipolare Erkrankungen vorgestellt - ein wichtiger Schritt, denn Früherkennung wird im deutschen Sprachraum bisher eigentlich nicht durchgeführt. In Kanada beispielsweise werden sogenannte high risk children, das heißt Kinder von Menschen, die an einer bipolaren Erkrankung leiden, neuropsychologisch untersucht, psychologisch betreut und frühzeitig beraten. Aktuelle Untersuchungen aus den USA, Deutschland, Großbritannien und Spanien zufolge können mit einer Kombination von Medikamenten und Psychoedukation die besten Ergebnisse bezüglich der Stabilisierung von Stimmungsschwankungen erzielt werden.

Krankheitsbilder

Die bipolare Erkrankung ist durch den Wechsel von depressiven Phasen mit manischen Episoden gekennzeichnet. Untersuchungen haben gezeigt, dass sich Bipolar-I-Betroffene rund ein Drittel der Zeit in einer depressiven Phase befinden, Bipolar-II-Betroffene sogar die Hälfte. Im Vergleich dazu sind die manischen Episoden mit zwei bis sechs Prozent der Zeit relativ kurz. Daher verwundert es nicht, dass in den meisten Fällen depressive Symptome der Grund für die Konsultation eines Arztes sind. Die zeitliche Dauer der einzelnen Episoden erstreckt sich über einen Zeitraum von Tagen, Wochen bis hin zu Monaten. Zwischen den einzelnen Episoden liegen bei circa der Hälfte der Betroffenen Zeiträume mit „normaler“ Stimmungs- und Antriebslage. Die andere

Hälfte hat oftmals Probleme vor allem mit leichten depressiven Verstimmungen und auch mit kognitiven Beschwerden, die sich im Alltag in Form von Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen bemerkbar machen. Mittlerweile ist es klar, dass dies ein Teil der Bipolaren Störung und nicht ein Medikationseffekt ist.

Auch wenn die Evidenz sich nicht an die Nosologie hält und die Nosologie nicht an die Evidenz, wie Eduard Vieta aus Barcelona vor Kurzem trefflich das Dilemma der derzeitigen diagnostischen Einteilungsformen beschrieben hat, gibt es doch eine Reihe von klaren Erkenntnissen: genetische Vorbelastung (erblich bedingte „Vulnerabilität“), biologische und psychosoziale Parameter sowie bestimmte Lebensgewohnheiten. Zu den Faktoren, die sich sowohl günstig als auch ungünstig auf Ausbruch sowie Verlauf der Erkrankung auswirken können, gehören familiäres und soziales Umfeld, akuter und chronischer Stress, Lifestyle im Sinn eines dauerhaft belastenden Lebensrhythmus, etc.

Die Neuropsychologie versucht, spezifische Muster der Informationsverarbeitung nachzuweisen und zu lokalisieren, aber auch für therapeutische Interventionen konkrete Strategien anzubieten. Moderne Untersuchungsmethoden haben bei Manie und Depression eine Veränderung des Transmitterstoffwechsels von Serotonin, Dopamin, Noradrenalin und GABA zwischen den Nervenzellen, aber auch Veränderungen innerhalb der Nervenzellen im Gehirn festgestellt. So wird derzeit in mehreren Zentren nicht nur an feineren bildgebenden Verfahren insbesondere verschiedene Abschnitte des Hippocampus und des ventrolateralen prefrontalen Cortex betreffend gearbeitet, sondern es werden auch gewisse Proteine innerhalb der Nervenzelle wie BDNF, TGF, GSKbeta3 und Ara-

chidonsäure, welche mit Interleukinen zu tun haben, feieberhaft untersucht. Bis zum Auffinden neuerer Methoden oder Parameter für psychische Erkrankungen wie die Bipolare Störung ist es notwendig, sich weiterhin an eine möglichst genaue klinische Beschreibung zu halten, um rechtzeitig zu erkennen und zu helfen.

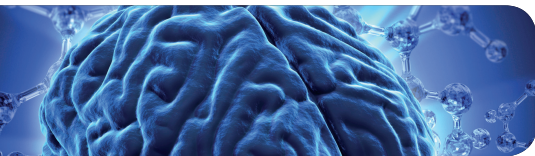
Symptombeschreibung

a) Symptome der depressiven Episode

- *Negative Grundstimmung:*
Die Betroffenen fühlen sich freudlos, wertlos, lustlos, sehr oft in Verbindung mit Angstzuständen und allgemeiner innerer Unruhe.
- *Antriebsstörung:*
Den Patienten fehlt jegliche Energie, selbst einfache, alltägliche Dinge zu verrichten.
- *Beeinträchtigungen des Denkens:*
Das Denken ist verlangsamt und dreht sich oft immer nur um dasselbe negative Thema. Konzentration und Merkfähigkeit sind oft stark eingeschränkt. Viele Patienten haben Schuldgefühle.
- *Körperliche Symptome:*
Appetitverlust, Ein- und Durchschlafstörungen, Verstopfung, Kopfschmerzen, Herzjagen, Druck über der Brust, ...

b) Symptome der manischen Episode

- *Gehobene Stimmung:*
Man fühlt sich bester Laune, ist oft situationsinadäquat heiter, bis hin zu fast unkontrollierbarer Erregung und Selbstüberschätzung.
- *Antriebssteigerung:*
Die Betroffenen weisen hohen Taten- und/oder Rededrang, unermüdliche Betriebsamkeit und Überaktivität auf, zudem besteht Größenwahn, der auch in die Tat umgesetzt wird, wie etwa durch sinnloses Einkaufen oder ►►



- wahlloses Verschenken von Dingen aus dem Privatbesitz.
- **Beeinträchtigung des Denkens:** Das Denken ist beschleunigt, der Betroffene hat ständig neue Einfälle, ist aber leicht ablenkbar und sprunghaft, da die Aufmerksamkeit nicht über einen längeren Zeitraum aufrechterhalten werden kann.
 - **Körperliche Symptome:** Vermindertes Schlafbedürfnis, ohne am nächsten Tag müde zu sein; das Schlafdefizit wird subjektiv nicht als quälend erlebt.

