



C. Simhandl, Wiener Neustadt

Serie Bipolare Erkrankung

Bipolar: erkennen und erfolgreich behandeln

Teil 1

Stimmungsschwankungen, Phasen der Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit sowie Phasen der Euphorie, Gereiztheit oder Aggressivität kennt jeder Mensch aus eigener Erfahrung. Die Übergänge von einer normalen Entwicklung zu einer behandlungsbedürftigen Störung sind fließend. Handlungsbedarf besteht dann, wenn die Stimmungsveränderungen länger anhalten und sich die Betroffenen und/oder deren Angehörige in ihrem Erleben oder Funktionieren im Alltag beeinträchtigt fühlen.

Die Ursachen einer bipolaren Erkrankung sind bis dato immer noch unbekannt. Allerdings wurden bestimmte Risikofaktoren eruiert, dazu gehören: genetische Vorbelastung (erblich bedingte „Vulnerabilität“), biologische und psychosoziale Parameter sowie bestimmte Lebensgewohnheiten. So ist beispielsweise das Erkrankungsrisiko von Kindern mit einem manisch-depressiv erkrankten Elternteil um bis zu 20% erhöht. Sind beide Elternteile betroffen, steigt das Risiko sogar auf bis zu 60%. Auch Zwillingsstudien aus den 1920er-Jahren belegen die erbliche Veranlagung: Bei eineiigen Zwillingen kann die Wahrscheinlichkeit bis zu 80% betragen, dass bei beiden Zwillingen die bipolare Erkrankung ausbricht. Allerdings gibt es keine 100%ige Sicherheit für einen Krankheitsausbruch, folglich kann die



Die stärker auftretenden Auslenkungen der Stimmungslage in der Pubertät sind in der Intensität nur schwer vom sogenannten „normalen“ Entwicklungsverhalten Heranwachsender abzugrenzen, vor allem wenn zusätzlich soziale oder interfamiliäre Konfliktsituationen wie Scheidung, Todesfall oder Erkrankung eines Familienmitglieds etc. eine Rolle spielen.

genetische Veranlagung nicht die alleinige Ursache sein. Eine Vielzahl anderer Faktoren, die uns im Laufe eines Lebens betreffen, kann sich entweder günstig oder ungünstig auf Ausbruch sowie Verlauf der Erkrankung auswirken, dazu gehören familiäres und soziales Umfeld, Stress, Lifestyle etc. Moderne Untersuchungsmethoden haben außerdem bei Manie und Depression eine Veränderung des Transmitterstoffwechsels im Gehirn festgestellt.

Einflussfaktoren & Lebensstil

Bei gegebener genetischer Disposition tritt ein erster Krankheitsschub signifikant häufig drei bis sechs Monate nach einem subjektiv als belastend erlebten Ereignis (Jobverlust, Scheidung, Trennung, Todesfall, Arbeitswechsel, Karriereaufstieg, Verliebtheit, Übersiedlung, die

Geburt eines Kindes bei Frauen, aber auch bei Männern) auf. Die genaue Diagnose ist für den Facharzt wesentlich leichter, wenn der Betroffene, im Idealfall gemeinsam mit den nächsten Angehörigen, versucht, sämtliche Stimmungsschwankungen im Laufe des bisherigen Lebens auf einem Blatt Papier dazustellen (Phasenkalender/„life-chart“) Alkohol und Drogen führen zu einer Stimmungsaufhellung bzw. bremsen sie die Getriebenheit der Manie, allerdings ist dieser Effekt nur von kurzer Dauer, langfristig werden die Krankheitssymptome verstärkt. Zusätzlich kann das Problem eines Substanzmissbrauchs oder einer Abhängigkeit den Therapieverlauf erschweren.

Generell ist ein geregeltes Schlafverhalten für die psychische Gesundheit von großer Bedeutung. Gerade bipolar Er-

Wie viele Österreicher sind betroffen?

