

factsheet



Österreichische Gesellschaft für
Bipolare Erkrankungen (ÖGBE)

P.b.b. GZ 02Z034626W, Benachrichtigungspostamt 1080 Wien. Bei Unzustellbarkeit zurück an Absender: MedMedia Verlag und Mediaservice GmbH Straße 21/8, 1080 Wien

Bipolare Störungen in der Allgemeinmedizin

edit^ori^al

In der Antike gab es schon sehr detaillierte Beschreibungen der bipolaren/manisch-depressiven Erkrankungsbilder. Die „Zirkularität“ dieser damals als melancholisch bezeichneten Krankheitsbilder war schon Hippokrates und Platon bekannt. Die diagnostischen Kriterien der ICD-9 und der ICD-10 und somit auch die ärztlichen Handlungsweisen berücksichtigen eher die schwereren Verlaufsformen bipolarer Erkrankungen, nämlich die Manie und die Depression.

Breit angelegte Untersuchungen der letzten Jahrzehnte zeigten ein relativ hohes Auftreten von Stimmungsschwankungen in der Allgemeinbevölkerung. Diese leichteren, nicht immer zu einer Spitalsbehandlung führenden Episoden sind jedoch oft mit schwer wiegenden sozialen Problemen, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Angst/Esstörungen und Suizidalität verbunden. Daraus folgend kam es zu einer Erweiterung des Begriffes „bipolar“ in „Bipolares Spektrum“ und es wird versucht, auch die weichen Formen (soft bipolar) zu erfassen und in weiterer Folge zu behandeln.

Da man mit Lithiumsalzen allein nicht das Auslangen finden konnte, wurden



**Ao. Univ.-Prof. Prim.
Dr. Christian Simhandl**

Untersuchungen mit verschiedenen Antiepileptika und zuletzt mit neueren Antipsychotika durchgeführt. Parallel zum neuen Interesse der Pharmaindustrie an der bipolaren Erkrankung wurden auch neue psychotherapeutische Vorgangsweisen entwickelt, sodass wir heute eine breite Angebotspalette an medikamentösen und auch psychotherapeutischen Möglichkeiten für eine erfolgreiche und effiziente Behandlung der bipolaren Erkrankungen in Händen haben.

**AO. UNIV.-PROF. PRIM.
DR. CHRISTIAN SIMHANDL
PRÄSIDENT DER ÖGBE**

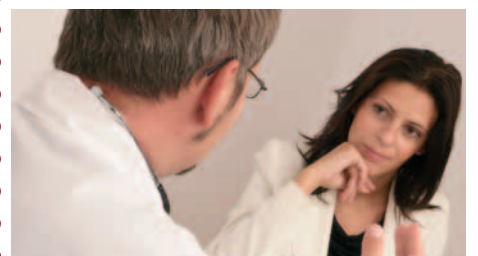
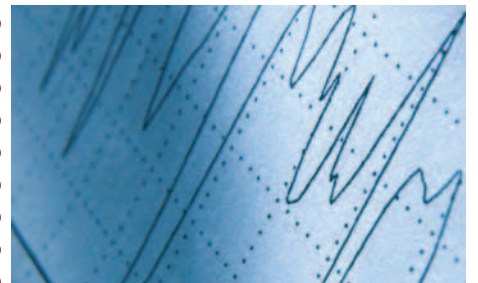
Die Österreichische Gesellschaft für Bipolare Erkrankungen (ÖGBE) hat als Ziel, Informationen über frühzeitiges Erkennen, genauere Diagnostik, medikamentöse wie auch psychotherapeutische Interventionen dem derzeitigen Wissensstand entsprechend an Bevölkerung, Ärzte und Therapeuten heranzutragen.

Präsident: ao. Univ.-Prof. Prim. Dr. Christian Simhandl, Wissenschaftl.

Sekretär: ao. Univ.-Prof. Dr. Armand Hausmann, sekretariat@oegbe.at,

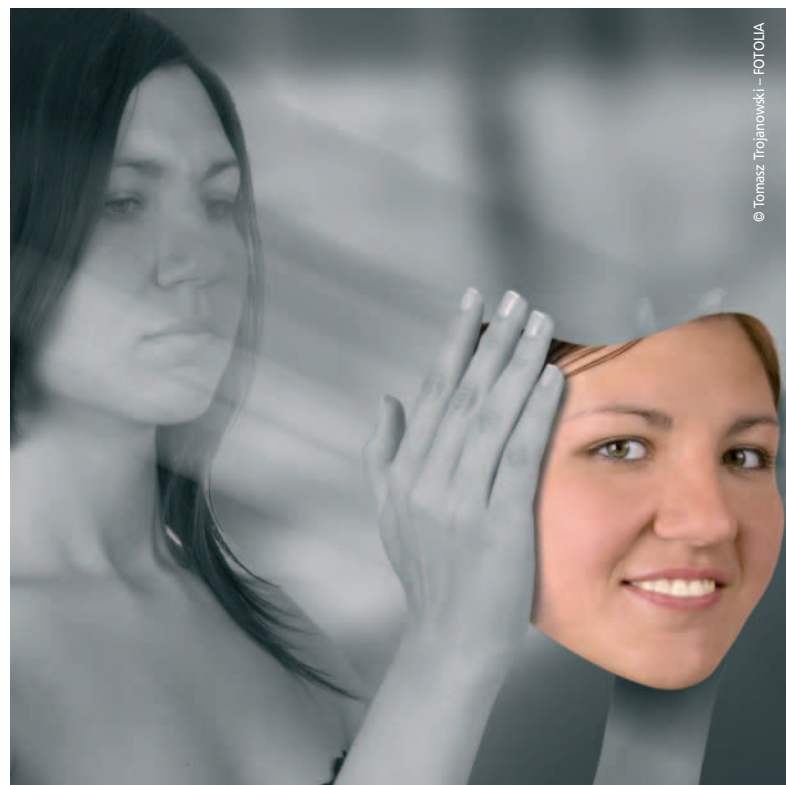
www.bipolar.at, www.oegbe.at

● Diagnose in der Allgemeinpraxis	3
● Klinisches Spektrum	4
● Fragebogen für Patienten	5
● Medikamentöse Therapie	6
● Akuttherapie	7
● Erhaltungstherapie und ● Phasenprophylaxe	9
● Klinische Untersuchungen	10
● Psychotherapie	11
● Tipps für den Alltag	12