Zeitpunkt des Krankheitsbeginns

In der Fachliteratur wird der Beginn des bipolaren Krankheitsgeschehens meist um das 20. bis 30. Lebensjahr angegeben. Deutliche Abweichungen sind jedoch möglich.

Kindesalter

Es gibt Berichte von bipolaren Episoden bereits im fünften Lebensjahr.

Zeigen Kinder sozial auffälliges Verhalten oder weisen ein Hyperaktivitätssyndrom auf, sollte der Beginn eines bipolaren Krankheitsgeschehens in Betracht gezogen werden. Auch bei älteren Patienten sollten für eine genaue Diagnose solch eventuellen frühen Episoden abgefragt werden.

Pubertät

Auch zwischen dem zehnten und 20. Lebensjahr, also im Jugend- und Adoleszenzalter, können Fälle von ersten manischen oder depressiven Episoden auftreten (circa 25 Prozent vor dem 20. Lebensjahr). Da die Pubertät häufig generell als „Krise“ erlebt wird, werden psychische Auffälligkeiten jedoch oftmals auf das Alter geschoben; erste Anzeichen einer Depression können dadurch übersehen werden. Doch treten bei Jugendlichen Faktoren wie extreme Niedergeschlagenheit, chronische Müdigkeit, völlige Unlust zu lernen oder die Ausbildung zu beenden auf, sollten diese als Warnsymptome ernst genommen und weiter abgeklärt werden. Auch eine erste manische oder hypomanische Episode

in der Pubertät ist möglich und kann gefährliche Folgen nach sich ziehen, denn die extrem positive Gestimmtheit und Überaktivität führt möglicherweise zu unüberlegtem Verhalten und erhöhter Risikobereitschaft.

Zwischen dem 45. und 55. Lebensjahr

Speziell bei stationären Patienten zeigt sich ein Altersgipfel zwischen dem 45. und dem 55. Lebensjahr. Eventuell erfolgt die Diagnosestellung erst aufgrund des erstmaligen Krankenhausaufenthaltes, doch könnten auch die hormonelle Umstellung (vor allem bei Frauen, aber auch bei Männern) sowie die sozialen Veränderungen in dieser Lebensphase (wenn zum Beispiel die Kinder das Elternhaus verlassen, veränderte Rollen) eine mögliche Erklärung darstellen. Außerdem bleiben die ersten, leichteren Episoden der bipolaren Erkrankung oftmals unbemerkt.

Nach dem 55. Lebensjahr

Eine bipolare Störung kann sich natürlich auch erst später manifestieren, wobei hier die letztgenannten Gründe wie das Wegfallen von Struktur oder Sicherheit eine große Rolle spielen können. Hier ist dann eine genaue Abklärung zu organischen Ursachen notwendig.

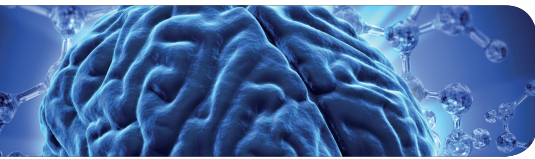
Klinische Ausprägungen

Die klinisch schweren Ausprägungsformen werden unterschieden in Manie (kann in rein euphorischer, aber auch dysphorischer Form auftreten und mit oder ohne psychotischen Symptomen einhergehen) sowie depressive Episode (kann eine typische Major Depression darstellen, aber auch agitiert oder atypisch verlaufen, so dass bei einer agitierten Form ein Mischzustand in Betracht zu ziehen ist). Grundsätzlich kön-

Klinisches Spektrum*

- **Bipolar I** (früher als manisch-depressives Krankheitsgeschehen bezeichnet): Manie in ihrem Vollbild, Wechsel mit mittelschweren und schweren depressiven Episoden.
- **Bipolar II:** Auftreten von zumindest einer hypomanen Episode sowie depressiven Episoden. Depression ist vor allem durch Energielosigkeit gekennzeichnet; die hypomanen Episoden können vorher oder direkt im Anschluss auftreten.
- **Bipolar II 1/2:** deutliche Depressionen und leichte Hypomanien mit Irritierbarkeit; das sogenannte „freie Intervall“ ist nicht wirklich „frei“ von Beschwerden.
- **Bipolar III:** Hypomanie tritt erst auf, wenn es im Rahmen der Depressionsbehandlung mit Antidepressiva, Elektroheilkampftherapie, Schlafentzugsbehandlung oder Lichttherapie zu „Nachschwankungen“ kommt.
- **Bipolar III 1/2:** Wechsel von Erregtheit und leichten Depressionen; besonderes Merkmal: gehäufter Alkohol- und Drogenmissbrauch.
- **Bipolar IV:** Depressive Episoden wechseln mit einem hyperthyemen Temperament. Krankheitsbeginn der Depression oft relativ spät, das heißt nach dem 50. Lebensjahr.
- **Bipolar V:** Krankheitsbild unipolar, jedoch gibt es in der Familie gehäuft bipolar Erkrankte. Besonderes Kennzeichen: häufiges Wiederkehren der depressiven Episoden trotz medikamentöser Therapie mit Antidepressiva.
- **Bipolar VI:** bipolare Patienten, die frühzeitig eine Demenz entwickeln.

