



Bipolare Erkrankung: Langzeittherapie erforderlich

Die bipolare Erkrankung erfordert eine jahrelange, in manchen Fällen lebenslange Behandlung. Unterstützen Sie Ihre Patienten beim Durchhalten, denn nur mit Zeit und Geduld kann die Behandlung Erfolg haben!



Univ.-Prof.
Dr. Christian Simhandl
Wiener Neustadt

Patienten mit einer bipolaren Erkrankung brauchen eine kontinuierliche und regelmäßige Behandlung. Nach der Therapie in der Akutphase, zu der die Behandlung der Manie sowie der Depression gehört, beginnt zunächst die Erhaltungstherapie, die mehrere Monate dauern kann; daran schließt die Phasenprophylaxe an, die der Rückfallverhütung dient und den wohl längsten Zeitraum – eventuell bis zum Lebensende des Betroffenen – umfasst.

Medikamentöse Akuttherapie der Manie und Depression

Den internationalen Behandlungsrichtlinien entsprechend werden in der akuten manischen Phase vor allem Lithium, Valproinsäure und in Europa auch Carbamazepin empfohlen. Seit einiger Zeit gelangen auch immer mehr atypische Antipsychotika wie Olanzapin, Risperidon, Quetiapin, Ziprasidon, Aripiprazol und Asenapin zum Einsatz. Bei leichterer Manie und vor allem, wenn die Betroffenen bereits auf ein Medikament eingestellt sind, wird man versuchen, mit dem Phasenprophylaktikum (Stimmungsstabilisierer) alleine das Auslangen zu finden. Hierbei sollte die Dosis anhand des Serumspiegels optimiert werden. Bei schweren Manien kann nur der geschulte Fachmann in Absprache mit dem Betroffenen höhere Dosierungen einsetzen. Nebenwirkungen machen sich häufig erst dann bemerkbar, wenn die akute Episode abklingt – für Arzt und Patienten ist dies ein relativ sicheres Zeichen für eine Dosisreduktion.

„Vielen Patienten fällt es schwer, zu akzeptieren, dass sie langfristig oder gar dauerhaft Medikamente nehmen müssen.“

In der akuten Depression einer bipolaren Erkrankung empfehlen die europäischen Richtlinien die Kombination eines Antidepressivums mit einem Stimmungsstabilisierer, wobei Lithium und Lamotrigin die besten Ergebnisse aufweisen. Leider werden immer noch viel zu häufig ein Antidepressivum alleine beziehungsweise Kombinationen von Antidepressiva eingesetzt. Ohne die Kombination mit einem Stimmungsstabilisierer läuft man jedoch Gefahr, dass die negativen Effekte des Antidepressivums auf den Krankheitsverlauf, wie Beschleunigung der Erkrankung oder Kippen in eine hypomanische oder manische Phase oder mangelnde antidepressive Wirkung bei bipolaren Depressionen, zum Tragen kommen.

Medikamentöse Erhaltungstherapie

In der Erhaltungsphase sollten zuerst die verordneten Tranquilizer oder Hypnotika ausgeschlichen werden. Als nächster Schritt werden dann die Antidepressiva über einen Zeitraum von mehreren Wochen hinweg langsam reduziert. Die festgesetzte Erhaltungsdosis sollte dann über mehrere Monate beibehalten werden.

Wichtiger Hinweis: Egal welches Medikament

schlussendlich zu einer erfolgreichen Verbesserung für den Patienten geführt hat, dieses sollte auf keinen Fall sofort nach Abklingen der Akutphase reduziert werden! Erst nach einer Stabilisierung der Symptome über mehrere Tage und in der gewohnten Umgebung zu Hause kann vorsichtig mit einer Dosisreduktion begonnen werden. Warnen Sie Ihre Patienten davor, die



Medikamente zu rasch oder im Alleingang abzusetzen oder niedriger zu dosieren, da dies zu einem Rückfall führen kann!

Medikamentöse Phasenprophylaxe

In der Phasenprophylaxe (= Langzeittherapie), die dazu dient, das neuerliche Auftreten von Episoden zu verhindern, ist es Aufgabe der behandelnden Ärzte und Therapeuten, die Betroffenen davon zu überzeugen, dass sie langfristig Medikamente einnehmen müssen, um ein „normales“ Leben führen zu können. Als Medikation für die Phasenprophylaxe sollten jene Substanzen weiter verordnet werden, die eine erfolgreiche Stabilisation während der Erhaltungsphase erzielt haben. Bereits bei der Auswahl der Medikamente in der Akuttherapie sollte der Gesamtverlauf der bisherigen Stimmungsschwankungen mit einbezogen werden: War die Akutphase von depressiven Symptomen beherrscht, sollte ein Stimmungsstabilisator gewählt werden, der hauptsächlich depressive Episoden verhindert (Lithium, Lamotrigin, manche atypischen Antipsychotika). Bei großteils manischen Episoden in der Anamnese sollten Stimmungsstabilisatoren eingesetzt werden, die hauptsächlich solche Episoden verhindern (Lithium, Valproinsäure, Carbamazepin oder atypische Antipsychotika).

Durch die Normalisierung der Auslenkung der Stimmungsschwankungen durch die entsprechende Medikation können die Betroffenen ihr Leben wieder selbst „in die Hand nehmen“. Informieren Sie Ihre Patienten darüber, dass der gewünschte Erfolg mitunter etwas auf sich warten lässt. Denn der Effekt einer Phasenprophylaxe macht sich erst langsam bemerkbar, im Sinne eines Abnehmens der Episodentiefe, d.h. die Stimmungsschwankungen werden langsam, aber sicher über einen längeren Zeitraum geringer. Somit werden sie für die betroffenen Patienten früher erkennbar und besser steuerbar.

Innerlich Zerrissen: Mittels langfristiger Phasenprophylaxe sollen Rückfälle verhindert werden

Grenzen in der Allgemeinpraxis

In folgenden Fällen sollten Patienten zum Facharzt überwiesen werden:

- wenn es den Patienten Probleme bereitet, reguläre Termine wahrzunehmen
- wenn häufige Rezidive auftreten und/oder kontinuierliche funktionelle und soziale Beeinträchtigungen und eine komorbide Angsterkrankung vorliegen
- wenn eine akute gemischte Episode vorliegt
- wenn Suizidrisiko besteht
- wenn chronischer Alkohol- oder Drogenmissbrauch bzw. -abhängigkeit besteht

In folgenden Fällen ist eine stationäre Aufnahme erforderlich:

- wenn signifikant selbstschädigendes Verhalten auftritt
- wenn mindestens zwei Behandlungsversuche mit adäquater Dosis und Dauer keine entsprechende Auswirkung auf die depressiven Symptome erzielt haben
- bei akuten Rapid-Cycling-Episoden
- bei Suizidalität
- bei psychotischer Symptomatik

In der nächsten Ausgabe lesen Sie: Diagnostische Kriterien der bipolaren Erkrankung ■

FAZIT

- Nicht alle Patienten sprechen auf die bisherigen Medikamente wie Lithiumsalze oder Antiepileptika an, Alternativen sind daher dringend erforderlich.
- Die rückfallverhütende Medikation muss ausführlich mit dem Patienten besprochen werden. Denn vielen fällt es schwer, zu akzeptieren, dass sie langfristig oder gar dauerhaft Medikamente nehmen müssen. Geben Sie Ihren Patienten folgende Botschaft mit: Die Entscheidung für die langfristige Einnahme eines Stimmungsstabilisators steht in engem Zusammenhang mit der Entscheidung für ein eigenverantwortliches, planbares Leben.
- Die Wirkung der Phasenprophylaxe muss auf jeden Fall überwacht werden.
- Neben der medikamentösen Therapie nehmen auch Psychotherapie und Psychoedukation wichtige Funktionen ein.

Literatur beim Verfasser

Autor: Univ.-Prof. Dr. Christian Simhandl

Facharzt für Psychiatrie & Neurologie
 BIPOlar Zentrum Wiener Neustadt
 Tel.: 0664/10 35 351
 E-Mail: psychiatrie@simhandl.at
 www.simhandl.at