Bipolare Störungen in der Allgemeinpraxis

Bei der überwiegenden Mehrzahl der Patienten, bei denen eine bipolare Störung diagnostiziert wird, bilden depressive Symptome den Anlass für die Konsultation eines Arztes. Da jedoch beim erstmaligen Auftreten einer depressiven Episode noch nicht feststeht, ob es sich um eine unipolare Depression oder eine Depression im Rahmen einer bipolaren Erkrankung handelt, sind im Rahmen der Anamnese nicht nur die Akutsymptome zu erfassen,



© Tomasz Trojanowski – FOTOLIA

Fragen für die Diagnose in der Allgemeinpraxis

Anamnese

- Frühere psychische Erkrankungen
- Vorkommen psychischer Erkrankungen in der Familie
- Alkohol-, Drogen- und/oder Tablettengebrauch
- Suizidversuche in der Vorgeschichte
- Postpartale Stimmungsschwankungen
- Schwerer oder unerwarteter Stress
- Chronische oder episodische Verlaufsform von Stimmungsschwankungen

Erkennen der Depression

- Können Sie sich noch freuen wie früher?
- Verfolgen Sie dieselben Interessen wie früher?
- Können Sie Entscheidungen treffen?
- Hat sich Ihr Appetit/Körpergewicht verändert?
- Wie steht es um Ihr Selbstwertgefühl?
- Denken Sie manchmal, dass das Leben für Sie nicht mehr lebenswert sei?
- Leiden Sie an Schlafstörungen (Ein-, Durch-, frühmorgens)?
- Wie steht es um Ihre Konzentrations- und Denkfähigkeit?
- Wie steht es um Ihre Energie, Ihr Körpergefühl?

Erkennen der Manie

Kennen Sie Zeiten ...

- ... in denen Sie weniger Schlaf als sonst brauchen, ohne müde zu sein?
- ... in denen Sie überaktiv, voller Ideen und Tatendrang sind?
- ... mit gehobener, überschießender oder gereizter Stimmung?
- ... mit erhöhtem Rededrang?
- ... mit exzessiver Genussucht?
- ... in denen Sie wegen Ihrer gehobenen Stimmung Probleme in der Familie oder am Arbeitsplatz hatten?

sondern unbedingt auch vorangegangene Symptome, die auf eine mögliche Manie hinweisen. Dies ist umso schwieriger, als die Symptome einer (vor allem leicht ausgeprägten) Manie von den Betroffenen nicht als belastend, sondern im Gegenteil oft sogar als angenehm empfunden und dementsprechend auch nicht berichtet bzw. erinnert werden. In besonderem Maß gilt dies für eine hypomanische Episode in der Vorgeschichte, da diese im Vergleich zu einer voll ausgeprägten Manie kürzer andauert und eine leichtere Symptomatik aufweist. Die korrekte Diagnose, insbesondere die Abgrenzung gegenüber einer unipolaren Depression, ist jedoch von größter Bedeutung, weil sie entscheidende Konsequenzen für die Therapie bringt (siehe Seite 8).

Basis ICD-10, DSM-IV

Die aktuelle Basis für die Diagnostik einer bipolaren Störung bilden die internationale Klassifikation psychischer Erkrankungen der WHO (ICD-10) oder die Kriterien nach DSM-IV. Problematisch an diesen Kriterien ist, dass unter ihrer Anwendung die Erkrankung seltener diagnostiziert wird als sie tatsächlich auftritt, weil die Diagnose z.B. an strenge Vorgaben hinsichtlich der Dauer der einzelnen Episoden gebunden ist. Für die tägliche Praxis scheint ein Fragenkatalog, der sich an der Erfassung der Qualität der Diagnosekriterien orientiert, oder ein Fragebogen zu Störungen der Stimmungslage (siehe Seite 5) am praktikabelsten.

Klinisches Spektrum – Typen I bis VI

Da, wie bereits erwähnt, die Klassifizierungssysteme nach ICD-10 und DSM-IV der Diagnostik von Stimmungsschwankungen in der Praxis nicht immer gerecht werden, wurde die Beschreibung von Typen entwickelt. Diese Typisierung entstand durch eine Verbindung zwischen dem Verlauf der Erkrankung, einer familiären Vorbelastung und vorbestehenden Charaktereigenschaften mit den jeweiligen Stimmungssymptomen.

- **Bipolar I: Depression und Manie:** Klassisches Bild der bipolaren Erkrankung mit klar definierten mittelschweren und schweren depressiven Episoden und voll ausgeprägten manischen oder gemischten Episoden. Etwa 20% dieser Patienten erleben auch eine Manie mit psychotischen Symptomen; in diesem Fall ist die Stimmungslage der Manie oft nicht rein euphorisch, sondern dysphorisch (gereizt) oder gemischt.
- **Bipolar II: Depression und Hypomanie:** Ist definiert durch das Auftreten einer oder mehrerer Episoden einer Depression mit mindestens einer hypomanischen Episode. Die Depression erscheint vorrangig in Form von Energielosigkeit (atypische Depression), die hypomani-

schen Phasen folgen dieser oft unmittelbar und können über lange Zeit andauern. Die Bipolarität der Erkrankung wird hier oft übersehen, weil die Beeinträchtigung nur aus den depressiven Symptomen resultiert und die hypomanischen Phasen nicht als solche erkannt oder erinnert werden. Eine Fremdanamnese ist für die korrekte Diagnose oft entscheidend, weil unvorhergesehene Stimmungsschwankungen von Angehörigen eher bemerkt werden.

- **Bipolar II-1/2: Depression und Zykllothymie:** Bei diesem Typus liegen deutliche Depressionen und leichte Hypomanie mit Irritierbarkeit vor, das „freie Intervall“ ist jedoch nicht völlig frei von Symptomen. Ebenso werden für diesen Typus Paniksymptome und soziale Ängste sowie oftmals Anzeichen von Suizidalität beschrieben.
- **Bipolar III: Durch Antidepressiva demaskierte bipolare Störung:** Patienten, bei denen es unter einer Therapie mit Antidepressiva, Lichttherapie, EKT oder Schlafentzugstherapie zu Kipp-Phänomenen in die Hypomanie oder Manie kommt. Oft wird ein gehäuftes Auftreten bipolarer Erkrankungen in der Familie beobachtet.