* Nach H. Akiskal



- nen bei jeder Form der Depression auch psychotische Symptome (nihilistischer Wahn, Verarmungswahn) auftreten.

Besonderheiten im Verlauf

Rapid Cycling

Unter diesem Phänomen der „raschen Zyklen“ versteht man das Auftreten von mindestens vier Episoden in einem Jahr, von denen mindestens eine hypomane oder manisch ist. Die Therapie sollte in einer Spezialambulanz erfolgen.

Kippen

Bei zehn Prozent der Betroffenen wechselt die Stimmungslage über Nacht oder innerhalb eines Tages in den depressiven oder manischen Pol. Betroffene neigen vermehrt zu Alkoholkonsum und sind auch verstärkt Suizidgefährdet. Eine stationäre Aufnahme ist dringend anzuraten! Auch das Kippen in die Manie ist möglich. Außerdem kann ein Betroffener schlagartig aus einer Episode, die mehrere Wochen oder gar Monate andauert hat, heraus in einen beschwerdefreien Zustand kippen.

Anamnese

- Gab es früher Zeiten mit Hyperaktivität?
- Vorkommen psychischer Erkrankungen in der Familie?
- Alkohol-, Drogen-, und/oder Tablettengebrauch?
- Suizidversuche in der Vorgeschichte/Familie?
- Postpartale Stimmungsschwankungen?
- Schwerer oder unerwarteter Stress (subjektiv)?
- Episodische Verlaufsform von Stimmungsschwankungen?
- Saisonale oder andere Rhythmen?

Switchen

Der Einsatz von Antidepressiva kann unter Umständen nicht nur eine Normalisierung der Stimmungslage zur Folge haben, sondern sogar ein leichtes Stimmungshoch auslösen. Vor allem die Tricyclischen Antidepressiva (TCAs) sowie jene mit einer sogenannten noradrenergen Wirkung weisen ein höheres Switchrisiko auf, die Selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRIs) hingegen ein geringeres. Es ist wichtig, ein Switchphänomen zu registrieren, da sich damit ein bipolarer Krankheitsverlauf bestätigt, hingegen eine rein depressive Erkrankung eher ausgeschlossen werden kann.

Mischbild, Mischzustand, gemischte Episode

Es kann vorkommen, dass ein depressiver Mensch um vier Uhr früh aufwacht und über seine scheinbar ausweglose Lebenssituation schier verzweifelt. Im Laufe des Tages wechselt dann jedoch seine Stimmung, er ist wieder voller Tatendrang - sehr zur Verwunderung seiner Umwelt. Die Beurteilung solcher Patienten ist stark abhängig von der Tageszeit. Als Behandler ist man oftmals versucht, den Angehörigen nicht zu glauben, wenn sie den Patienten völlig anders schildern, als dieser sich in der Arztpraxis präsentiert. Vor allem beim Übergang von einer Episodenqualität in die andere können solche gemischten Zustände auftreten. Es ist manchmal schwierig, diese Verlaufsform beziehungsweise Episode von einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zu unterscheiden. Die Betroffenen beschreiben oft ihre Stimmungen als „Achterbahn der Gefühle“ oder im Sinn des berühmten „Himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt“.

Diagnose

Die derzeit wichtigsten gängigen Diagnosesysteme sind das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

(DSM-IV-TR 1994) der US-amerikanischen Psychiatervereinigung sowie jenes der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10).

Diagnostische Abgrenzung

Das Hauptproblem bei der Diagnose der bipolaren Erkrankung und der Abgrenzung zur unipolaren Depression besteht noch immer darin, dass Menschen wegen einer Depression zum Arzt kommen und nicht erkannt wird, dass es sich um eine bipolare Erkrankung handelt. Dies liegt häufig daran, dass nicht nach dem Gesamtverlauf gefragt wird beziehungsweise werden manchmal die Symptome einer Manie von den Betroffenen gar nicht bemerkt. Dies gilt besonders für eine hypomane Episode, da diese kürzer andauert und einen leichteren Verlauf nimmt als eine voll ausgeprägte Manie. Eine bipolare Erkrankung wird heute erst dann relativ klar diagnostiziert, wenn eine volle Manie auftritt. Aber zu diesem Zeitpunkt, wenn eine Manie beziehungsweise schon früher mehrere Depressionen aufgetreten sind, ist das Rückfallrisiko bereits enorm hoch: unbehandelt liegt es bei 80 bis 85 Prozent. Eine frühere Diagnose wäre daher von großer Bedeutung!

Diagnostische Kriterien Depression

Der Begriff Depression wird im allgemeinen Sprachgebrauch mittlerweile für viele Formen des „Schlechtfühlens“ verwendet. Ebenso wird das Gefühl des ausgebrannt sein - burn out - eher akzeptiert als eine genauere Diagnostik einer Depression.

