

Bipolare Störungen: Patientenbegleitung im Zentrum

Das grösste Problem bei der Schizophrenie ist nicht die Behandlung, stehen doch mit der Pharmakotherapie sowie der kognitiven Verhaltenstherapie zwei wirksame Modalitäten zur Verfügung. Die Herausforderung sind vielmehr die bipolaren Patienten selbst, die vor allem in manischen Phasen eine nur sehr geringe Krankheitseinsicht zeigen und sich daher häufig weigern, die Medikamente einzunehmen. Die Motivation und Begleitung dieser Patienten stehen daher für den behandelnden Arzt im Vordergrund.

Depressive Patienten kommen von sich aus zu uns und klagen über ihre Symptome. Die bipolaren Patienten müssen wir Ärzte selbst gezielt suchen», betont Dr. med. Philipp Eich von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Liestal. Dass diese Suche eine Herausforderung darstellt, versteht sich bei dem Krankheitsbild von selbst: «Alle Menschen mit Manie sind fest davon überzeugt, dass alles in Ordnung ist und es ihnen gut geht.»

Anamnese: Nicht wertend, nicht pathologisierend

Die Erhebung beim Patienten sollte nicht wertend und nicht pathologisierend erfolgen, erklärt Eich. Zu den möglichen Fragen zählen:

- «Gibt es Zeiten, in denen Sie sich besonders gut gefühlt haben, in denen Sie ausserordentlich unternehmenslustig waren, weniger Schlaf benötigten, mehr gesprochen, mehr unternommen haben?»
- «Sind Sie deswegen in Schwierigkeiten geraten?» (Die meisten Patienten werden hier antworten: «Nein, alles bestens.»)
- «Haben andere Sie darauf aufmerksam gemacht, dass sie glaubten, mit Ihnen sei etwas nicht in Ordnung?»

Hinweise für die Diagnosestellung liefert häufig die familiäre Belastung («ein Risikofaktor erster Güte»). Das Auftreten erster Symptome muss erfragt werden, vor allem das genaue Alter; auch das Verlaufsmuster (Residuum, rapid-cycling [mindestens vier Stimmungsumschwünge im Jahr], saisonabhängig) und psychotische Symptome sind zu erheben. Wichtig: «Alle Angaben sind wo immer möglich durch Drittpersonen oder Angehörige zu erhärten.» Zusätzlich zu Symptomatik und Verlauf sind die medikamentöse Anamnese sowie psychiatrische und/oder somatische Störungen zu erheben; Angststörungen treten beispielsweise sehr häufig gleichzeitig mit bipolaren Störungen auf, bei den somatischen Krankheiten sind Tumorerkrankungen sowie kardiovaskuläre Störungen wie Diabetes mellitus zu nennen. «Die Diagnose ist komplex, keine Frage. Das ist auch ein Grund dafür, dass sie meistens zu spät gestellt wird», berichtet der Fachmann.

Ein Drittel erkrankt frühzeitig

Die bipolare Störung zeigt vor allem anfangs einen vielfältigen Verlauf, wobei Männer zu Beginn gehäuft zu manischen Episoden neigen und bei Frauen depressive Phasen zu Beginn

häufiger sind. Wichtigstes Merkmal bipolarer Störungen ist ein Krankheitsbeginn zwischen 15 und 24 Jahren; ein Beginn zwischen dem 12. und dem 18. Lebensjahr wird als «early-onset» bezeichnet; «eine durchaus nicht seltene Diagnose, etwa ein Drittel aller Patienten sind davon betroffen», kommentiert Eich. «Beim Alter gilt generell: Je früher die Krankheit einsetzt, desto ungünstiger ist das prognostisch.» Die Diagnose wird durchschnittlich mit einer Verzögerung von 5 bis 10 Jahren nach Krankheitsbeginn gestellt, die Lebenszeitprävalenz liegt zwischen 3,7 und 11 Prozent; Frauen und Männer sind gleichermaßen betroffen, die Suizidrate liegt zwischen 15 und 20 Prozent.

Überglückliche Euphorie – daher kein Krankheitsgefühl

Leitsymptome der Manie sind inadäquat gehobene Stimmung, Antriebssteigerung, beschleunigtes Denken und Selbstüberschätzung, zählt Eich auf. Ausserdem können Euphorie, Hyperaktivität, Rededrang – «die Patienten reden wie die Feuerwehr» – oder Ideenflucht auftreten. Die Patienten berichten über einen erhöhten Einfallsreichtum und ein gesenktes Schlafbedürfnis, andere über einfach mehr Kraft und Energie, grössere soziale Aktivität, weniger Scheu im Umgang mit anderen, sie haben mehr Pläne und Ideen, eine grössere Arbeitslust und geben eine überglückliche, überoptimistische Stimmung an (1). «Das sind ja eigentlich durchaus positive Eigenschaften, viele würden sich so eine Phase fast wünschen. Und diese Leute sind ja manchmal äusserst erfolgreich – Napoleon etwa galt als sehr mitreissend, und 3 Stunden Schlaf waren für ihn ausreichend», so Eichs historischer Diskurs. «Das Problem: Das Krankheitsgefühl fehlt in dieser Phase häufig völlig. Als Arzt muss man sich darüber im Klaren sein, dass wir in dieser Phase ein wenig in einer verfluchten Situation sind: Wir müssen einem Patienten, der sich nicht nur gut, sondern ausgezeichnet fühlt, klarmachen, dass er krank ist.»

Euphorie seltener als angenommen

Wobei die Euphorie seltener sei als vielleicht angenommen, präzisiert Eich. «Wir denken bei manischen Patienten sicher häufig an den gut gelaunten Euphoriker. Häufiger zeigen die Betroffenen jedoch auch ein wirklich aggressives Verhalten, sie sind absolut unkooperativ, und es reicht oft ein kleines

Wort, das ihnen nicht passt, und dann werden sie richtig giftig», berichtet der Experte aus der Praxis. «Sie können sich ihren Mitmenschen gegenüber sehr kränkend verhalten, häufig ist das auf hohem Niveau und kann durchaus auch witzig sein. Aber die gereizte Stimmung ist da.»

Ausserdem treten in der manischen Phase eine verstärkte Geldausgabe, Distanzlosigkeit und Enthemmung auf (2). Eine Hypersexualität ist nicht so häufig, «es lohnt sich aber, danach zu fragen». Negative Folgen der Manie sind der erhöhte Konsum von Suchtmitteln wie Alkohol und Nikotin, aber auch Kaffee, ein viel risikoreicheres Verhalten (sexuelle Aktivität, Drogen), aber auch unvorsichtige Geschäfte oder bei Einkäufen zu viel Geld auszugeben. Und: «Irgendwann ist die Euphorie vorbei, dann kommt die depressive Phase; das trifft diese Patienten besonders hart – nach einer «Erfolgsphase» ist der Absturz umso schwieriger.»

Im Jahresverlauf fünfmal länger depressiv als manisch

Die Schweregradeinteilung der manischen Episode:

- Hypomanie = leichte Episode
- Manie ohne psychotische Symptome = mittelgradig (Unterbrechung sozialer/beruflicher Funktionsfähigkeit)
- Manie mit psychotischen Symptomen = schwere manische Episode (zusätzlich zur Unterbrechung der Funktionsfähigkeit auch Grössen-, Liebes- oder Verfolgungswahn).

Laut Diagnosekriterien sollte eine manische Episode mindestens 7 Tage anhalten, diese Zeitdimension ist aber «cum grano salis» zu nehmen, schränkt Eich ein: Es gibt auch Patienten mit kürzeren Episoden. Zum Jahresrhythmus der Krankheit führten Forscher der University of California in San Diego eine prospektive Analyse an 146 Patienten durch (3). Demnach sind Maniepatienten 53 Prozent der Zeit symptomfrei, 32 Prozent der Zeit sind Depressionen präsent, in 9 Prozent der Zeit ist das «Sahnehäubchen Manie» (©Dr. Eich) anwesend und in 6 Prozent eine gemischte Symptomatik.

Hohes Rückfallrisiko und Residualzustände

Die Probleme bei manischen Störungen sind zum einen der rekurrende Verlauf, zum anderen der Langzeitverlauf der Krankheit. Residualzustände sind ebenfalls ein Risikofaktor, ausserdem psychische Symptome, ein hohes Suizidrisiko, Komplikationen durch Komorbidität sowie psychosoziale Folgen. Denn vor allem das soziale Empfinden in der Manie

kann schwer beeinträchtigt sein, «es sind oft sehr fürsorgliche Menschen, aber im Schub sind sie eben völlig verändert, hier kann es beispielsweise zur Vernachlässigung von Kindern oder Ähnlichem kommen. Der Arzt hat dann jedenfalls die Pflicht, diese Zustände zu melden.»