- **Bipolar III-1/2: Durch Drogen demaskierte bipolare Störung:** Bei dieser Untergruppe wechseln sich Erregtheit und leichte Depression ab. Besonderes Merkmal ist ein gehäufter Alkohol- oder Drogenmissbrauch, weshalb häufig insbesondere am Beginn die entsprechende Diagnose (Suchtproblem bzw. bipolare Störung) schwierig zu stellen ist.

- **Bipolar IV: Depression und Hyperthymie:** Depressive Episoden wechseln mit hyperthymem Temperament. Die Hyperthymie erscheint hier nicht episodenhaft, sondern wird als Wesenszug verstanden. Krankheitsbeginn ist oft erst nach dem 50. Lebensjahr. Kennzeichnend ist das Bild des lebenslustigen, ganze Gesellschaften unterhaltenden Menschen mittleren und höheren Alters, der akut in eine Depression stürzt. Aufgrund der Kluft zwischen „Normalbefinden“ und Depression besteht eine erhöhte Neigung zu suizidalen Handlungen.

- **Bipolar V:** Das Erscheinungsbild des Betroffenen ist im bisherigen Krankheitsverlauf unipolar depressiv, in der Familie finden sich jedoch bipolar Erkrankte. Trotz medikamentöser Therapie mit Antidepressiva kommt es zum häufigen Wiederkehren depressiver Episoden.

- **Bipolar VI:** Zusätzlich zur bipolaren Störung entwickeln diese Patienten frühzeitig eine Demenz. Antidepressiva sind hier wenig effektiv bzw. verschlechtern sogar das Zustandsbild

Rapid Cycling: 13–20% aller Patienten zeigen im Verlauf ihrer Erkrankung ein Rapid-Cycling-(RC-) Muster. Dabei vollzieht sich der Stimmungswechsel oft innerhalb von Stunden oder Tagen. Diagnosekriterien sind vier oder mehr Episoden einer affektiven Störung innerhalb eines Jahres, wobei der Schweregrad der Symptome dem Vollbild einer depressiven Episode bzw. einer Manie/Hypomanie entspricht. Die Abgrenzung der Episoden erfolgt entweder durch freie Intervalle oder durch Kippen in die entgegengesetzte Polarität.



FRAGEBOGEN FÜR PATIENTEN

FRAGEBOGEN

Bitte lesen Sie die folgenden Fragen sorgfältig durch und kreuzen Sie eine Antwort an, die auf Sie am besten zutrifft. Wenn Sie dieses Formular ausgefüllt haben, legen Sie es Ihrer betreuenden Ärztin/Ihrem betreuenden Arzt vor.

I. Gab es einmal einen Zeitabschnitt in Ihrem Leben, in dem Sie anders fühlten und handelten als sonst und in dem ...

	ja	nein
... Sie so gehobener Stimmung waren, dass Ihre Mitmenschen den Eindruck hatten, Sie seien anders als sonst oder ... Sie aufgrund Ihrer gehobenen Stimmung Schwierigkeiten mit Ihren Mitmenschen bekamen?		
... Sie sich so gereizt fühlten, dass Sie Mitmenschen angeschrien haben oder in Streitigkeiten oder Handgreiflichkeiten verwickelt wurden?		
... Sie sich sehr viel selbstbewusster fühlten als gewöhnlich?		
... Sie weniger Schlafbedürfnis hatten?		
... Sie mehr Rededrang verspürten und schneller sprachen als sonst?		
... Ihre Gedanken zu rasen begannen?		
... Sie so schnell abgelenkt wurden von äußeren Ereignissen, dass Sie sich nicht mehr konzentrieren konnten?		
... Sie viel mehr Energie hatten als sonst und sich leistungsfähiger fühlten?		
... Sie deutlich mehr Aktivitäten durchführten als gewöhnlich?		
... Sie geselliger waren als sonst oder weniger soziale Hemmungen hatten (z.B. mitten in der Nacht einen Freund anrufen)?		
... Sie mehr Interesse an Sex hatten als sonst?		
... Sie Dinge taten, die für Sie untypisch sind bzw. von denen Ihre Mitmenschen sagten, sie seien übertrieben, leichtsinnig oder riskant?		
... Sie so viel Geld ausgaben, dass Sie sich selbst oder Ihre Familie in finanzielle Schwierigkeiten brachten?		
II. Haben Sie mehr als eine Frage mit „ja“ beantwortet? Wenn ja: Sind manche der oben genannten Symptome innerhalb desselben Zeitabschnitts aufgetreten?		

III. Wie problematisch schätzen Sie die Schwierigkeiten ein, die Ihnen durch diese Erlebens- und Verhaltensweisen erwachsen sind (z.B. familiäre, finanzielle oder rechtliche Probleme, Streitigkeiten oder Handgreiflichkeiten)? Bitte nur eine Antwort ankreuzen:

- nicht problematisch
- geringfügig problematisch
- mittelmäßig problematisch
- sehr problematisch

Patientenname: _____

Datum: _____

Medikamentöse Therapie

Ziele in der Behandlung bipolarer Störungen sind vor allem, die Krankheitsprognose günstig zu beeinflussen, um damit die Notwendigkeit stationärer Aufnahmen zu vermeiden, psychische und soziale Probleme zu minimieren, die Arbeitsfähigkeit zu erhalten und das hohe Suizidrisiko zu mindern. Diese Ziele (bzw. die negativen Konsequenzen einer unterlassenen Behandlung) sollten dem Patienten bei mangelnder Einsicht eindringlich vermittelt werden.

Neben der Behandlung der akuten Episode wird von Therapiebeginn an ebenfalls die Phasenprophylaxe angestrebt.

PHASENGERECHTE THERAPIEZIELE

Bei der Planung jeder medikamentösen Intervention im Zusammenhang mit bipolaren Störungen ist die Phase zu berücksichtigen, in der sich der Patient aktuell befindet:

- Die **Akutphase** wird in der Praxis mit zwei Monaten bemessen. Ziel ist, die Symptome mittels Akuttherapeutika vollständig zum Sistieren zu bringen, da Restsymptome wie Angst oder eine verbleibende depressive Symptomatik das Auftreten einer neuen Episode beschleunigen. Die Wahl der Akuttherapie richtet sich nach der Symptomatik, d.h. nach der Qualität der aktuellen Episode (manische, depressive oder gemischte Episode).