In der Psychiatrie werden Einzelsymptome klar in ihrer Art (Qualität) und Ausprägung (Quantität) beschrieben (siehe ICD-10). Neben den diagnostischen Kriterien sind Aktivitätseinschränkungen mit sozialem Rückzug und Vernachlässigung des äußeren

Erscheinungsbildes sowie Tagesschwankungen der gesamten Symptomatik typische Merkmale. Vor allem bei älteren Betroffenen treten oftmals körperliche Beschwerden wie Kopfschmerzen, Nacken- und Gelenksbeschwerden oder vegetative Symptome wie Verstopfung, Haarausfall, Schwitzen, Tinnitus etc. auf. Bei sehr vielen depressiven Menschen zeigt sich eine Minderung des sexuellen Verlangens.

Hypomanie

Die Hypomanie wird definiert als leicht gehobene Stimmungslage mit vermindertem Schlafbedürfnis. Sie wird in der Regel vom Betroffenen als angenehm empfunden und nicht als krankhaft bewertet. Üblicherweise wird deswegen keine Medikation empfohlen. Ausnahme: Wenn der hypomane Zustand unmittelbar nach einer Depression auftritt oder im Rahmen eines bereits bekannten manisch-depressiven Krankheitsgeschehens, kann dieser - vor allem ohne medikamentöse Behandlung - auch ein Vorstadium einer manischen Episode sein. In diesem Fall ist eine kurzfristige Wiederherstellung des Betroffenen absolut notwendig, ebenso eine gezielte Aufklärung, worauf in der Lebensführung besonders zu achten ist. Wichtige Hinweise für den Patienten: Unbedingt auf einen geregelten Tag-Nacht-Rhythmus achten, Alkohol unbedingt vermeiden!

Manie

Bei der Diagnosestellung einer Manie gilt es, abzuklären, ob die derzeitige Befindlichkeit eine Änderung gegenüber dem früheren, üblichen Zustand darstellt. Ihr Ideenreichtum und ihre Kreativität machen manische Menschen oftmals sehr charismatisch und unterhaltsam. Erst im fortgeschrittenen Stadium, wenn der Rededrang (Logorrhö) zu stark wird, werden diese Menschen als anstrengend empfunden und ihr Verhalten fällt negativ auf. Der Gedankengang

ist beschleunigt, es tritt sprunghaftes Denken auf, was zu einer sprunghaften Sprache führen kann. Übertriebener Optimismus, Abenteuerlust, Extravaganz und erhöhte Risikobereitschaft sind für Angehörige oftmals schwer zu ertragen. Die Therapie ist nicht zuletzt deswegen schwierig, weil Maniker vielfach nicht therapiebereit sind beziehungsweise gar nicht das Gefühl haben, krank und daher behandlungsbedürftig zu sein. Moderne Konzepte, wie sie etwa von Jules Angst vertreten werden, stellen bei der Diagnostik der Manie nicht nur die gehobene Stimmungslage in den Vordergrund, sondern bewerten die Hyperaktivität zumindest gleichwertig für die Diagnostik.

Gemischte Episode

Mit „gemischt“ bezeichnet man das gleichzeitige oder rasch wechselnde Auftreten von Symptomen der Manie und der Depression. Der Betroffene hatte wenigstens eine manische, hypomanische oder gemischte affektive Episode in der Anamnese und zeigt gegenwärtig entweder eine Mischung oder einen raschen Wechsel von manischen, hypomanischen und depressiven Symptomen wie zum Beispiel depressive Stimmung und Überaktivität und Rededrang, manische Stimmung und Größenideen mit Agitiertheit, Antriebslosigkeit und Libidoverlust. Die Überlappung der Symptome dauert zumindest zwei Wochen an (ICD-10).

Im US-amerikanischen Diagnosesystem DSM-IV-TR wird die gemischte Episode hingegen mit einer Dauer von nur einer Woche und dem gleichzeitigen Auftreten deutlich depressiver als auch manischer Symptome mit deutlicher sozialer Beeinträchtigung (Arbeit, Beziehung, Krankenhausaufenthalt, psychotische Symptome) beschrieben. Diese sehr enge Sichtweise der gemischten Episode führt zu unterschiedlichen Interpretationen von Studienergebnissen,

Die ersten Schritte der Diagnostik

- 1) Exaktes Erfragen gewisser Erlebnissymptome (das subjektive Erleben des Patienten)
- 2) Genaues Beobachten (Ausdrucksymptome) - derzeit
- 3) Befragung von Angehörigen - derzeit, früher
- 4) Genaue Erhebung des Verlaufs (Anamnese und Außenanamnese), life charting - früher
- 5) Ausschluss körperlicher Erkrankungen durch somatische und neurologische Untersuchung

je nachdem ob die Untersuchungen in Amerika oder in Europa durchgeführt worden sind.

Differentialdiagnosen

Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)

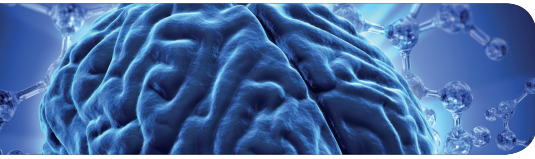
Verlangt ein außergewöhnliches Lebensereignis als „alleinige Ursache“. Traten bisher noch keine psychischen Auffälligkeiten auf, ist diese Diagnose zu erwägen. Ist es bereits wiederholt zu Verstimmungen mit „Hochs und Tiefs“ gekommen, ist eine bipolare Erkrankung in Betracht zu ziehen.

Spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60)

Das auffällige Verhaltensmuster ist andauernd und gleichförmig und nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt.