Langzeitbehandlung ist Pflicht

Als Konsequenz sei die Langzeitbehandlung bipolarer Störungen «absolut unerlässlich», betont Eich, wobei die psychotrope Medikation das A und O der Therapie darstellt. Zunächst der Zeitfaktor: Wie lange sind ersterkrankte Patienten mit Manie zu behandeln? Die «bereits etwas älteren» deutschen Behandlungsleitlinien sprechen von einer Akutbehandlung, die bis zur Remission durchzuführen ist (4). Die Erhaltungstherapie ist zirka 6 Monate bis zur Gesundung durchzuführen; die Rezidivprophylaxe sollte eventuell über Jahre oder Jahrzehnte eingesetzt werden. «Diese fällt bei Ersterkrankung ja weg, da der Patient noch kein Rezidiv erlitten hat. Umso wichtiger ist hier die genaue Extrapolation, um sicherzustellen, dass die bekannte Erstepisode auch wirklich die erste war.» Leicht wird dieses Gespräch jedenfalls nicht, warnt Eich: «Hier muss man einem jungen Menschen beibringen, dass er vielleicht ein ganzes Leben lang Medikamente einnehmen muss.»

Massnahmen aus klinischer Sicht:

- «Harm reduction» (Indikation der Hospitalisierung)
- Raschen Therapieerfolg anstreben
- Fördern von Krankheitseinsicht
- Mitmachen in der Therapie («adherence»)
- Wahl des einfachsten Therapieschemas der Medikation (günstige Applikationsform [flüssig/rasch löslich], geringe Rate unerwünschter Nebenwirkungen, keine pharmakogenen Stimmungsschwankungen).
- Vorbereitung des Patienten auf eine längerfristige Erhaltungstherapie beziehungsweise Rückfallprophylaxe.

«Individuelle Faktoren müssen natürlich immer berücksichtigt werden: das Ansprechen auf die Behandlung, etwaige komorbide psychiatrische Störungen oder somatische Krankheiten.» Einen Überblick über die medikamentösen Optionen zur Therapie der bipolaren Störung bietet der *Kasten*. Antidepressiva sind möglichst kurz einzusetzen, davon ist Eich überzeugt. «In Anlehnung an die amerikanische Schule gebe ich in erforderlichen Fällen ein Antidepressivum plus einen Stimmungsstabilisator wie Lamotrigin.»

Im Zentrum der Verhaltenstherapie stehen der Hinweis auf Frühwarnsymptome, die Förderung der regelmässigen Medikamenteneinnahme sowie die Einleitung bestimmter Lebensstilmassnahmen: Alkohol- oder Drogenexzesse meiden, auf genügend Schlaf achten und Freundschaften pflegen.

Lydia Unger-Hunt

Pharmako- und Psychotherapie

Zu den häufigsten Medikamenten zur Behandlung der bipolaren Störung zählen Stimmungsstabilisierer wie:

- Lithium (Manie, bipolare Depression, Erhaltungstherapie)
- Valproat (lässt sich gut dosieren, bei Erwachsenen nur wenige Nebenwirkungen ausser gelegentlich erhöhten Leberwerten, Manie und Erhaltungstherapie) und
- Carbamazepin (Manie und Erhaltung) sowie
- Lamotrigin (Erhaltungstherapie)

Zu den Antipsychotika zählen:

- Quetiapin («der Champion», da so gut wie keine Nebenwirkungen vorliegen und es für alle drei Indikationen einsetzbar ist)
- Risperidon (nur Manie)
- Olanzapin, Aripiprazol (Manie und Erhaltung)
- Asenapin (nur Manie; hier muss man nach der Einnahme 10 Minuten vor dem Trinken warten).

Literatur

1. Hantouche EG et al. Factor structure of hypomania: interrelationships with cyclothymia and the soft bipolar spectrum, *J Affect Disorder* 2003, 73: 39–47.
2. Möller HJ et al. *Duale Reihe Psychiatrie und Psychotherapie* (2009), Thieme Verlag.
3. Judd LL et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder, *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 530–537.
4. DGPPN Behandlungsleitlinie 5: Affektive Erkrankungen, Steinkopff-Verlag 2000.

Quelle: «Erkennen und Therapie von bipolaren Störungen in der Hausarztpraxis», 16. Fortbildungstagung des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM), 26. und 27. Juni 2014 in Luzern.