- Die anschließende **Kontinuationsphase (Erhaltungsphase)** erstreckt sich vom 3. bis zum 6. Monat. Hier gilt es, die in der Akutphase erreichte Remission mittels Fortführung der Akuttherapie (ev. in geringerer Dosierung, vgl. Tab. 3) zu stabilisieren, weil jede Verschlechterung der Symptomatik innerhalb dieser Phase einen Rückfall bedeutet.
- Die **Phasenprophylaxe** beginnt ab dem 7. Monat und erstreckt sich über den Rest des Lebens. Da die Wahrscheinlichkeit neuer Episoden mit der Anzahl bereits durchlebter Episoden steigt und sich dadurch die Prognose der Erkrankung verschlechtert, gilt es mittels konsequenter Phasenprophylaktischer Therapie jegliche Art von Rezidiven zu vermeiden.

EINGESETZTE MEDIKAMENTENKLASSE

Die medikamentöse Behandlung der bipolaren Störung richtet sich nach der Phase der Erkrankung.

Als **Akutmedikamente** kommen je nach Qualität und Schweregrad der Episode unterschiedliche Medikamentengruppen zum Einsatz (siehe Tab. 2).

- Neuere (atypische) Antipsychotika: bei Manie oder gemischten Episoden (Olanzapin, Risperidon, Quetiapin, Ziprasidon per os oder einige auch i.m.); Aripiprazol und Amisulprid sind in dieser Indikation in Österreich nicht zugelassen. Bei

extrem agitierten Patienten kommt nach wie vor Haloperidol i.v. vor allem im stationären Bereich zur Anwendung (zur psychomotorischen Ruhigstellung).

- Antidepressiva: vorzugsweise SSRI oder Bupropion; keine Trizyklika. Werden nicht nur bei depressiven Episoden eingesetzt, sondern auch bei Angstsymptomen, Essstörungen und Zwangserkrankungen. Antidepressiva in der Behandlung der bipolaren Störung sollten nur in Kombination mit einem Stimmungsstabilisator, vorzugsweise einem antimanisch („von oben“) wirksamen, angewendet werden.
- Tranquilizer: ev. kurzfristig bei extrem agitierten Patienten bzw. bei Bedarf zur Überbrückung bis zum Wirkeintritt der Antidepressiva.

Bei den **Stimmungsstabilisatoren** handelt es sich um eine nicht-substanzspezifische Klasse von Psychopharmaka, die das Wiederauftreten von neuerlichen Episoden verhindern sollen. Die Auswahl richtet sich nach der vorherrschenden Symptomatik:

- Vorwiegend antidepressiv („von unten“) wirksam sind: Lithium und Lamotrigin.
 - Vorwiegend antimanisch („von oben“) wirksam sind: Lithium, Valproat, Carbamazepin, und Olanzapin und Risperidon. Lithium ist demnach der am universellsten einsetzbare Stimmungsstabilisator.
- Akuttherapie manischer Episoden**



Die Therapie der bipolaren Störung in der Allgemeinpraxis

Allgemeines:

- Alle praktischen Ärzte sollten die Patienten mit einer Diagnose der bipolaren Erkrankung unter dem Register „Patienten mit schwerer psychiatrischer Erkrankung“ führen.
- Patienten mit einer bipolaren Störung, inklusive jener mit subklinischen Symptomen, brauchen eine kontinuierliche und regelmäßige Behandlung.

Wann soll ich zum Facharzt überweisen?

- Patienten, die Probleme haben reguläre Termine wahrzunehmen
- Patienten mit häufigen Rezidiven, kontinuierlichen funktionellen und sozialen Beeinträchtigungen und mit komorbider Angsterkrankung
- Patienten mit Suizidrisiko
- Patienten mit chronischem Alkohol-, Drogenmissbrauch oder Abhängigkeit

Wann ist eine stationäre Behandlung indiziert?

- Bei Patienten mit bipolarer Erkrankung mit signifikantem selbstschädigendem Verhalten
- Wenn die depressiven Symptome nicht auf mindestens drei Behandlungsversuche mit adäquater Dosis und Dauer reagiert haben
- Akute RC-Episoden sollten in Spezialeinheiten behandelt werden.
- Suizidalität
- Psychotische Symptomatik

Für die Therapie der akuten Manie können entweder antimaniisch wirksame Stimmungsstabilisatoren (wie Lithium, Valproat oder Carbamazepin) oder neuere (atypische) Antipsychotika (wie Olanzapin, Risperidon, Quetiapin und Ziprasidon, zum Einsatz kommen.

Die Medikation kann in der Regel als Monotherapie erfolgen, wobei es bezüglich der Wirksamkeit kaum Unterschiede zwischen Stimmungsstabilisatoren und neueren Antipsychotika gibt.

Sollte eine raschere und bessere Wirksamkeit angestrebt werden – etwa aufgrund des Schweregrades der Episode oder aus sozialen Gründen –, wird von amerikanischen Richtlinien eine Kombinationstherapie eines Stimmungsstabilisators mit einem atypischen Antipsychotikum empfohlen.

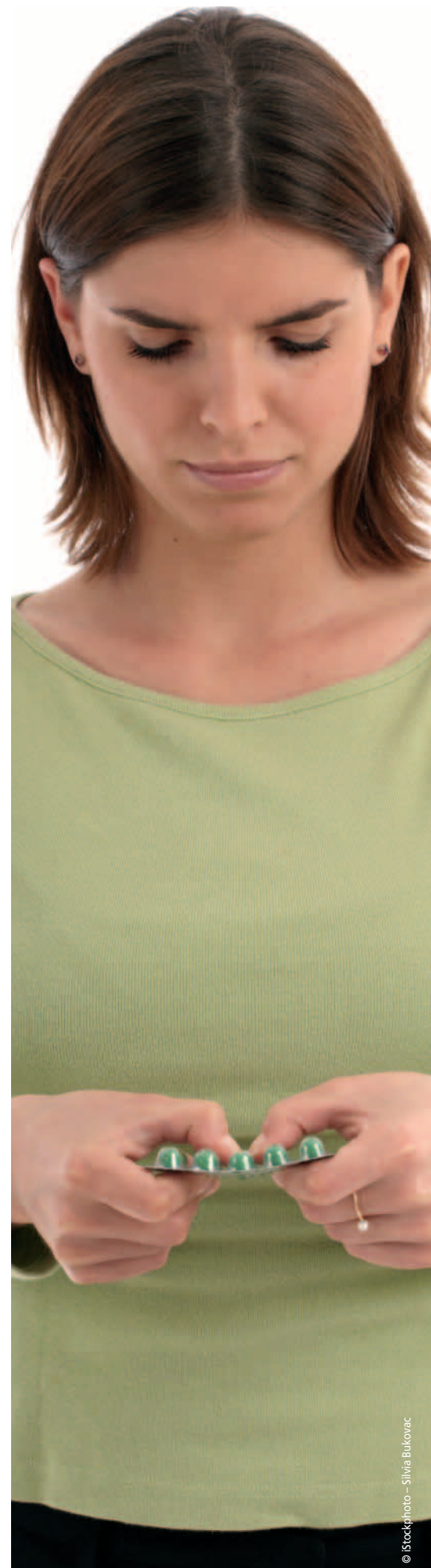
Bei extrem agitierten Patienten kann die Gabe von klassischen Neuroleptika, die parenteral verabreichbar sind (wie Haloperidol), unumgänglich sein. Diese sind allerdings bei bipolaren Patienten per se nicht indiziert, da im Schnitt bei 80 % Akathisien („Trippelmotorik“) auftreten. Eine rasche Umstellung auf neuere (atypische)

Antipsychotika ist anzustreben.

Valproat und Lithium scheinen bei manischen Patienten, die keinerlei Symptome einer Depression aufweisen, gleich gute Responderaten zu erzielen. Reizbarkeit bei manischen Patienten wurde mit einer hohen Ansprechrate auf Valproat assoziiert, Gleiches gilt für manische Patienten mit einer Geschichte eines schlechten Ansprechens auf Lithium. Treten zusätzlich psychotische Symptome auf, so sind in jedem Fall atypische Antipsychotika (alleine oder auch zusätzlich zu den Stimmungsstabilisierern) anzuwenden.

Akuttherapie depressiver Episoden

Prinzipiell sollen gemischte Episoden wie manische Episoden behandelt werden. Die Therapie der akuten depressiven Episode im Rahmen einer bipolaren Erkrankung („bipolare Depression“) verläuft im Gegensatz zur Therapie der akuten manischen Phase in vielen Fällen weniger erfolgreich. Grund dafür ist nicht nur, dass Antidepressiva in dieser Indikation bei einigen Patienten weniger wirksam sind, sondern auch die Tatsache, dass Antidepressiva bekanntermaßen den Verlauf der





Erkrankung negativ beeinflussen können: Je nach Substanzklasse können sie Kipp-Phänomene („Switch“) in die Manie oder eine Entwicklung im Sinne eines „Rapid Cycling“ (s.u.) induzieren. Dabei scheint es sich um ein substanzspezifisches Phänomen zu handeln: Trizyklika und duale Antidepressiva weisen höhere Switch-Raten auf als SSRI und sollten daher vermieden werden. Auf der anderen Seite scheinen besonders therapieresistente Depressionen bipolarer Natur zu sein. Da duale Antidepressiva in Metaanalysen eine bessere antidepressive Wirksamkeit gezeigt haben als SSRI, sind sie manchmal in der Therapie der bipolaren Depression unumgänglich. Auch hier gilt immer, dass sie in Kombination mit einem Stimmungsstabilisierer zu verwenden sind.

Als Antidepressiva bei bipolarer Depression sind in erster Linie SSRI zu verwenden; ebenfalls geeignet ist Bupropion (bislang als Antirauchermittel Zyban® in Österreich zugelassen; ebenso als Wellbutrin® in der Therapie der Depression in Österreich bereits zugelassen, erscheint im ersten Halbjahr 2007 am Markt). Die Switch-Raten dieser beiden Substanzklassen liegen wahrscheinlich auf Plazeboniveau.

Im Unterschied zur unipolaren Depression sollten Antidepressiva bei der bipolaren Depression prinzipiell in Kombination mit Stimmungsstabilisatoren verwendet werden, um Kipp-Phänomene zu verhindern.

Die in den US-amerikanischen Guidelines vorgeschlagene primäre Therapie mit einem Stimmungsstabilisator muss kritisch hinterfragt werden, da damit in

Monotherapie keine ausreichend gute akute antidepressive Wirksamkeit erzielt werden kann.

Zusätzlich erscheint bei Lamotrigin die notwendige langsame Auftitrierung angesichts des geforderten raschen Wirkungs-

eintritts nicht praktikabel. Über die Dauer der Anwendung von Antidepressiva divergieren die Meinungen von raschem Ausschleichen nach zwei Monaten bis zum Beibehalten der Medikation über zwölf Monate.

Neuere Antipsychotika wie Olanzapin und Risperidon haben als Monotherapie weniger gute, jedoch in Kombination mit Antidepressiva deutlich bessere Eigenschaften bewiesen. Quetiapin in Monotherapie zeigte in einer Studie über acht Wochen eine hohe antidepressive Wirksamkeit, die in einer zweiten Studie bestätigt werden konnte.

Akuttherapie gemischter Episoden

Prinzipiell sollen gemischte Episoden wie manische Episoden behandelt werden. In der Therapie der gemischten Episoden haben sich einerseits atypische Antipsychotika als wirksam bewährt, andererseits auch Stimmungsstabilisatoren, wobei hier Valproat und Carbamazepin gegenüber Lithium zu bevorzugen sind.

TAB. 2 ÜBERSICHT: MEDIKAMENTE (ORIGINALPRÄPARATE) BEI BIPOLAREN STÖRUNGEN

Medikamentenklasse/ Substanz	Orginalpräparate	Indikation
Lithium		Akute Manie und Hypomanie, Prophylaxe manisch-depressiver Erkrankungen
Antiepileptika		
Valproinsäure,	Convulex	Akute Manie, Prophylaxe
Valproat-Natrium, Valproinsäure	Depakine	Akute Manie, Prophylaxe
Carbamazepin	Tegretol, Neurotop	Manie, Prophylaxe
Lamotrigin	Lamictal	Prävention bipolarer Depression
Atypische Antipsychotika		
Quetiapin	Seroquel	Akute Manie
Olanzapin	Zyprexa	Manie, Prophylaxe
Risperidon	Risperdal	Akute Manie
Ziprasidon	Zeldox	Manische oder gemischte Episoden
Aripiprazol*	Abilify	
Clozapin*	Leponex	
Amisulprid*	Solian	

Angaben laut Austria Codex, Internet-Version, Stand April 2007 * Diese Substanzen finden sich in diversen Empfehlungen zum Einsatz bei Bipolaren Störungen, sind jedoch laut Austria Codex Fachinformation nicht für den Einsatz bei Bipolaren Störungen zugelassen

Antidepressiva mit geringem Switch-Risiko, allen voran SSRI und Bupropion werden zusätzlich zu Stimmungsstabilisierern empfohlen.