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung

Persönlichkeitsstörungen beginnen meist in der Adoleszenz und sind relativ ►►



► gleichmäßig verlaufende psychische Erkrankungen. Handelt es sich um abgesetzte Episoden oder Phasen, so ist auch ein Bipolar II 1/2-Verlauf oder wenn Alkohol oder Drogen eine Rolle spielen, ein Bipolar III 1/2-Verlauf möglich.

Schizoaffektive Störungen (F25)

Episodische Störungen, bei denen sowohl affektive als auch schizophrene Symptome in der gleichen Krankheitsphase auftreten, zumeist gleichzeitig oder höchstens durch einige Tage getrennt. Diese diagnostische Gruppe wird immer wieder in die Nähe der Bipolaren Erkrankung gerückt, da sie einerseits einen günstigeren Vergleich zur schizophrenen Erkrankung zeigt und andererseits die davon Betroffenen von Stimmungsstabilisierern relativ gut profitieren.

Therapieoptionen

Die Basis der Behandlung ist die medikamentöse Therapie. Daneben nehmen spezielle Psychotherapie für Bipolar-Betroffene, Psychoedukation und Selbsthilfegruppen einen wichtigen Stellenwert ein. Fakt ist: Ohne Behandlung erlebt nur ein äußerst geringer Prozentsatz, nämlich fünf bis zehn Prozent, keine weitere Episode, beziehungsweise können bis zur nächsten Episode manchmal Jahrzehnte vergehen. Für einen größtmöglichen Therapieerfolg ist eine individuelle Medikation erforderlich: Man muss versuchen, mit dem Patienten zu erarbeiten, welches das beste Medikament oder die beste Kombination für den jeweiligen Krankheitsverlauf ist.

Medikamentöse Therapie der akuten manischen Phase

Die akute manische Phase wird mittels Stimmungsstabilisierern (SST) wie Lithium oder Valproinsäure behandelt oder mittels atypischen Antipsychotika wie Olanzapin, Risperidon, Quetiapin, Ziprasidon, Aripiprazol und Asenapin.

Diese kommen laut allen modernen Behandlungsrichtlinien auch als Mittel der ersten Wahl zum Einsatz. Anhand des Serumspiegels kann die Dosis der Stimmungsstabilisierer und der atypischen Antipsychotika optimiert beziehungsweise die Compliance überprüft werden. Leider wird dies in einigen Bereichen in Österreich viel zu selten gemacht und zu schnell die Medikation gewechselt. Kombinationen von Lithium/Valproinsäure und atypischen Antipsychotika zeigen die besten Ergebnisse und können daher ebenfalls sinnvoll sein. Carbamazepin und Lamotrigin sind in der Akutbehandlung der Manie von untergeordneter Bedeutung. Wenn diese Medikation jedoch schon angewendet wird, so soll auch die vorhandene Medikation zuerst optimiert und nicht sofort umgestellt werden.

Hinweis: Bei schweren Manien kann nur der geschulte Fachmann in Absprache mit den Betroffenen höhere Dosierungen einsetzen.

Medikamentöse Therapie der akuten depressiven Phase

In der akuten depressiven Phase ist auf jeden Fall die Kombination eines Antidepressivums mit einem Stimmungsstabilisierer angezeigt. Denn mit der ausschließlichen Gabe eines Antidepressivums ohne zusätzlich einen Stimmungsstabilisierer zu verabreichen riskiert man, dass die negativen Effekte des Antidepressivums auf den Krankheitsverlauf (Beschleunigung der Erkrankung oder Kippen in eine hypomanische oder manische Phase) zum Tragen kommen. Außerdem ist bis heute nicht belegt, dass Antidepressiva allein bei der bipolaren Depression eine akute antidepressive Wirkung beziehungsweise eine Rückfall-verhütende Wirkung aufweisen. Von den atypischen Antipsychotika ist Quetiapin gesondert zu erwähnen, das in Dosierungen von 300 bis 600mg einen guten antidepres-

siven Effekt bei bipolaren Depressionen erzielen kann und auch in weiterer Folge in der selben Dosierung für die Rückfall-verhütende Wirkung eingesetzt werden kann.

Erhaltungsphase nicht zu früh beginnen

Nach Abklingen der Akutphase sollte zunächst die Symptomstabilisierung über mehrere Tage andauern, bevor mit einer Dosisreduktion begonnen werden kann. Die festgesetzte Erhaltungstherapie wird anschließend über mehrere Monate fortgeführt. Eventuell in der Akutphase zusätzlich verordnete Tranquilizer oder Hypnotika sollten ausgeschlichen werden. Ziel sollte immer eine funktionelle Wiederherstellung sein, da Restsymptome das Rückfallsrisiko deutlich erhöhen.

Phasenprophylaxe

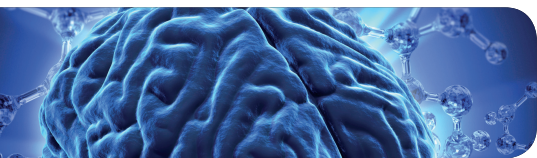
Für die Phasenprophylaxe werden jene Substanzen weiter verordnet, mit denen während der Erhaltungsphase eine erfolgreiche Stabilisierung erzielt werden konnte. In dieser Krankheitsphase fühlt sich der Patient zumeist seit längerem deutlich besser bis beschwerdefrei, dadurch sinkt oftmals seine Motivation, weiterhin täglich ein oder gar mehrere Medikamente einzunehmen. Weisen Sie ihn eindringlich darauf hin, dass ein Absetzen des Medikaments eine große Gefahr für einen Rückfall darstellt!