Prävalenzraten:

- BP I: 1–2%
⇒ 85.000 (–170.000) Österreicher
- BP II: 5 (–10%)
⇒ 425.000 (–850.000) Österreicher

Diagnostiziert sind < 50%!

krankte sollten einen geregelten Tag-Nacht-Rhythmus einhalten. Manischen oder depressiven Phasen geht im Normalfall ein verändertes Schlafverhalten voraus (Ein- und Durchschlafstörungen bei Depression, Schlafverkürzung bei Manien). Schichtarbeit, Nachtdienste, Fernreisen mit Jetlag oder chronischer Lichtmangel wirken sich ungünstig auf bipolar Erkrankte aus.

Bezüglich Ernährung werden manchmal Omega-3-Fettsäuren, Folsäure und andere Nahrungsergänzungszusätze bei der bipolaren Erkrankung als hilfreich empfohlen. Eine solide Datenbasis gibt es hierfür jedoch nicht.

Pubertäre Krise oder Beginn einer bipolaren Erkrankung?

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

Im Kindesalter: Es gibt Berichte von bipolaren Episoden bereits im 5. Lebensjahr. Falls Kinder sozial auffälliges Verhalten oder ein Hyperaktivitätssyndrom aufweisen, sollte daher im weiteren Verlauf der Beginn eines manisch-depressiven Krankheitsgeschehens in Betracht gezogen werden. Auch bei erwachsenen Patienten sollte für eine genaue Diagnose nach solchen eventuellen frühen Episoden gefragt werden.

In der Pubertät: Auch zwischen dem 10. und 20. Lebensjahr, also im Jugend- und Adoleszenzalter, gibt es Fälle von ersten manischen oder depressiven Episoden. Da die Pubertät häufig generell als „Krise“ erlebt wird, werden psychische Auffälligkeiten häufig jedoch auf das Alter geschoben – und erste Anzeichen einer Depression somit oftmals übersehen. Extreme Niedergeschlagenheit, chronische Müdigkeit, völlige Unlust zu lernen oder die Ausbildung zu beenden sollten jedoch als Warnsymptome ernst genommen und weiter abgeklärt werden. Auch eine erste manische oder hypomanische Episode kann in der Pubertät auftreten, was gefährliche Folgen nach sich ziehen kann, denn die extrem positive Gestimmtheit und Überaktivität kann zu unüberlegtem Verhalten und erhöhter Risikobereitschaft motivieren.

Besonderheiten im Verlauf

- **Rapid Cyling:** Das Phänomen der „raschen Zyklen“ beschreibt das Auftreten von mindestens vier Episoden in einem Jahr, wovon mindestens eine hypomanisch oder manisch ist. Rapid Cyling gestaltet sich etwas schwierig in der Behandlung, deswegen sollten die Betroffenen unbedingt in einer Spezialambulanz behandelt werden. Die raschen Zyklen können im Extremfall auch innerhalb weniger Tage (Ultra Rapid Cycling) oder am selben Tag innerhalb von Stunden (Ultra Ultra Rapid Cycling) schwanken.
- **Kippen:** Die meisten Patienten erleben das Auftreten von Episoden als langsam und schleichend. 10% der Betroffenen „kippen“ jedoch direkt in die Depression oder Manie, d.h. die Stimmungslage wechselt über Nacht oder innerhalb eines Tages in den depressiven oder manischen Pol. Häufig berichten Patienten, dass sie frühmorgens aufwachen und sich plötzlich in einer depressiven Episode befanden. Dieses „Kippen“ ist nicht ungefährlich, denn davon Betroffene neigen vermehrt zu Alkoholkonsum und sind auch verstärkt suizidgefährdet. Eine stationäre Aufnahme ist in diesem Fall dringend anzuraten! Auch das Kippen in die Manie ist möglich. Umgekehrt gibt es auch das schlagartige Kippen aus einer Episode, die mehrere Wochen oder gar Monate angedauert hat, heraus. Wenn ein depressiver Patient auf einmal gut gelaunt beim Frühstück sitzt, als hätte es das vorangegangene wochenlange Stimmungstief nicht gegeben, führt dies oftmals bei den Angehörigen zu Unverständnis und sogar Aggression. In der therapeutischen Begleitung sollte dieses Phänomen daher unbedingt vor dem Auftreten erwähnt und in der konkreten Situation mit den Angehörigen besprochen werden.
- **Switchen:** Die Verwendung von Antidepressiva kann unter Umständen nicht nur eine Normalisierung der Stimmungslage zur Folge haben, sondern sogar zu einem leichten Stimmungshoch führen. Ein höheres Switchrisiko weisen vor allem die trizyklischen Antidepressiva (TCAs) sowie jene mit einer sogenannten noradrenergen Wirkung auf, ein geringeres hingegen die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs). Letztendlich richtet sich die medikamentöse Behandlung nach dem Krankheitsverlauf im Gesamten, da gewisse Medikamentengruppen auf bestimmte Verlaufsformen besser ansprechen. Es ist wichtig, ein Switchphänomen zu registrieren, da sich damit ein bipolarer Krankheitsverlauf bestätigt, hingegen eine rein depressive Erkrankung eher auszuschließen ist. Diese Verlaufsform wird von einigen Autoren (Akiskal) auch bipolar III genannt.
- **Mischbild, Mischzustand, gemischte Episode:** Es kann vorkommen, dass ein depressiver Mensch um 4 Uhr früh aufwacht und über seine scheinbar ausweglose Lebenssituation verzweifelt, voller Ängste den Tag beginnt und so niedergeschlagen seinen Angehörige und Kollegen begegnet. Im Laufe des Tages wechselt dann die Stimmung, er ist wieder guter Dinge und voller Tatendrang – sehr zur Verwunderung seiner Umwelt. Ebenso können manische und depressive Symptome gleichzeitig vorhanden sein. Die Beurteilung solcher Patienten ist stark abhängig von der Tageszeit. Als Behandler ist man oft versucht, den Angehörigen keinen Glauben zu schenken, wenn sie den Patienten völlig anders schildern, als dieser sich in der Arztpraxis präsentiert. Auch für den Betroffenen ist es oft schwierig, diese „Achterbahn“ der Gefühle zu verstehen. Vor allem beim Übergang von einer Episodenqualität in die andere können solche gemischten Zustände auftreten.

Zwischen dem 45. und 55. Lebensjahr:

Gerade bei Krankenhauspatienten ist ein Altersgipfel zwischen dem 45. und dem 55. Lebensjahr zu beobachten. Möglicherweise erfolgt die Diagnosestellung erst aufgrund des erstmaligen Krankenhausaufenthaltes, doch auch die hormo-

nelle Umstellung vor allem bei Frauen, aber auch bei Männern, sowie die sozialen Veränderungen in dieser Lebensphase (wenn z.B. die Kinder das Elternhaus verlassen) könnten eine mögliche Erklärung sein. Zudem bleiben die ersten, leichteren Episoden der bipolaren Erkrankung oftmals unbemerkt.

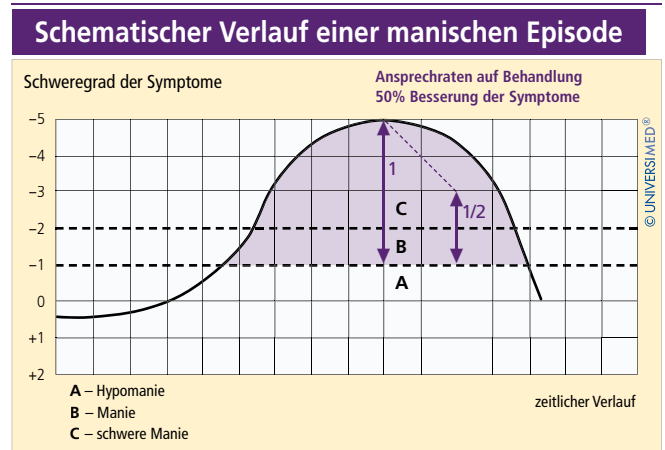
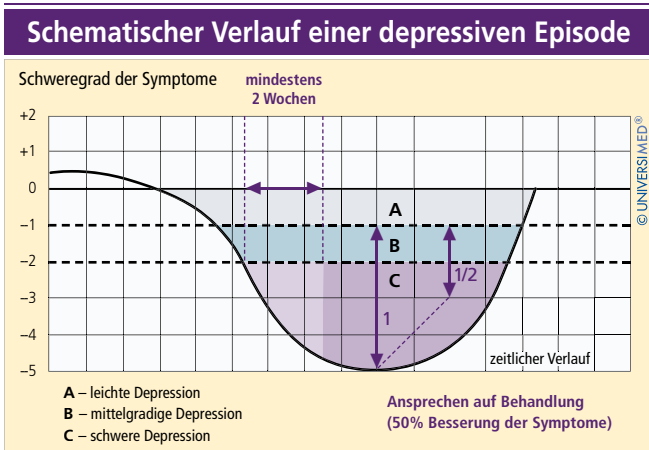


Abb.

Behandlung auf jeden Fall notwendig

Die unzureichende Behandlung einer bipolaren Erkrankung kann schwerwiegende Folgen haben. Der hohe Leidensdruck von Betroffenen und ihren Angehörigen kann jedoch durch eine entsprechende Therapie gelindert werden. Denn der Verlauf der Erkrankung kann durch individuelle Medikamenteneinstellung, spezielle psychotherapeutische Techniken und durch umfassende Information verbessert werden. Wichtig ist, dass die Erkrankung frühzeitig diagnostiziert wird! Ohne Behandlung erlebt nur ein äußerst geringer Prozentsatz der Betroffenen, nämlich 5–10%, keine weitere Episode bzw. können bis zur nächsten Episode manchmal Jahrzehnte dazwischenliegen. Beim Großteil der Patienten werden die Episoden durch den Alltag beeinflusst. Aus Unwissenheit begeben sich viele von Stimmungsschwankungen Betroffene unreflektiert in Stresssituation, wodurch neue Krankheitsepisoden ausgelöst werden können. Eine entsprechende Diagnose ist daher von großer Bedeutung, um durch Therapie die psychische Stabilität des Betroffenen wiederherzustellen und Rückfälle zu verhindern. Die bestmögliche Vorhersage für den weiteren Verlauf ermöglicht eine genaue Analyse des bisherigen Verlaufs!

Therapietreue von großer Bedeutung

Immer wieder kommt es im ärztlichen und therapeutischen Alltag vor, dass ein Patient nach einem ausführlichen Gespräch aufsteht und sich mit den Worten:

„Danke, es war sehr nett, aber ich bin nicht psychisch krank und brauche daher auch keine Medikamente“ verabschiedet. Bei manischen Patienten ist dieses Verhalten noch nicht einmal verwunderlich, stellt doch die fehlende Krankheitseinsicht ein bekanntes Problem am Beginn einer Episode für Arzt und Angehörige dar. Hingegen kann bei depressiven Patienten deren Hoffnungslosigkeit oder fehlende Tatkraft mit ein Grund für die Ablehnung der therapeutischen Maßnahmen sein. Ist die akute Episode erst einmal vorüber, meinen viele, der Spuk sei damit überstanden und sie könnten das Medikament wieder absetzen – sofern sie überzeugt werden konnten, das Medikament überhaupt einzunehmen. Hier braucht es viel Geduld, die große Bedeutung der Therapie generell sowie auch in den Pha-

sen zwischen den manischen bzw. depressiven Episoden zu verdeutlichen und zudem den Effekt, weiteren Episoden durch die fortdauernde Therapie vorzubeugen, herauszustreichen.

Begleitende und andere Erkrankungen

Durch veränderte Stimmungslage, beeinträchtigte Wahrnehmung sowie Interaktion mit der Umwelt bei bipolar Erkrankten besteht ein gesteigertes Risiko der Betroffenen, Angststörungen wie Sozialphobie und Panikstörungen sowie Alkohol- oder Nikotinsucht zu entwickeln oder in die Drogenszene zu schlittern. Das frühzeitige Erkennen, ob es sich z.B. um eine isolierte Drogenproblematik bzw. Angstkrankung oder um ein zu-

Hinweise für Ihr Patientengespräch

- Die Betroffenen – und mit ihnen ihre Angehörigen – sind der bipolaren Erkrankung nicht gänzlich ausgeliefert, sondern können mit dem entsprechenden Wissen und medikamentöser Unterstützung den weiteren Krankheitsverlauf sehr gut mitgestalten!
- Oft fühlen sich die Betroffenen von der Vielzahl an Informationen, die sie von dem behandelnden Arzt oftmals in kurzer Zeit erhalten, wie erschlagen und blocken ab. Die behutsame und stetige Auseinandersetzung ist ein gemeinsamer Prozess von Arzt/Therapeut und Patient, der seine Zeit und vielleicht auch mehrere Krankheitsepisoden braucht.
- Der Rückschluss der Patienten: „Das ist für mich aber ganz normal, das entspricht meinem Naturell“ ist verständlich. Er sollte jedoch in Ruhe darüber aufgeklärt werden, dass es nicht nötig ist, sich dem Leiden auszusetzen, und dass die Stimmungsschwankungen vor allem hinsichtlich Länge und Intensität bei Weitem nicht mehr als „normal“ zu bewerten sind.
- Intensität und Anzahl der auftretenden Episoden im weiteren Verlauf sind nicht genau vorhersagbar. Die bestmögliche Vorhersage für den weiteren Verlauf ermöglicht der bisherige Verlauf!

sätzliches Problem im Rahmen einer bipolaren Erkrankung handelt, ist für die weitere Vorgehensweise sowie die ärztliche/therapeutische Beratung von entscheidender Bedeutung.

Symptommanagement

Wie die vielen Untersuchungen zum Thema bipolare Erkrankungen gezeigt haben, geht die Krankheit mit einem hohen Risiko für Suizide und Suizidversuche sowie einem verstärkten Aggressionsverhalten gerade bei jüngeren Menschen einher. Die Forschung hat sich intensiv mit diesen Folgeerscheinungen der Erkrankung beschäftigt. Neben neuen medikamentösen Behandlungsformen gelangte man zur Erkenntnis, dass ein ausführliches Wissen über die Erkrankung samt ihren vielfältigen Verlaufsmöglichkeiten von großer Bedeutung ist. In diesem Zusammenhang wurde der Begriff Symptommanagement geprägt, d.h. die Aufgabe von Ärzten und Therapeuten ist es auch, dem Betroffenen das „Handwerkszeug“ zu vermitteln, wie er mit den einzelnen Symptomen besser umgehen kann und worauf er zu achten hat, um nicht wieder in eine schwere Krankheits-

episode zu fallen, die unter Umständen sogar einen Spitalsaufenthalt notwendig machen könnte.

Wiederholung der Episoden

Wird erstmalig eine Depression oder Manie diagnostiziert, sagt dies noch zu wenig über den weiteren Verlauf aus. Bei einer Manie mit voll ausgeprägten Symptomen spricht man von einem bipolaren Verlauf, da die Wahrscheinlichkeit extrem hoch ist, dass es irgendwann im Laufe der nächsten Monate oder Jahre zu einem Rückfall kommt.

Depressive Episoden dauern bei unipolarem Verlauf im Median 5,4 Monate, bei bipolarem Verlauf im Median 4,3 Monate. Bei bipolarem Verlauf sind die Episoden also kürzer. Die Spannbreite erstreckt sich von einigen Tagen oder Wochen bis hin zu mehreren Monaten. Insgesamt ist der weitere Krankheitsverlauf in der Regel geprägt von immer wiederkehrenden manischen, depressiven oder gemischten Episoden. Der weitere Verlauf kann individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt sein, Intensität und Anzahl der auftretenden Episoden sind nicht vorhersagbar.

Immer wieder hört man von Patienten, die es allein mit Psychotherapie oder mit einem Antidepressivum geschafft haben, gesund zu werden. Dies ist kein Wunder, sondern entspricht dem natürlichen Krankheitsverlauf: Jede Episode hat einen Anfang und ein Ende. Es geht nicht um die einjährige Behandlung, sondern um den deutlich längeren Verlauf aufgrund des Wiederauftretens, das viele Betroffene bis ins hohe Alter begleitet.

In der nächsten Ausgabe lesen Sie:

Diagnostische Kriterien der Depression, Manie, Hypomanie sowie gemischter Episoden.

Literatur beim Verfasser

Autor:

Univ.-Prof. Dr. Christian Simhandl
Facharzt für Psychiatrie & Neurologie,
BIPOLAR Zentrum Wiener Neustadt
psychiatrie@simhandl.at

Quelle:

Simhandl C, Mitterwachauer K: Depression und Manie. Wien: Springer, 2007; S. 40
neu120600