Erhaltungstherapie und Phasenprophylaxe

Während der Erhaltungsphase werden zunächst jene Medikamente beibehalten, die zum Sistieren der Episode geführt haben; mit der Dosisreduktion sollte erst nach entsprechender Stabilisierung begonnen werden. Falls während der Episode Tranquilizer eingenommen wurden, sollten zunächst diese ausgeschlichen werden. Als nächstes können Antidepressiva langsam (über Wochen) reduziert werden, über ein völliges Absetzen ist individuell zu entscheiden. Während dieser Zeit ist jede abrupte Änderung der Medikation zu vermeiden, was unter anderem im Sinne einer ausreichenden Verschreibung (z.B. Urlaub) zu berücksichtigen ist.

PHASENPROPHYLAXE

Ziel der Phasenprophylaxe (= Langzeitbehandlung) bei bipolaren Störungen ist, das neuerliche Auftreten von Episoden zu verhindern. Da bei der bipolaren Erkrankung mit einer jährlichen Wahrscheinlichkeit des Auftretens von 0,4 Episoden pro Jahr zu rechnen ist und sich diese Wahrscheinlichkeit in keinem Lebensabschnitt reduziert, muss man von einer lebenslang notwendigen Phasenprophylaxe ausgehen. Ob man mit dem Patienten zu Beginn aus psychagogischen Gründen kürzere Zeiträume vereinbart, bleibt der individuellen therapeutischen Arzt-Patient-Beziehung vorbehalten.

Als Medikation für die Phasenprophylaxe sollten jene Substanzen beibehalten werden, mit denen eine erfolgreiche Stabilisierung während der Kontinuationsphase erzielt werden konnte.

Ausreichend gute Daten für die Langzeittherapie sind derzeit für die Stimmungsstabilisatoren Lithium, Valproat, Carbamazepin, Lamotrigin und Olanzapin verfügbar. Das für die Behandlung von Bipolaren Erkrankungen am besten untersuchte atypische Antipsychotikum ist bislang Olanzapin. Eine Anamnese ist u.a. ins-

Substanz	Empfohlene Erhaltungsdosis (mg/d)	Anzustrebende Plasmaspiegel
Lithiumcarbonat	450-900	0,8-1,2 mmol/l
Lamotrigin	200-400	keine Messung nötig
Valproinsäure	1000-2000	75-100 mg/l
Carbamazepin	400-1200	40-100 µg/ml
Olanzapin	10-20	keine Messung nötig
Risperidon	2-6	keine Messung nötig

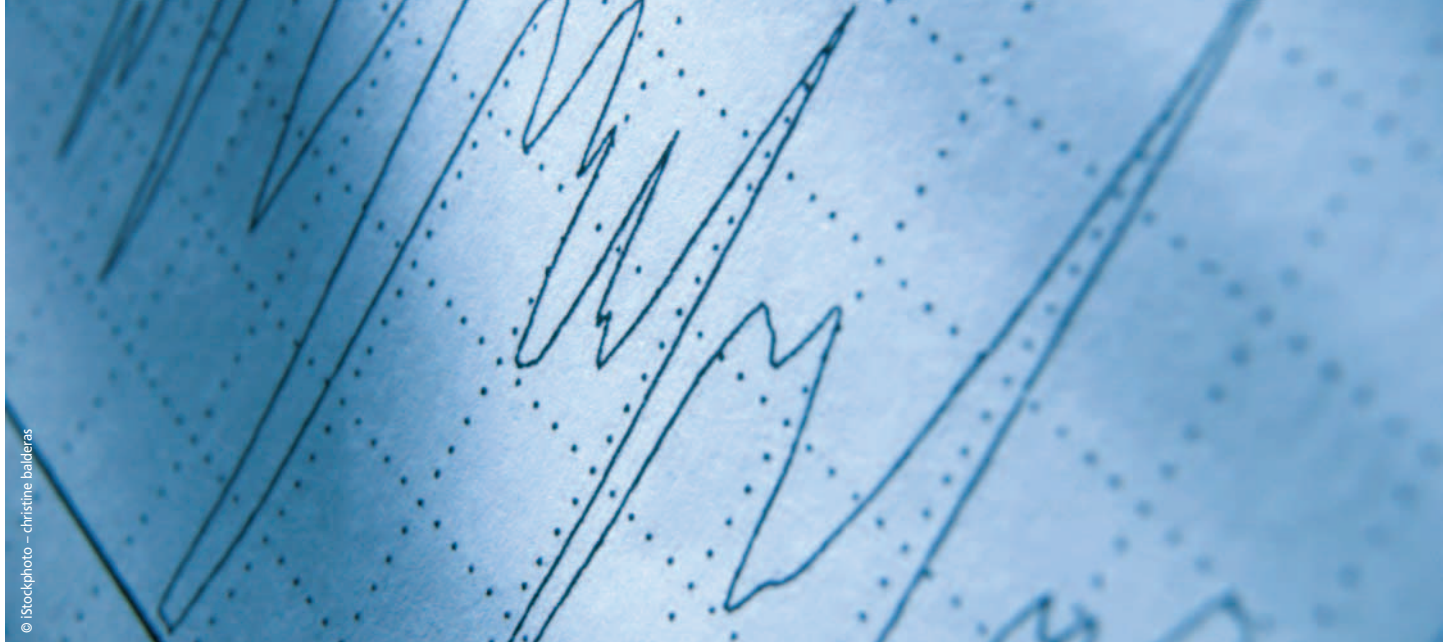
fern von Bedeutung, als die Medikation anhand der in der Vergangenheit vorherrschenden Symptomatik gewählt wird: War die Zeit mit Krankheit von depressiven Symptomen dominiert (dies gilt sowohl für Bipolar-I-Patienten wie für Bipolar-II-Patienten), so sollte man einen Stimmungsstabilisator wählen, der hauptsächlich depressive Episoden verhindert, d.h. „von unten“ wirkt (Lithium und Lamotrigin). Finden sich in der Anamnese hauptsächlich manische Episoden, sollte der Stimmungsstabilisator hauptsächlich diese verhindern, d.h. „von oben“ wirken (Lithium, Valproat, Carbamazepin, Olanzapin, Risperidon). Häufig ist oft erst eine Kombinationstherapie von zwei oder mehr Stimmungsstabilisatoren oder von einem Stimmungsstabilisator mit einem Antipsychotikum wirksam. Zur Phasenprophylaxe mit Antidepressiva, wie in der

unipolaren Depression gut dokumentiert, fehlen in der bipolaren Störung jegliche wissenschaftliche Daten. Das Absetzen eines Antidepressivums kann sogar einen Rapid-Cycling-Verlauf verbessern.

- Die Entscheidung für eine langfristige Phasenprophylaxe steht in engem Zusammenhang mit der Entscheidung für ein planbares Leben.
- Die Patienten sollten darüber informiert werden, dass die Wirkung der Stimmungsstabilisatoren mitunter erst langsam einsetzt, die Episodentiefe nimmt erst über einen längeren Zeitraum ab.
- Bei der Rückfallverhütung bipolarer Phasen sind im Vergleich zur unipolar rezidivierenden Depression meist höhere Medikamentenspiegel anzuwenden.
- Die Rückfallverhütende Wirkung muss auf jeden Fall überwacht werden.



Klinische Untersuchungen



Im Rahmen der Behandlung bipolarer Erkrankungen sollten folgende Untersuchungen im Rahmen der Diagnostik und Therapieplanung durchgeführt und anschließend in regelmäßigen Abständen je nach Alter, Gesundheitszustand und verwendetem Medikament wiederholt werden:

- Spiegelbestimmungen 12h nach der letzten Tabletteneinnahme
- Blutdruck, Puls, Bauchumfang oder Gewicht, Halsumfang regelmäßig
- Blutbild mit Differentialblutbild, Nierenfunktion (Kreatinin, Harnstoff), Harn, Leberfunktion (bei Gabe von Antiepileptika und/oder Antipsychotika) zumindest jährlich
- Schilddrüsenfunktion (TSH, ev. T3, T4) vor Beginn und dann zumindest jährlich.
- EKG vor Beginn und bei Patienten über 50 Jahren und kardiovaskulären Störungen vierteljährlich
- EEG bei Patienten mit Hinweis auf hirnorganische Symptome vor Beginn

TAB. 4: ICD-10-CODIERUNGEN (AUSZUG)	
F30.-	Manie (erstmalig aufgetreten)
F30.0	Hypomanie
F30.1	Manische Episode
F30.2	Manische Episode mit psychotischen Symptomen
F31.-	Bipolare affektive Störung
F31.0	Gegenwärtig hypomanische Episode
F31.1	Gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome
F31.2	Gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen
F31.3	Gegenwärtig mittelgradige oder leichte depressive Episode
F31.4	Gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F31.5	Gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F31.6	Gegenwärtig gemischte Episode
F31.7	Gegenwärtig remittiert
F31.8	Sonstige bipolare affektive Störungen (bipolar-II Störung, Rapid-Cycler, kurzphasige bipolare Störungen)
F32.-	Depressive Episode (erstmalig aufgetreten)
F32.0	Leichte depressive Episode
F32.1	Mittelgradige depressive Episode
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F33.-	Rezidivierende Depression



© Sven Weber - FOTOLIA

Fester Bestandteil

Eine auf die Bedürfnisse des individuellen Patienten zugeschnittene **Psychotherapie** gilt heute – begleitend zu den verordneten Stimmungsstabilisatoren – als fester Bestandteil einer wirksamen Phasenprophylaxe. Allerdings ist zu betonen, dass eine Psychotherapie bei bipolarer Depression – im Unterschied zur unipolaren Depression – alleine nicht ausreichend wirksam ist, sondern immer mit Medikamenten kombiniert werden muss; dies gilt auch für die Phasenprophylaxe.

Das zentrale Kernproblem bipolar affektiver Störungen wird in einer Instabilität oder Dysregulation biologischer Prozesse (z.B. zirkadianer Rhythmen) gesehen. Diese Instabilität kann durch kritische Lebensereignisse, aber auch durch unterschiedliche individuelle Stressfaktoren getriggert werden. Zu ihrer Stabilisierung können einerseits medikamentöse Maßnahmen, andererseits die Aktivierung individueller Ressourcen beitragen.

Bei der **Psychoedukation** liegen die Hauptschwerpunkte auf der Aufklärung und Information der Patienten und/oder ihrer Angehörigen über die Symptome der Episoden und ihre Bewältigungsstrategien, Therapieoptionen, Aktivitätenaufbau bei Depression, Rückfallprophylaxe und adäquate Lebensstilanpassung. Patientenverlaufskalender, Rückfallmanagement bis hin zu einem Notfallplan werden individuell ausgearbeitet. Diese Kombination aus Psychotherapie und Wissensvermittlung stellt mittlerweile neben der Medikation eine sehr wichtige Therapieform dar. Die Psychotherapie ist sowohl zeitlich als auch inhaltlich umfassender und geht zusätzlich auf individuelle Konflikte (z.B. in Familie, Partnerschaft) ein.

Aufgrund des derzeitigen Wissens können für die Behandlung bipolarer Erkrankungen folgende Therapien empfohlen werden:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** ist die am besten untersuchte und derzeit am häufigsten angewendete Methode. Im Mittelpunkt stehen die Psychoedukation sowie die Bearbeitung von Gedanken-, Gefühls- und Verhaltensmustern während der Episoden. Unterschiede zur



sonst üblichen Form der KVT sind vor allem die Durchführung während der freien Intervalle, die protokollgeleitete Struktur (im Unterschied zur patienten-geleiteten) und die didaktische Vermittlung der Inhalte (psychoedukativer Anteil). Als sehr vorteilhaft erweist sich die KVT als Gruppentherapie.

- **Interpersonelle und Soziale Rhythmustherapie (IPSRT):** Diese zielt auf drei Bereiche ab, die zu Rückfällen führen können: Non-Compliance für Phasenprophylaxe, stressreiche interpersonelle bzw. lebensverändernde Ereignisse und Störungen in den sozialen Rhythmen (z.B. Schlafstörungen). Zentrale Bestandteile der Therapie sind Psychoedukation, ein Symptombewältigungsplan, die Bearbeitung von Auslösern für Veränderungen sozialer Rhythmen sowie die Bearbeitung interpersoneller Probleme.
- **Familienfokussierte Therapie (FFT):** Familientherapeutische Interventionen basieren u.a. auf der Erfahrung, dass

Patienten in Familien mit emotionalem Überengagement oder emotionaler Kälte einen schlechteren Krankheitsverlauf haben. In einem strukturierten Familieninterview werden das emotionale Klima beurteilt und neue Bewältigungsstrategien sowie Problemlösefertigkeiten erarbeitet.

- **Psychoedukationsgruppen (PE):** Die Themenschwerpunkte der Psychoedukation (s.o.) werden in 6–14 Gruppensitzungen behandelt.

Elektrokrampftherapie

Die Elektrokrampftherapie ist eine sehr wirksame nicht-medikamentöse Methode zur Behandlung schwerer therapieresistenter Depressionen im Rahmen einer bipolaren Erkrankung. Dabei wird unter Kurznarkose durch einen Impulsstrom ein generalisierter Krampfanfall ausgelöst, der das Transmittersystem beeinflusst und so die schwer depressive oder auch manisch-psychotische Episode durchbricht.

Hilfreiche Tipps für den Alltag

Unterstützend zur langfristigen medikamentösen Behandlung in Kombination mit einer Psychoedukation oder Psychotherapie können jedem Patienten Ratschläge gegeben werden, wie man durch einfache Veränderungen der Lebensführung im Alltag dazu beitragen kann, besser mit der Erkrankung umzugehen und möglicherweise das Auftreten neuer Krankheitsepisoden zu vermeiden.

- **Strukturierung und Rhythmisierung im Tagesablauf:** Wie bereits erwähnt, sind Verschiebungen im Tagesablauf oder im Schlaf-Wach-Rhythmus eines der markanten Probleme im Zusammenhang mit bipolaren Erkrankungen. Stabilisierend wirkt ein geregeltes Ausmaß an Schlaf, Aktivität und Belastung, wobei regelmäßig eingeplanter Sport eine sehr positive Wirkung haben kann. Ungünstig können sich Schlafentzug, Schichtarbeit, Lichtmangel und Fernreisen (Jetlag) auswirken.
- **Verlaufskalender (Stimmungskalender) führen:** Dieser ist ein günstiges Instrument, um Zusammenhänge zwischen äußeren Faktoren und Stimmungsschwankungen zu erkennen und mit individuell geeigneten Maßnahmen gegensteuern zu können.
- **Umgang mit Stress:** Stress (vor allem Distress z.B. aufgrund von Arbeitsüberlastung oder Konflikten) zählt zu den möglichen Auslösern einer Krankheits-

„Ich kann mir nicht vorstellen ein normales Leben zu führen ohne beides – Lithium einzunehmen und die Vorteile der Psychotherapie zu erfahren. Ohne Zweifel, Psychotherapie heilt!“

Kay Redfield Jamison. *Meine ruhelose Seele.*
Knopf, New York 1995

- episode. Diesem Entgegenwirken können Maßnahmen wie das Setzen bewältigbarer Ziele, strukturiertes Vorgehen bei der Bewältigung von Aufgaben, das rechtzeitige Einplanen von Pausen sowie das Erlernen von Stressbewältigungsstrategien und Entspannungstechniken (z.B. im Rahmen der Psychoedukation).
- **Regelmäßige Medikamenteneinnahme:** Auch in krankheitsfreien, oft völlig beschwerdefreien Intervallen zwischen den Episoden ist die weitere regelmäßige Einnahme der Medikamente zur Stabilisierung des Therapieerfolges entscheidend. Erleichterungen dafür sind, die Einnahme an feste Rituale zu koppeln oder Erinnerungsmarkierungen an häufig frequentierten Stellen der Wohnung anzubringen oder auch einen Angehörigen um Erinnerung zu bitten.
 - **Notfallplan erstellen:** Darin wird schriftlich festgehalten, welche Personen über die Erkrankung und die Frühwarnzeichen informiert sind und wer Sympto-

me als Erstes ansprechen soll. Weiters ist vermerkt, bei welchen Symptomen/Problemen ein Arzt (inkl. Name, Telefonnummer) verständigt werden soll. Dies soll das Verbergen eines Rückfalls durch den Patienten verhindern.

- **Alkohol und Drogen meiden:** Diese führen zwar zunächst zu einer Stimmungsaufhellung, der Effekt ist jedoch nur kurzzeitig. Langfristig verstärken Alkohol und Drogen depressive Symptome!
- **An einer Selbsthilfegruppe teilnehmen:** Der Austausch von Erfahrungen mit den verschiedenen Facetten der Erkrankung und den unterschiedlichen therapeutischen Angeboten ist sowohl für die Alltagsbewältigung wie auch für die Rückfallverhütung sehr hilfreich. Psychoedukationsgruppen und die Effekte von SHG wurden in der Fachliteratur immer gemeinsam mit ärztlicher Behandlung untersucht und zeigen in Kombination mit medikamentöser Behandlung die beste Beeinflussungsmöglichkeit des bipolaren Krankheitsverlaufs!

Der goldene Standard in der Therapie der bipolaren Störung besteht in der Kombination aus psychopharmakologischen und psychotherapeutischen Strategien, welche durch soziotherapeutische Interventionen ergänzt werden.

Die vorliegende Broschüre entstand in Zusammenarbeit mit der ÖGBE und mit Beiträgen von

Dr. CHRISTOPH EGGER, Spezialambulanz für Bipolar-affektive Störungen, Univ.-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Christian-Doppler-Klinik, Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg

Univ.-Prof. Dr. ARMAND HAUSMANN, Univ.-Klinik für Psychiatrie, Tagesklinik für Affektive Erkrankungen, Innsbruck; Wissenschaftlicher Beirat der ÖGBE

Univ.-Prof. Dr. GERHARD LENZ, Univ.-Klinik für Psychiatrie, AKH Wien

Dr. JENS MERSCH, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, KH Neunkirchen

Dr. KLAUDIA MITTERWACHAUER, Ärztin für Allgemeinmedizin, i.A. zum FA für Psychiatrie, Neunkirchen

Dr. MORITZ MÜHLBACHER, Spezialambulanz für Bipolar-affektive Störungen, Univ.-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Christian-Doppler-Klinik, Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg

Univ.-Ass. Dr. EVA SCHMIDT, Univ.-Klinik für Psychiatrie, Graz

Prim. Dr. ELMAR WINDHAGER, Psychiatrische Klinik Wels

Unter der Leitung von ao. Univ.-Prof. Prim. Dr. CHRISTIAN SIMHANDL, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, KH Neunkirchen; Präsident der ÖGBE

Literatur beim Verfasser

Die Broschüre wurde von AstraZeneca, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Pfizer, Janssen-Cilag gesponsert.