Achtung: Oftmals wird bei Antiepileptika und auch bei Quetiapin die Dosis unter die empfohlene Rückfall-verhütende Wirkung reduziert. Spiegelbestimmungen sind hier besonders sinnvoll.

Auswahl der Medikation

Therapie mit Lithium

Lithium ist noch immer Goldstandard in der Therapie der bipolaren Erkrankung. Es stabilisiert nicht nur die Zellmembran ►►



►► der Nervenzelle, sondern wirkt - wie man in den letzten fünf Jahren herausgefunden hat - auch innerhalb der Zelle auf gewisse Proteine schützend. Im Lauf der Jahrzehnte ist man mit dem Serum-Lithiumspiegel heruntergegangen, dadurch sind heute weniger Nebenwirkungen zu erwarten. Dennoch sollten die Patienten darauf hingewiesen werden, dass initial beziehungsweise bei Kombinationen Tremor und Mundtrockenheit auftreten können. Generell sollten bei jeder Medikation eventuelle Nebenwirkungen mit den Patienten besprochen werden. Bei Lithium muss man außerdem bei Flüssigkeitsverlust (Durchfall, Erbrechen, massives Schwitzen) besonders aufpassen, ebenso bei Nierenerkrankungen, da das Lithium-Salz über die Niere ausgeschieden wird. Spiegelbestimmungen sind regelmäßig durchzuführen; es sollten Werte zwischen 0,6 und 1,2 mMol/l angestrebt werden. Neuere Untersuchungen zeigen, dass Spiegel über 0,6 mMol/l Rückfälle von manischen aber auch von depressiven Episoden signifikant später auftreten im Vergleich zu Spiegel unter 0,6 mMol/l und Placebo (Nolen 2012).

Antiepileptika als Stimmungsstabilisierer

Seit Anfang der 1990er Jahre kommt Valproinsäure bei der Behandlung von akuten manischen Phasen zum Einsatz. Studien belegen den Rückfall-verhütenden Effekt sowohl von manischen als auch von depressiven Phasen. Dafür ist ein Blutspiegel zwischen 50 und 100 mcg/l optimal. Beim erwachsenen Menschen wird dieser in einer Dosierung von 2 x 300 mg pro Tag zumeist nicht erreicht. Eine Behandlungsform in dieser niedrigen Dosierung sollte daher generell in Frage gestellt werden. Häufigste Nebenwirkungen der Valproinsäure sind Schläfrigkeit, Müdigkeit, Zittern oder Appetitschwankungen sowie Gewichtszunahme und vorübergehender Haarausfall.

Ebenfalls alt bewährt in der Epilepsitherapie ist Carbamazepin, welches durch die Blockade der Natriumkanäle in den Nervenzellen wirkt. Studien zeigen, dass Carbamazepin auch eine antimanische und Rückfall verhütende Wirkung bei der bipolaren Erkrankung aufweist. Carbamazepin wird in der Regel gut vertragen. Gelegentliche Nebenwirkungen sind allergische Hautreaktionen, vor allem bei Patienten, welche diesbezüglich vorbelastet sind (bestehende Nickel- oder Chromallergie). Carbamazepin wird wegen der möglichen Interaktionen und der klaren embryotoxischen Wirkung zunehmend seltener eingesetzt.

Ebenfalls ein Antiepileptika der neueren Generation ist Lamotrigin. Von Anfang an wurden Untersuchungen betreffend der Rückfall verhütenden Wirkung von depressiven Episoden bei bipolarem Krankheitsgeschehen durchgeführt; Studien über den rein depressiven unipolaren Krankheitsverlauf fehlen bisher. Lamotrigin wirkt im Zentralnervensystem hemmend auf die Natriumkanäle. Erfahrungen lassen vermuten, dass erst eine höhere Dosis von 200 bis 400 mg einen Rückfall effektiv verhindert, wobei es hierzu allerdings noch keine klinischen Studien gibt. Auf jeden Fall muss mit einer niedrigen Dosierung von 25 mg begonnen und diese sollte langsam - in 14-Tages-Schritten - gesteigert werden.

Atypischen Antipsychotika als Stimmungsstabilisierer

Im Hinblick auf eine Manie zeigen alle atypischen Antipsychotika eine verlängerte Zeit bis zum nächsten Rückfall im Vergleich zu Placebo. Für eine Rückfall-verhütende Wirkung auch bei bipolarer Depression gibt es lediglich für Quetiapin Daten und die Zulassung für eine Dosierung von 300 bis 600mg. Die Nebenwirkungsprofile der atypischen Antipsychotika sind sehr unterschiedlich und müssen individuell abgewogen werden.

Tagesmüdigkeit und Gewichtszunahme sind bei einigen besonders zu beachten.

Achtung: Häufig wird bei Antiepileptika und auch bei Quetiapin unter die Dosis der empfohlenen Rückfall-verhütenden Wirkung reduziert!

Nicht-medikamentöse Behandlungsstrategien

Im Jahr 2002 hat eine Gruppe der US-amerikanischen Selbsthilfe-Vereinigung gemeinsam mit Experten beschrieben, dass die Informationen über die Erkrankung sowie die Akzeptanz der Krankheit die mit Abstand wesentlichsten Aspekte der Behandlung sind. Beides sind daher wichtige Bestandteile von einer speziell auf die bipolare Erkrankung abgestimmten Psychotherapie sowie der Psychoedukation.

