

Früh und wirksam eingreifen

Depression und Bipolare Störungen

Die Depression und Angsterkrankungen liegen an der „Spitze“ der am meisten belastenden Erkrankungen weltweit. Nach neuesten Daten sind „majore Depressionen“ bei etwa 7% der europäischen Bevölkerung vorhanden [1]. Der Erkrankungsgipfel liegt im mittleren und höheren Lebensalter, Frauen sind doppelt so häufig betroffen [2].



**Prof. Dr. med.
Gabriela Stoppe**
Basel

In den derzeitigen Klassifikationssystemen (vor allem ICD-10) wird die Depression nach Symptomschwere und Krankheitsverlauf eingeteilt in depressive Episoden, anhaltende Depressionen, bipolare Störung und depressive Störung im Rahmen von Störungen der Anpassung, hirnorganischen Störungen oder Abhängigkeitserkrankungen [3].

Der früher als manisch-depressive Erkrankung und heute als bipolare Störung bezeichnete Wechsel von Episoden eher gehobener oder gedrückter Stimmung ist seltener und betrifft nach strengen Kriterien 1% der Bevölkerung, bei Einbezug leichterer Schweregrade und Verläufe 3–6.5% [4]. Sie wird jedoch häufig nicht oder zu spät erkannt, was die ohnehin ungünstige Prognose noch weiter verschlechtert.

Bipolare Störungen beginnen bei etwa der Hälfte der Fälle vor dem 20. Lebensjahr, oft sogar schon vor dem 12. Lebensjahr. Die Diagnose fällt in Anbetracht in der Pubertät häufiger Stimmungsschwankungen oft schwer. In den letzten Jahren ist auch die Abgrenzung zum Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) relevant geworden. Episodenhafter Verlauf, Selbstüberschätzung und Rücksichtslosigkeit sprechen eher für eine bipolare Störung. Unipolar manische Verläufe sind jedoch sehr selten [5].

Ursächlich werden biologische, psychische und soziale Faktoren diskutiert. Bei bipolaren Störungen ist der genetische Anteil höher anzusetzen. Dafür sprechen die relativ kulturunabhängige Häufigkeit – bei beiden Geschlechtern gleich – und die hohen Konkordanzraten bei eineiigen Zwillingen von 40–70%.

Vielleicht liegt es an der Altersverteilung und Häufigkeit, dass vor allem für die unipolare Depression starke Interaktionen, vor allem für kardio- und zerebrovaskuläre Erkrankungen, Schmerzsyndrome und den Diabetes mellitus, diskutiert werden. Im Bereich der psychischen Erkrankungen ist insbesondere das überlappende beziehungsweise gemeinsame Auftreten von Depressionen und Angsterkrankungen zu nennen. Bipolare Störungen und auch unipolare Depressionen weisen eine hohe Komorbidität mit Abhängigkeitserkrankungen auf [2, 5–7].

Diagnostik

Immer noch ist das Erkennen und die Diagnose ein Problem. Etwa die Hälfte der depressiven Erkrankungen wird nicht erkannt, insbesondere wenn somatische Komorbidität besteht.

Bipolare Störungen werden eher als unipolare Depression, schizophrene Psychose oder ADHS eingeordnet. Mindestens jeder Vierte rezidivierend Depressive hat eigentlich eine Bipolare Störung.

Problematisch ist, dass oft nur wegen der Depression Behandlung aufgesucht wird, und (hypo-)manische Episoden werden als Zeiten des Wohlergehens erlebt [5].

Für die bessere Erkennung von Depressionen werden kurze Fragebögen, zum Teil auch für die Selbstauskunft empfohlen [6]. Hier sei besonders das WHO-Screening und die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) genannt [8], die sowohl depressive als auch Angstsymptome parallel prüft. In jedem Fall sollten folgende zwei Fragen gestellt werden:

Minimalscreening für eine Depression

1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?
2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gern tun?

Für die Abgrenzung bzw. Erkennung manischer bzw. bipolarer Verläufe wurden vor allem die Hypomanie-Checkliste (HCL-32) und die Bipolar Spectrum Diagnostic Scale (BSDS) diskutiert. Beide haben jedoch einen zu geringen positiv prädiktiven Wert für die Grund- bzw. hausärztliche Versorgung [9]. Deshalb geht nichts über eine sorgfältige (Fremd-)Anamnese und Befunderhebung. Folgende Fragen können dabei hilfreich sein, wobei ein (hypo-)manischer Zustand mindestens eine Dauer von 4–7 Tagen haben sollte [5].

Bipolare und Unipolare Depressionen unterscheiden sich klinisch nicht. Dennoch gibt es Hinweise auf Bipolarität, z.B. ein

Fragen zur Exploration einer Manie bzw. Hypomanie

Erinnern Sie sich an einen Zeitraum, in dem...

- ...Sie euphorischer oder reizbarer waren als sonst?
- ...Sie ungewohnt aktiv waren und mehr Tatendrang hatten?
- ...Sie redseliger und kontaktfreudiger waren als üblich?
- ...Sie selbstbewusster waren als üblich?
- ...Ihnen deutlich mehr und „kreativere“ Gedanken durch den Kopf gingen?
- ...Sie weniger Schlaf brauchten und sich als leistungsfähiger erleben?
- ...Sie mehr Interesse an Sex hatten als sonst?
- ...Sie viel mehr Geld ausgegeben haben als gewohnt?

frühes Auftreten der ersten Depression, ein hyperthymes oder

zyklothymes Temperament, eine positive Familienanamnese für bipolare Störungen, depressive Episoden mit abruptem Beginn und/oder Ende, das Vorliegen einer atypischen Depressionen mit Hyper-somnie und Appetitsteigerung (auf Kohlenhydrate) bzw. eine Induktion einer (Hypo-)Manie durch Antidepressiva [5,10].

Bis zu 20% der Bipolaren Störungen zeigen das Bild rascher Wechsel, sogenannten Rapid-Cyclings. Dafür sind mindestens vier Episoden pro Jahr erforderlich. Formen noch rascheren Wechsels innerhalb von Tagen werden bzgl. Ihrer Eigenständigkeit noch kontrovers diskutiert. Zu erwähnen sind auch Mischzustände aus manischem und depressivem Stimmungsbild, die diagnostisch oft schwer einzuordnen sind und mitunter schwer von psychotischen Störungen im Rahmen einer Schizophrenie unterschieden werden können [5].

Prognose

Rezidivierende Depressionen, uni- und bipolare Störungen sind als komplexe chronische Störungen anzusehen. Die Behandlung muss deshalb die Langzeittherapie im Blick haben.

Auch wenn unter der Behandlung führende Symptome wie Halluzinationen und Unruhe oft rasch remittieren, dauert die funktionelle Erholung oft mehrere Monate. Bei häufigen Episoden nimmt ein funktionelles und auch kognitives Defizit mit jeder neuen Episode zu. Dies beeinträchtigt die soziale Integration.

Die Prognose ist umso schlechter, je häufiger und schwerer die Episoden sind. Auch Mischbilder bzw. Komorbiditäten mit Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und vor allem Substanzabhängigkeiten verschlechtern die Prognose. Die Mortalität an somatischen Erkrankungen sowie die Suizidraten sind hoch.

Behandlung und Case-Management

Neben einer Aufklärung über die Diagnose, Prognose, und Möglichkeiten sowie Dauer der Behandlung – idealerweise mit partizipativer Entscheidungsfindung – sollte ein umfassendes Case-Management erfolgen. Dabei sollte regelmässig überprüft werden, ob Suizidalität sowie der Alkohol- und Drogenkonsum ggfs. angesprochen werden.

Diagnostisch unklare Fälle, schwere Verläufe mit psychotischen Symptomen, Unsicherheiten in der Behandlungadhärenz und eine ungünstige häusliche Situation sollten zu einer Überweisung an die Fachkollegin oder auch eine stationären Einweisung Anlass geben.

Wichtig ist eine tragfähige therapeutische Beziehung. Dabei sollte immer wieder auch Krankheitseinsicht, Krankheitskonzept und Compliance Thema sein. Mit jedem Patienten sollte eine Liste seiner individuellen Frühzeichen, Risiken, aber auch fördernder Faktoren erarbeitet werden [2, 5, 6, 10, 11].

Für Bipolare Störungen wird analog zu den Anstrengungen bei Schizophrenie und Demenz für eine möglichst frühe Intervention plädiert. Derzeit vergehen etwa zehn Jahre bis zum Beginn einer phasenprophylaktischen Therapie [11].

Untersuchungen der letzten Jahre konnten zeigen, dass eine strukturierte Betreuung zu Behandlungsfortschritten in der Depressionsbehandlung führt. Es kann angenommen werden, dass dieses Ergebnis auch auf andere (psychische) Störungen übertragen werden kann [12, 13].

Psychotherapie und Psychoedukation

Grundvoraussetzung dafür ist, dass es überhaupt eine oder einen Psychotherapeuten gibt, der/die mit der entsprechenden Patientin



in angemessener Zeit und unter den gegebenen Umständen arbeiten kann. Auch der Patient muss für sich eine Psychotherapie akzeptieren.

Psychoedukation ist in jedem Fall zu empfehlen, ob in Gruppen oder Einzeln [14, 15]. Derzeit werden auch Internet-basierte Formen der Psychoedukation erprobt, die – bei Wirksamkeit – niedrigschwellig und kostengünstig angeboten werden könnten [16]. Nachdem sich jedoch gezeigt hat, dass die therapeutische Beziehung und auch die Einbindung der Familie für den Erfolg psychosozialer Massnahmen entscheidend sind, sollte der Technik aus meiner Sicht nicht zu viel Hoffnung entgegengebracht werden [z.B. 15].

Psychopharmakotherapie

Bei einer bipolaren Störung bzw. entsprechendem Verdacht, sind die Mittel der Wahl Stimmungsstabilisatoren, vor allem Lithium. Bei Rapid Cycling und atypischen Verläufen ist Valproat zumindest gleichwertig. Carbamazepin wird wegen seiner Interaktionen sowie Enzyminduktionen zurückhaltend eingesetzt, Oxcarbazepin scheint da eine bessere Alternative. Antipsychotika der zweiten Generation, vor allem Quetiapin, Aripiprazol und Olanzapin, werden auch in der Langzeittherapie eingesetzt.

Bei der Behandlung der Depression sind Antidepressiva angezeigt. SSRI's oder SNRI's sind wegen ihrer fehlenden anticholinergen, antiadrenergen und antihistaminergen Nebenwirkungen in jedem Fall bei älteren Patienten – und vor allen Dingen bei somatisch komorbiden Patienten – Mittel der ersten Wahl.

Die Depression bei bipolaren Verläufen sollte nur zurückhaltend mit Antidepressiva behandelt werden wegen der Gefahr des „Switches“ in die Manie. Günstiger sind Antipsychotika der zweiten Generation allein oder eine Kombination von z.B. SSRI mit Stimmungsstabilisator und Antipsychotikum

Schon hier zeigt sich, dass Medikamentenkombinationen die Regel sind. Auch wenn keine Behandlungsstudien über mehrere Jahre vorliegen, wird die Langzeitbehandlung z.T. lebenslang empfohlen. Entsprechende Kontrolluntersuchungen sollten veranlasst und dokumentiert werden [14].

Die hohe somatische Komorbidität und die höhere Mortalität sollten Anlass geben, der körperlichen Gesundheit mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Strukturierte Hilfen wie z.B. das Gesundheitsförderungsprofil können dafür eingesetzt werden, das jetzt auch als GEP-PSY in der schweiz. psychiatrischen Pflege beworben wird [17].

Ausblick

Die Behandlung und Prognose von Depression und bipolarer Störung wird umso besser, je früher sie erkannt und behandelt wird. Hierzu tragen sicherlich derzeit auch die Bündnisse gegen Depression in der Schweiz sowie die spezialisierten Zentren zur Früherkennung psychotischer Störungen (www.swepp.ch) bei. Die öffentliche Diskussion und Entstigmatisierung der Erkrankungen ist zudem vorteilhaft.

Prof. Dr. med. Gabriela Stoppe

St. Alban-Anlage 37, 4052 Basel

gabriela.stoppe@unibas.ch, www.gabriela-stoppe.com

Literatur:

1. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni L, Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvador-Carulla L, Simon R, Steinhausen HC. Eur Neuropsychopharmacol 2011; 21: 655-679
2. Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz FW (Hrsg.): Volkskrankheit Depression. Springer, Heidelberg-New York, 2006
3. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber, Bern – Göttingen – Toronto 1991
4. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, Kessler RC. Arch Gen Psychiatry 2007; 64: 543-552
5. Hättenschwiler J, Höck P, Luther R, Modestin J, Seifritz E. Schweiz Med Forum 2009; 9: 750-754
6. DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression*, S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression, 1. Auflage 2009. DGPPN, ÄZQ, AWMF - Berlin, Düsseldorf 2009. Internet: www.dgppn.de, www.versorgungsleitlinien.de, www.awmf-leitlinien.de. (*Organisationen, die in der Leitliniengruppe kooperierten: DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW, BDK, BDP, BPM, BVDN, BVDP, BVVP, CPKA, DÄVT, DFT, DGGPP, DGPT, DPG, DPV, DPTV, DVT, Deutscher Hausärzterverband, GwG, KND)
7. Albus C, De Backer G, Bages N, Deter H-Ch, Herrmann-Lingen C, Oldenburg B, Sans S, Schneiderman N, Williams RB, Orth-Gomer K. Gesundheitswesen 2005; 67: 1-8

8. Herrmann C, Buss U, Snaith RP. Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version (HADS-D). Manual. Bern: Hans Huber, 1995
9. Smith DJ, Griffiths E, Kelly M, Hood K, Craddock N, Simpson SA. Br J Psychiatry 2011; 199: 49-56
10. Oswald P, Souery D, Kasper S, Lecrubier Y, Montgomery S, Wyckaert S, Zohar J, Mendlewicz J. Current issues in bipolar disorder: a critical review. Eur Neuropsychopharmacol. 2007; 17: 687-695
11. Philippe Conus, Gregor Berger, AnastasiaTheodoridou, Roland Schneider, Daniel Umbricht, Karin Michaelis-Conus, Andor E. Simon. Schweiz Med Forum 2008; 8: 316-319
12. Gensichen J, Beyer M, Muth C, Gerlach FM, Von Korff M & Ormel J. Psychol Med 2006; 36: 7-14
13. Eil K, Aranda MP, Xie B, Lee PJ, Chou CP. Am J Geriatr Psychiatry 2010; 18: 520-530
14. Hättenschwiler J, Höck P, Hatzinger M, Seifritz E, Modestin J. Schweiz Med Forum 2009; 9: 772-775
15. Rabovsky K, Stoppe G Nervenarzt 2006; 77: 538-548
16. Smith DJ, Griffiths E, Poole R, di Florio A, Barnes E, Kelly MJ, Craddock N, Hood K, Simpson S. Bipolar Disord 2011; 13: 571-577
17. White J, Gray R, Jones M. J Psychiatr Ment Health Nurs 2009; 16: 493-498

Take-Home Message

- ◆ Affektive Störungen sind eine erhebliche Belastung für die Betroffenen und die Gesellschaft
- ◆ Sie treten häufig zusammen mit anderen psychischen und somatischen Krankheiten auf, insbesondere Alkohol- und Drogenabhängigkeit sowie metabolischen Erkrankungen
- ◆ Insbesondere rezidivierende Verlaufsformen zeigen unbehandelt einen ungünstigen Verlauf mit funktionellen Einbussen, hoher Suizidalität und erhöhter Sterblichkeit
- ◆ Zur Behandlung steht eine Reihe von Massnahmen zur Verfügung, die individuell zu einem Plan abgestimmt werden müssen. Dabei scheint es besonders wichtig, früh und wirksam in den Verlauf einzugreifen
- ◆ Eine gute therapeutische Beziehung, die Förderung und Beachtung von Compliance und leitliniengerechte Behandlung sind wesentlich