Spezielle Psychotherapie

Mittels ständiger Informationsweitergabe bezüglich der Erkrankung geraten Therapeut und Patient in eine fortwährende Konfrontation, die es den Betroffenen ermöglichen soll, ein sogenanntes „Symptommanagement“ zu erarbeiten, so dass sie einzelne Symptome in Zukunft viel früher erkennen können.

Folgende Psychotherapeutische Formen kommen bei der Bipolaren Erkrankung zum Einsatz:

- Kognitive Verhaltenstherapie: zielt darauf ab, dass der Patient/Klient neue Verhaltensmuster und die Reduktion von Stressoren erlernt.
- Interpersonelle Therapie: Im Fokus steht - neben Informationsweitergabe und Symptommanagement - vor allem das Thema Beziehungskonflikte.
- Soziale Rhythmustherapie: das Ausarbeiten eines Tagesrhythmus im psychisch gesunden, freien Intervall soll als stabilisierender Faktor mithelfen, die Auslenkungen der Stimmungslage einzuschränken.

Die Neuropsychologie bietet nicht nur in der Diagnostik, sondern auch bei der Therapie wesentliche Beiträge zur spezifischen Intervention bei bipolaren Störungen.

Psychoedukation als zusätzliche Stabilisierung

Einen ebenfalls wichtigen Beitrag in der Therapie der bipolaren Erkrankung leisten sogenannte Psychoedukationsprogramme. Betroffene erfahren in sechs bis 21 Psychoedukations-Sitzungen, die meist in Gruppen erfolgen, alles rund um bipolare Erkrankungen. Dabei geht es um mehr als reine Wissensvermittlung. Es soll auch das Bewusstsein geschaffen werden, wie Betroffene mit psychischen Krisen kompetent und sicher umgehen können. Außerdem soll die Hoffnung, trotz bipolarer Erkrankung ein zufriedenes und erfülltes Leben führen zu können, gefördert werden. Je früher Psychoedukation im Krankheitsverlauf zum Einsatz kommt, umso besser sind die Erfolgsaussichten.

Selbsthilfegruppen

Auch der Austausch in einer Selbsthilfegruppe wird von vielen Betroffenen - und ihren Angehörigen - als hilfreich empfunden und sollte von den behandelnden Ärzten aktiv unterstützt werden.

Suizidrisiko abklären

Bei der bipolaren Erkrankung besteht eine erhöhte Suizidalität. Mögliche Fragestellungen zur Abklärung des Suizidrisikos sind beispielsweise: „Verspüren Sie einen Lebensüberdruß?“, „Fällt es Ihnen schwer, Ihr Leben zu gestalten?“, „Denken Sie, es wäre besser, wenn Sie nicht mehr

aufwachen würden?“ Der behandelnde Arzt sollte außerdem unbedingt erfragen, ob es bereits in der Vergangenheit Suizidversuche gab. Es ist bekannt, dass innerhalb eines Jahres bis zu 20 Prozent aller Patienten den Suizidversuch wiederholen. Auch der Beginn einer medikamentösen Behandlung mit Antidepressiva kann unter Umständen eine kritische Phase sein: Die Stimmungslage ist noch unverändert depressiv, der Antrieb hingegen bereits deutlich gesteigert. Vor allem bei Jugendlichen ist auf dieses Phänomen zu achten!

Um suizidale Handlungen zu vermeiden, kommen psychosoziale Hilfe und Medikamente zum Einsatz. Im Rahmen eines Gesprächs sollte der behandelnde Arzt seinen Verdacht auf Suizidalität ansprechen und eruieren, welche der möglichen Hilfestellungen angeboten werden sollen beziehungsweise ob eine bereits bestehende Medikation angepasst werden muss. Mehrere Studien belegen mittlerweile einen antisuizidalen Effekt von Lithiumsalz bei längerfristiger Einnahme.

Conclusio

Bewusst wurde in diesem Überblick auf Medikamentenlisten, wie es sie bereits zuhauf gibt, Abstand genommen. Wichtig ist es, die Bedeutung des für die Behandlung der bipolaren Störung notwendigen Therapiepakets noch einmal zu betonen. Ziel des Therapiepakets ist ein zufriedenes Lebensgefühl ohne allzu große Beeinträchtigung durch Krankheitsepisoden. Neben der medikamentösen Therapie muss eine ausführliche Aufklärung über die bipolare

Erkrankung erfolgen. Denn erst dies bietet den Betroffenen die Möglichkeit, selbst konstruktiv die geeigneten Schritte im Umgang mit der Erkrankung mit zu gestalten, statt der Krankheit hilflos ausgeliefert zu sein. Spezifische Psychotherapie und Psychoedukation sind daher neben der Medikation wichtige Säulen eines Gesamt-Therapiepakets, das individuell für den jeweiligen Patienten festgelegt werden muss. Hört man dem Patienten aufmerksam zu, kann man oft viel aus seiner langjährigen Erfahrung mit der Krankheit lernen – sind doch die Patienten nur allzu oft selbst die Experten. ◀◀

Literatur beim Verfasser

*) **Univ. Prof. Dr. Christian Simhandl**,
Bipolar Zentrum Wr. Neustadt,
Bahngasse 43, 2700 Wiener Neustadt,
E-Mail: psychiatrie@simhandl.at

Ärztlicher Fortbildungsanbieter (Herausgeber):

Klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie/
Universitätsklinik für Psychiatrie
und Psychotherapie

Lecture Board:

Univ. Prof. Dr. Christian Haring
Landeskrankenhaus Hall,
Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie B
Ao Univ. Prof. Dr. Kenneth Thau
Medizinische Universität Wien, Universitäts-
klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Klinische Abteilung für Biologische Psychiatrie
Dr. Eva Schmidt-Reininghaus
Medizinische Universität Graz,
Universitätsklinik für Psychiatrie

Wissen in
brillanter
Qualität

www.aerztezeitung.at/DFP-Literaturstudium

Österreichische
Ärztezeitung
Die Zeitschrift der Ärztinnen und Ärzte

DFP-Literaturstudium

➤ Management der Bipolaren Störungen

Im Rahmen des Diplom-Fortbildungs-Programms der Österreichischen Ärztekammer ist es möglich, durch das Literaturstudium in der ÖÄZ Punkte für das DFP zu erwerben.

Nach der Lektüre des State of the Art-Artikels beantworten Sie bitte die Multiple choice-Fragen. Eine Frage gilt dann als korrekt beantwortet, wenn alle möglichen richtigen Antworten markiert sind.

Insgesamt müssen vier von sechs Fragen richtig beantwortet sein, damit zwei DFP-Punkte „Psychiatrie“ im Rahmen des Literaturstudiums anerkannt werden. Schicken Sie diese Seite entweder per Post oder Fax an:

Verlagshaus der Ärzte GmbH
z. H. Frau Claudia Chromy,
1010 Wien, Nibelungengasse 13,
Fax: 01/512 44 86/24
Wir ersuchen Sie, uns den ausgefüllten Fragebogen bis zum 12. April 2013 zu retournieren.

Ab sofort online unter:
www.aerztezeitung.at/DFP-Literaturstudium



Fragen:

- 1) Welche diagnostischen Schritte sind notwendig, um eine frühe Diagnose - die von entscheidender Bedeutung für den weiteren Krankheitsverlauf ist - zu gewährleisten?** (zwei Antworten richtig)
 - a) Erfragen des derzeitigen subjektiven Erlebens des Patienten
 - b) Befragung der Angehörigen über derzeitigen und früheren Verlauf
 - c) genaues Beobachten und Erhebung des bisherigen Verlaufs (Außen- und Fremdanamnese)
 - d) Untersuchung im Schlaflabor
 - e) Ausschluss körperlicher Erkrankungen durch somatische und neurologische Untersuchungen
- 2) Wann sollte mit der Erhaltungsphase begonnen werden?** (zwei Antworten richtig)
 - a) sofort nach Abklingen der Akutphase
 - b) wenn die Akutphase abgeklungen ist und die Symptomstabilisierung bereits mehrere Tage lang besteht
 - c) zwei Wochen nach Ende der Akutphase
 - d) wenn der Patient die Medikation reduzieren will
 - e) wenn nur noch leichte Restsymptome bestehen
- 3) Warum sollte in der akuten depressiven Phase ein Antidepressivum nie allein, sondern nur zusammen mit einem Stimmungsstabilisierer verordnet werden?** (zwei Antworten richtig)
 - a) Mit einem Antidepressivum allein riskiert man, dass dessen negative Effekte auf den Krankheitsverlauf (Beschleunigung der Erkrankung, Kippen) zum Tragen kommen.
 - b) Ein Antidepressivum allein weist Rückfall-verhütende Wirkung auf.
 - c) Weil durch die Kombination auch eine Augmentierung erreicht wird.
 - d) Damit die in der Akutphase eventuell verordneten Tranquilizer und Hypnotika möglichst rasch wieder ausgeschlichen werden können.
- 4) Welche Substanzen sind erste Wahl bei der Therapie der akuten manischen Phase?** (drei Antworten richtig)
 - a) Carbamazepin und Lamotrigin
 - b) Lithium
 - c) Atypische Antipsychotika wie Olanzapin, Risperidon, Quetiapin, Ziprasidon, Aripiprazol und Asenapin
 - d) Valproinsäure
 - e) Clonazepam, Diazepam
- 5) Welche Substanzen kommen als Stimmungsstabilisierer bei den Bipolaren Störungen zum Einsatz?** (drei Antworten richtig)
 - a) Antiepileptika wie Valproinsäure, Carbamazepin, Lamotrigin
 - b) Atypische Antipsychotika wie Quetiapin
 - c) Antidepressiva
 - d) Lithium
 - e) Benzodiazepine
- 6) Was sind neben der medikamentösen Therapie durch Stimmungsstabilisierer die wichtigsten Bestandteile des Behandlungspaketes der bipolaren Störungen?** (zwei Antworten richtig)
 - a) Psychoedukation
 - b) Transkranielle Magnetstimulation
 - c) Medikation alleine ist ausreichend
 - d) Vagusnervstimulation
 - e) Spezielle Psychotherapie

Absender:

Bitte deutlich in Blockbuchstaben ausfüllen, da sonst die Einsendung nicht berücksichtigt werden kann!

Name: _____

Meine ÖÄK-Arztnummer:

						-			
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

Adresse: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Turnusarzt/Turnusärztin
- Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin
- Facharzt/Fachärztin für
- Ich besitze ein gültiges DFP-Diplom.

Altersgruppe:

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| < 30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | > 60 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |