

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

Diagnose und Therapie der uni- und bipolaren Depression

Kasper S

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2000; 1 (1), 7-16

Homepage:

www.kup.at/

JNeurolNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

76. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie

Joint Meeting mit der Französischen
Gesellschaft für Neurochirurgie



2025
1.-4. Juni
HANNOVER

www.dgnc-kongress.de

Im Spannungsfeld zwischen
Forschung und Patientenversorgung

PROGRAMM JETZT ONLINE EINSEHEN!



64. JAHRESTAGUNG

der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie

10.-13. Juni 2026
Würzburg



DIAGNOSE UND THERAPIE DER UNI- UND BIPOLAREN DEPRESSION

Diagnoses and therapy of depression

Summary

In the past 20 years substantial progress was made for the standardising and operationalising diagnoses of depression. This approach led to a very positive development in research and daily clinical practice. The introduction of modern antidepressants as well as mood stabilizers resulted in a higher

compliance rate with patients since these agents proved to be as effective as the older medication, however, with considerably lower side effect profiles. This is insofar of importance as treatment of affective disorders necessitates a long-term treatment in order to minimise the risk of relapse.

dung 1 zusammengefaßt. Im Sinne einer multifaktoriellen Genese münden diese in eine gemeinsame Endstrecke und führen zu einer Veränderung der in der Pathogenese wichtigen Neurotransmitter Serotonin und Noradrenalin.

Depressionen (depressive Episoden nach ICD-10) gehören zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen. In der allgemeinmedizinischen Praxis sind sie wahrscheinlich jene Krankheit, mit der der Hausarzt am meisten konfrontiert ist. Etwa 17 % der Gesamtbevölkerung (Lebenszeitprävalenz) weisen im Verlauf ihres Lebens einmal eine depressive Episode auf. Etwa die Hälfte davon, also ca. 8–10 %, leiden an einer depressiven Episode, die zwar gering ausgeprägt, aber immerhin noch klinisch relevant ist. Die verschiedenen Formen depressiver Erkrankungen, diagnostiziert nach ICD-10, sind in Tabelle 1 aufgeführt.

ZUSAMMENFASSUNG

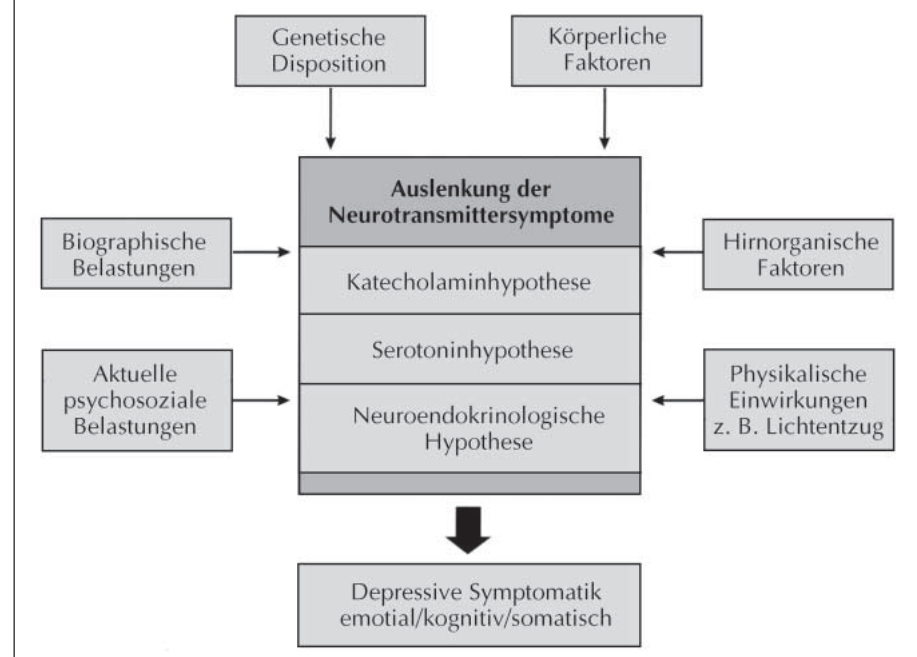
In den vergangenen Jahren wurde die Diagnostik affektiver Erkrankungen international standardisiert und operationalisiert und dadurch sowohl für die Forschung als auch für die Praxis leichter handhabbar gemacht. Die Therapie dieser häufigen Erkrankung hat durch die Einführung moderner Antidepressiva und Stimmungsstabilisatoren (mood stabilizer), die bei gleicher Effektivität ein günstigeres Nebenwirkungsprofil aufweisen, eine höhere Akzeptanz bei Patienten bewirkt. Dies ist insofern von Bedeutung, da bei der Behandlung affektiver Erkrankungen meist eine Langzeitbehandlung indiziert ist, um das Rückfallsrisiko zu reduzieren.

Verletzlichkeit (Vulnerabilität) für die Entstehung einer Depression gekennzeichnet. Neben dem spontanen Auftreten depressiver Verstimmungen können belastende Lebensereignisse (life events) sowie chronische Belastungen depressive Episoden auslösen. Einige der ätiopathogenetisch wichtigen Faktoren sind in Abbil-

ÄTIOLOGIE UND HÄUFIGKEIT DEPRESSIVER KRANKHEITSBILDER

Das Vorhandensein und Zusammenwirken von biologischen und psychologischen Variablen wird im Sinne einer Disposition als

Abbildung 1: Ätiologie der Depressionen (mit freundlicher Genehmigung aus: S. Kasper et al. Depression: Diagnose und Pharmakotherapie. Thieme, Stuttgart, New York, 1997)



DIAGNOSTIK DER DEPRESSION

Zur Zeit werden international zwei führende und miteinander weitgehend vergleichbare Diagnosesysteme verwendet: die 10. Revision der Internationalen Klassifikation (ICD-10) sowie das amerikanische System (Diagnostic and Statistical Manual, 4. Revision; DSM-IV). Die früher nach ICD-9 als „endogene Depression“ bezeichnete Erkrankung der Depression wird nun nach ICD-10 als „depressive Episode“ und nach DSM-IV als „Major Depression“ bezeichnet. Die Diagnose kann aufgrund des Vorliegens von

Tabelle 1: Hauptformen depressiver Erkrankungen

Klinische Einteilung	ICD-10-Klassifizierung	ICD-10-Kodierung
• Unipolare Depression	Depressive Episode ¹ Rezidivierende depr. Episode ¹	F 32 F 33
• Bipolare Depression	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig depr. Episode ¹	F 31
• Dysthymia (depressive Neurose) (anhaltende milde Depression)	Dysthymia	F 34.1
• Depressive Anpassungsstörung	Anpassungsstörung	F 43.2
• Schizoaffektive Psychosen	Schizodepressive Störung	F 25.1
• Organisch bedingte Depression (z. B. M. Cushing)	Organisch depressive Störung	F 06.32
• Demenz und depressive Symptome	Demenz und vorwiegend depressive Symptome ²	F 00–F 03.X3

¹ Ausprägungsgrad: leicht (F 32.0, F 33.0), mittelgradig (F 32.1, F 33.1), schwer (F 32.2, F 33.2)

² Ausschluß der Kriterien für eine depressive Episode (F 32), ansonsten werden beide klassifiziert

Tabelle 2: Symptome der depressiven Episode nach ICD-10

Hauptsymptome	Andere häufige Symptome
1. Gedrückte Stimmung 2. Interessen-/Freudlosigkeit 3. Antriebsstörung	1. Konzentration ↓ 2. Selbstwertgefühl ↓ 3. Schuldgefühl 4. Hemmung/Unruhe 5. Selbstschädigung 6. Schlafstörung 7. Appetitminderung
2 oder 3 Hauptsymptome müssen vorhanden sein	2–4 Symptome müssen vorhanden sein
Dauer: mindestens 2 Wochen	

Haupt- und anderen häufigen Symptomen gestellt werden, und sowohl die Anzahl, der Ausprägungsgrad und die Zeitdauer

von 2 Wochen sind in einem vorliegenden Manual standardisiert (Tabelle 2).

Wichtigste Symptome

Bei der am häufigsten vorkommenden unipolar verlaufenden Depression leidet der Patient ausschließlich unter depressiven Episoden, bei der bipolaren Depression treten auch manische bzw. hypomanische Krankheitsepisoden auf. Bei der Dysthymia liegt eine depressive Grundgestimmtheit vor, die über eine längere Zeit des Lebens (mindestens 2 Jahre) andauert (mehr schlechte als gute Tage). Nach ICD-10 ist die Ausprägung der Symptome bei der Dysthymia jedoch geringer als bei der depressiven Episode. Bei der depressiven Anpassungsstörung kommt es zu einer milden depressiven Ge-

stimmtheit im Zusammenhang mit lebensgeschichtlichen Ereignissen (z. B. Veränderung im beruflichen bzw. familiären Gefüge), und bei der schizoaffectiven Psychose liegen sowohl Symptome der Schizophrenie als auch der depressiven Episode vor. In Abbildung 2 ist ein Entscheidungsbaum zur Diagnostik der Depression nach ICD-10 angegeben.

Differentialdiagnose

Die Differentialdiagnose stellt sich vor allem zwischen den verschiedenen Formen der Depressionen selbst (Tabelle 1) und zum anderen in Abgrenzung zu den Angsterkrankungen und zur Demenz. Weiterhin kann durch die exakte organmedizinische Abklärung (Anamnese, Labor, Elektroenzephalogramm bzw. gegebenenfalls Computertomogramm oder Magnetresonanztomogramm des Schädels) eine organisch bedingte Depression erfaßt werden (z. B. M. Cushing bzw. depressive Symptome bei Multiinfarkt-demenz). Angst tritt sowohl als Symptom einer Depression (meist Zukunftsangst bzw. Agitiertheit) als auch als eigenständiges Syndrom bei den Angststörungen auf. Bis zu zwei Drittel der depressiven Patienten in einer Allgemeinpraxis können klinisch relevante Angstsymptome aufweisen. Verlaufsstudien haben gezeigt, daß Angststörungen mit der Zeit in eine depressive Episode übergehen können, jedoch selten umgekehrt. Sowohl von klinisch-psychopathologischer Seite (siehe Tabelle 3), als auch von apparativ-medizinischer Seite (insbesondere durch bildgebende Verfahren des Gehirns) gelingt es, eine depressive Pseudodemenz von einer senilen Demenz abzugrenzen.

Abbildung 2: Entscheidungsbaum zur Diagnostik der Depression nach ICD-10 (mit freundlicher Genehmigung aus: S. Kasper et al. Depression: Diagnose und Pharmakotherapie. Thieme, Stuttgart, New York, 1997)

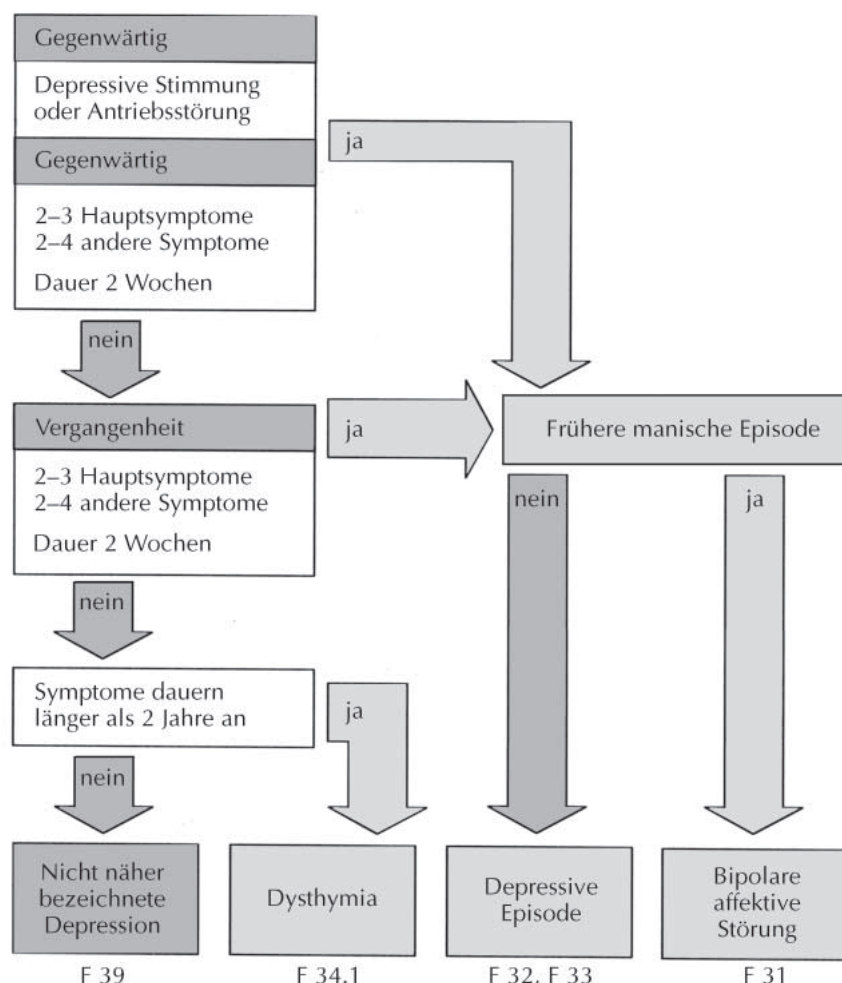


Tabelle 3: Abgrenzung der depressiven Pseudodemenz zur senilen Demenz

Depression	Demenz
• Schneller, erkennbarer Beginn • Symptome oft von kurzer Dauer • Stimmung ist beständig depressiv • „Weiß nicht“-Antworten sind typisch • Patient stellt Defizite besonders heraus • Große Schwankungen der kognitiven Leistungsschwäche • Bildgebende Verfahren (insbes. SPECT) uncharakteristisch	• Schleicher, unklarer Beginn • Symptome dauern schon lange • Stimmung und Verhalten fluktuieren • Annähernd richtige Antworten überwiegen • Patient sucht Defizite zu verbergen • Kognitive Leistungsschwäche relativ konstant • Bildgebende Verfahren (insbes. HMPAO-SPECT) charakteristisch

HMPAO-SPECT: Durchblutungsmessung des Gehirns mittels Single-Photonen-Emissions-Computertomographie

Tabelle 4: Empfehlung der Routineuntersuchungen vor und während einer medikamentösen, antidepressiven Therapie

Parameter	Vorher ³	Monate ³						Viertel-jährlich
		1	2	3	4	5	6	
RR/Plus	•	••	••	••	•	•	•	•
Blutbild	•	••	••	••	•	•	•	•
Harnstoff, Kreatinin	•			•			•	•
GOT, GPT, γ-GT	•	•	•	•			•	•
EKG	•			• ¹			• ¹	• ¹
EEG	•			• ²			• ²	• ²

• Anzahl der Kontrollen

¹ Bei Patienten über 50 Jahre und bei kardiovaskulären Störungen

² Bei Patienten mit hirnorganischen Störungen

³ Bei SSRIs und RIMAs nur Voruntersuchung notwendig, anfangs vierteljährlich und später halbjährliche Kontrolle der Laborparameter

Tabelle 5: Auswahl von Antidepressiva

Wirksubstanz	Produktname in Österreich*	Therapeutische Dosis (mg/Tag)	Halbwertszeit Mittelw. (Breite) in Stunden	Potentiell toxisch bei Kombination mit
Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs)				
Citalopram	Seropram	10–60	33 (19–45)	MAO-Is
Fluoxetin	Fluctine	20–80	168 (72–360)	MAO-Is
Fluvoxamin	Floxyfral	100–300	20 (17–22)	MAO-Is
Paroxetin	Seroxat	20–50	24 (3–65)	MAO-Is
Sertralin	Tresleen	50–200	23 (18–29)	MAO-Is
Neue Antidepressiva				
Johanniskraut	Jarsin	300–900	6 (4–8)	–
Milnacipram	Ixel	50–200	9 (5–11)	MAO-Is
Mirtazapin	Remeron	15–45	25 (20–40)	–
Nefazodon	Nefadar	100–400	3 (2–4)	MAO-Is
Reboxetin	Edronax	4–8	7 (4–9)	MAO-Is
Tianeptin	Stablon	10–30	5 (4–7)	–
Venlafaxin	Efectin	50–300	8 (3–13)	MAO-Is
Reversible Hemmer der MAO-A (RIMA)				
Moclobemid	Aurorix	300–600	2 (1–3)	SSRIs
Trizyklika, Heterozyklika				
Amitriptylin	Saroten	75–300	24 (16–46)	Antiarrhythmika MAO-Is
Clomipramin	Anafranil	75–300	24 (20–40)	Antiarrhythmika MAO-Is
Desipramin	Pertofran	75–300	18 (12–50)	Antiarrhythmika MAO-Is
Doxepin	Doxepin	75–300	17 (10–47)	Antiarrhythmika MAO-Is
Maprotilin	Ludiomil	100–225	43 (27–58)	MAO-Is
Nortriptylin	Nortrilen	30–200	26 (18–88)	Antiarrhythmika MAO-Is
Trazodon	Trittico	150–600	8 (4–14)	–

* Auswahl

THERAPIE DER UNIPOLAREN DEPRESSION

Vor Einleitung einer sowohl medikamentösen als auch psychotherapeutischen Behandlung empfiehlt sich eine Routineuntersuchung, die verschiedene Parameter beinhaltet (Tabelle 4). Die medikamentöse Therapie stützt sich auf eine exakte psychiatrische und organmedizinische Diagnostik und sollte syndromorientiert Verwendung finden. Bei der Auswahl einer medikamentösen antidepressiven Therapie (Tabelle 5) sollte für den verschreibenden Arzt sowohl die Klassifizierung der Antidepressiva, die meist auch den Wirkmechanismus charakterisiert, als auch die Halbwertszeit sowie die Toxizität bei Überdosis bzw. potentiell toxische Kombinationen mit anderen Pharmaka bekannt sein. In verschiedenen Übersichtsarbeiten werden die Vor- und Nachteile der älteren (trizyklischen) Antidepressiva (TZA) und der modernen selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) gegenübergestellt. Ein Vorteil der TZA ist zum Beispiel, daß sie seit vielen Jahren in Verwendung sind und der Arzt im Umgang mit ihnen vertraut ist. Die Nachteile der TZA bestehen jedoch in den z. T. schwerwiegenden Nebenwirkungen, insbesondere auf das kardiovaskuläre System, aber auch hinsichtlich der Gefahr bei Glaukom-Patienten bzw. bei Prostatahypertrophie. Insgesamt überwiegen die Vorteile der SSRIs hinsichtlich der Nebenwirkungen gegenüber den TZA. Einige Antidepressiva sind zum Teil erst seit kurzem auf dem Markt, sodaß noch genau beobachtet werden

Tabelle 6: Indikationen für eine über Jahre andauernde prophylaktische Langzeittherapie

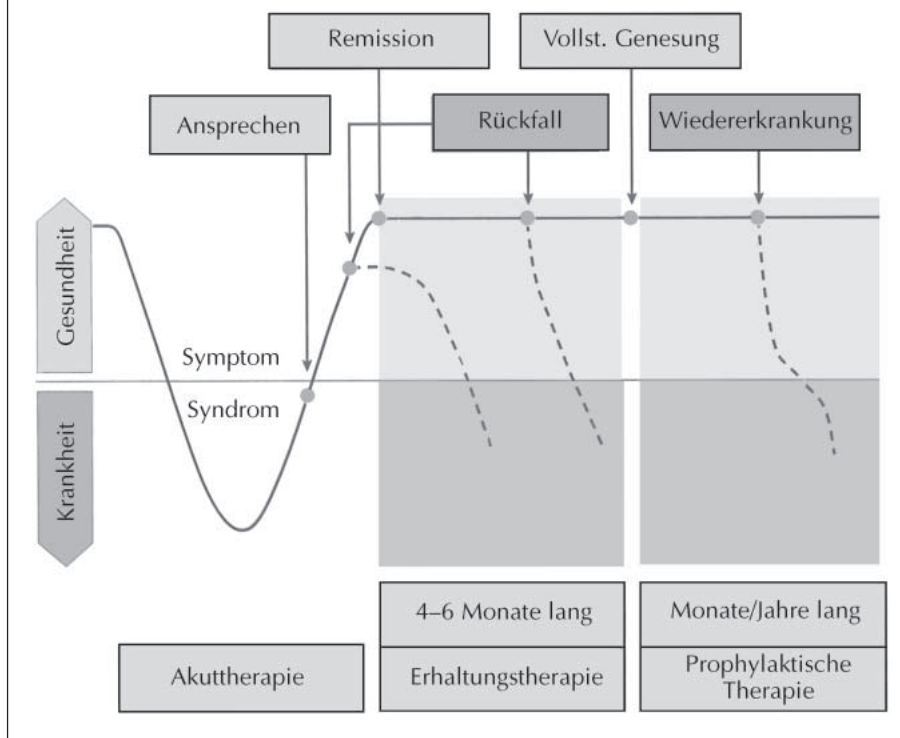
- ≥ 3 Episoden (innerhalb von 5 Jahren)
- 2 Episoden (innerhalb von 5 Jahren) und folgende Risikofaktoren:
 - Spätes Erkrankungsalter (über 60 Jahre)
 - Frühes Erkrankungsalter (unter 40 Jahre)
 - Kurzes Intervall zwischen Episoden
 - Rasche Symptomentwicklung bei Episoden
 - Positive Familienanamnese mit affektiven Erkrankungen
 - Komorbidität (doppelte Depression, Angsterkrankungen, Mißbrauch von Alkohol und/oder Medikamenten)
 - Schwere der Indexepisode (inklusive Suizidalität)
 - Schlechte Behandelbarkeit in der Erhaltungstherapie
 - Geringes Maß an Arbeitsfähigkeit

muß, ob nicht bei speziellen Symptomen bzw. Medikamentenkonstellationen unerwünschte Nebenwirkungen auftreten.

Von klinischer Relevanz ist, daß die TZA bei Überdosierung, z. B. im Rahmen eines Suizidversuchs, gefährlich sind, da bei einer für einen Zeitraum von 14 Tagen verschriebenen Medikamentenmenge bereits die Dosis letalis besteht, mit der sich der Patient das Leben nehmen kann. Demgegenüber weisen die neueren Antidepressiva, z. B. SSRIs bzw. RIMA, keine schwerwiegenden Nebenwirkungen auf und sind bei Überdosierung (z. B. Suizidversuch) als nicht gefährlich einzustufen.

Beim Vorliegen einer bipolaren Depression sollte bereits während der depressiven Phase zusätzlich zum gewählten Antidepressivum ein Stimmungsstabilisator (aus dem Englischen übersetzt: mood

Abbildung 3: Schematisierte Darstellung des Langzeitverlaufs einer depressiven Episode (nach Kupfer 1991, Übertragung ins Deutsche durch Kasper et al., 1994) (mit freundlicher Genehmigung aus: S. Kasper et al. Depression: Diagnose und Pharmakotherapie. Thieme, Stuttgart, New York, 1997)



stabilizer, s. u.) eingesetzt werden, um das Auftreten einer manischen Phase bzw. von Mischzuständen zu verhindern.

Langzeittherapie der unipolaren Depression

Hinsichtlich der Langzeittherapie wurde von nationalen und internationalen Gremien das 3-Phasen-Schema von Akuttherapie, Erhaltungstherapie und prophylaktischer Therapie (siehe Abb. 3) erarbeitet. Dabei wird hervorgehoben, daß für den Zeitraum von 4–6 Monaten nach der akuten Therapie, im Sinne einer Erhaltungstherapie, die antidepressive Medikation in der Dosierung beibehalten werden sollte, mit der die Remission erzielt wurde, und bei Vorliegen spezieller Prädiktoren (siehe Tab. 6) sollte an eine über mehrere Jahre dauernde prophylaktische Therapie gedacht werden. Empirische Studien haben ergeben, daß eine Dosisreduktion bzw. ein zu frühes Absetzen der antidepressiven Medikation jeweils mit einer Ver-

schlechterung der Symptomatik bzw. mit einem Wiederauftreten der Depression verbunden war.

Bei einer bipolaren affektiven Störung sollte zusätzlich bzw. in der Phase der prophylaktischen Therapie ein Stimmungsstabilisator, wie z. B. Lithium, Carbamazepin bzw. Valproinsäure, entweder als Monotherapie oder als zusätzliche Therapie zu Antidepressiva bzw. zu atypischen Antipsychotika verordnet werden, da die alleinige antidepressive Medikation der Placebogabe gleichzusetzen ist und zum Auftreten einer manischen Verstimmung bzw. zu Mischbildern führt.

Tabelle 7: Problemstellung bei der bipolaren Störung

- Langzeiterkrankung
- Komplikation durch Komorbidität (Substanzmißbrauch, Angsterkrankungen)
- Suizidrisiko
- Wahnhafte Symptome
- Psychosoziale Konsequenzen

Tabelle 8: Diagnostische Charakteristika der bipolaren und unipolaren Störung nach ICD-10* und DSM-IV**

Bipolar I	Mindestens eine manische Episode, und eine depressive Episode kann vorhanden sein oder nicht
Bipolar II	Mindestens eine hypomane Episode zusätzlich zur depressiven Episode
Zyklothymia	Im Langzeitverlauf zeigen sich depressive und hypomane Symptome. Kriterien für Major Depression (depressive Episode), Hypomanie oder Manie sind nicht erfüllt
Unipolare Depression	Depression; kein Anhalt für Hypomanie und Zyklothymia (keine Familienanamnese für bipolare Störung)

* Internationale Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, 10. Version

**Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen der Psychiatrischen Vereinigung der USA, 4. Version

BIPOLARE STÖRUNG (FRÜHER: MANISCH- DEPRESSIVE ERKRANKUNG)

In den vergangenen Jahren hat sich die Aufmerksamkeit wieder vermehrt auf die bipolare Störung (früher als manisch-depressive Erkrankung bezeichnet) gerichtet, nachdem epidemiologische und pharmakotherapeutische Studien die Bedeutung der exakten Diagnosestellung im Langzeitverlauf hervorgehoben haben. Es zeigte sich dabei, daß außer der klassischen bipolaren Störung auch ein weiteres Spektrum der bipolaren Störung diagnostiziert werden kann. Durch Einbeziehung der bipolaren Spektrumerkrankungen ist die oft angegebene Lebenszeitprävalenzrate von 1 % als untere Grenze anzunehmen, und nach Miteinbeziehung der subsyndromalen Formen im Rahmen des bipolaren Spektrums müssen Raten um 5 % der Allgemeinbevölkerung angenommen werden. Insbesondere die Bipolar-II-Erkrankungen, d. h. wiederkehren-

de Depressionen, die mit unterschiedlich ausgeprägten hypomanen Episoden verbunden sind, gehen in diese Berechnungen ein. Die Diagnostik der Spektrumerkrankungen ist insofern von klinischer Relevanz, da sie eine Therapie mit spezifischen „*Stimmungsstabilisatoren (mood stabilizers)*“ notwendig machen. Die Diagnostik der Hypomanie wird oft übersehen, und neuere Studien haben darauf hingewiesen, daß die früher angegebene Mindestdauer von 4 Tagen wahrscheinlich auf die Mindestdauer von 2 Tagen eingeschränkt werden sollte.

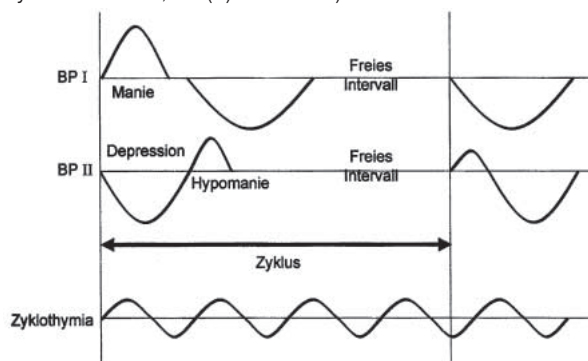
Die bipolare Störung bedarf einer pharmakologischen Langzeitbehandlung, die im Zusammenhang mit einem entsprechenden krankheitsspezifischen Management, in Laienkreisen, aber auch in Fachkreisen nicht

entsprechend vertreten wird. Durch die fehlende Behandlung bzw. durch das dadurch entstehende Auftreten von schweren manischen bzw. depressiven Verstimmungen sind negative psychosoziale Konsequenzen zu erwarten, mit Verlust des Arbeitsplatzes und der familiären Beziehungen. Weiterhin muß bei dieser Erkrankung das Suizidrisiko im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung als signifikant erhöht angesehen werden, und es konnte gezeigt werden, daß Patienten mit einer bipolaren Störung, die keiner adäquaten Langzeitbehandlung zugeführt wurden, eine höhere Morbidität und Mortalität an körperlichen Erkrankungen aufweisen (siehe Tabelle 7).

Diagnostik der bipolaren Störung

Bei der Beurteilung der Patienten mit einer bipolaren Störung ist neben der Erhebung der aktuellen Symptomatologie ein besonderes Augenmerk darauf zu legen, ob hypomane bzw. manische Episoden in der Vorgeschichte auftraten (siehe Abb. 4). Epidemiologische Langzeituntersuchungen haben darauf hingewiesen, daß hypo-

Abbildung 4: Verlauf der bipolaren Störung und Zyklothymia (mit freundlicher Genehmigung aus: S. Kasper et al. Konsensus-Statement: Diagnostik und Therapie der bipolaren Störung. *Neuropsychiatrie* 1999; 13 (3): 100–108)



mane und manische Phasen häufig von den Patienten nicht angegeben werden. Die Erhebung der Familienanamnese ist insofern von großer Bedeutung, da z. B. die Familienanamnese mit einer bipolaren Störung darauf hinweist, daß bei einer aktuell bestehenden Depression eines Patienten der Wechsel in eine hypomane/manische Episode zu einem höheren Prozentsatz gegeben ist, als wenn eine unauffällige Familienanamnese vorliegt. Diese Überlegung sollte insbesondere auch bei Adoleszenten und bei Kindern angestellt werden, wobei häufig eine subklinische affektive Instabilität vor dem vollen Ausbruch einer bipolaren Störung gefunden wird. Bei der Diagnostik einer bipolaren Störung empfiehlt es sich, den Verlauf der Stimmung in sogenannten „Life-charts“ aufzuzeichnen, bei denen der Verlauf der Stimmung des Patienten selbst und auch seiner Erstgradverwandten dargestellt wird. Dadurch kann sowohl die Diagnostik mit der Erfassung hypomaner/manischer Episoden als auch die nachfolgende Behandlung optimiert werden (siehe Tabelle 8).

Akute Depression im Rahmen der bipolaren Störung

Sowohl die klinische Praxis als auch die wenigen verfügbaren Daten lassen erkennen, daß Antidepressiva sowohl bei der akuten unipolaren als auch bei der akuten bipolaren Depression gleich wirksam sind. In der klinischen Praxis sollten Faktoren wie „Switch-Rate“ (d. h. Induktion von Hypomanie/Manie), Medikamenteninteraktionen, Tolerabilität, Compliance, Toxizität in Überdosierung und die Verfügbarkeit berücksichtigt werden. Die Behandlung mit trizyklischen Antide-

Tabelle 9: Indikationen für eine prophylaktische Therapie bei bipolarer Störung mit Stimmungsstabilisatoren

Bipolar I	• 3 Episoden einer Depression oder Manie, unabhängig vom Intervall • 2 Episoden einer Depression oder Manie innerhalb von 5 Jahren • 2 Episoden einer Depression oder Manie bei positiver Familienanamnese mit bipolarer Störung oder schwerer Erkrankung
Bipolar II	• 3 Episoden einer Depression oder Hypomanie, unabhängig vom Intervall • 2 Episoden einer Depression oder Hypomanie innerhalb von 5 Jahren

pressiva wird häufig von den Patienten schlecht toleriert, insbesondere in Kombination mit Lithium, und ist darüber hinaus als toxisch bei Überdosierung anzusehen. Im Gegensatz dazu werden selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer sowie die anderen neueren Antidepressiva von den Patienten besser toleriert, können als sicher bei einer Überdosierung angesehen werden und weisen gegenüber den Trizyklika eine geringere Switch-Rate auf (Trizyklika etwa 7 %, SSRI etwa 3 %). Sehr niedri-

Tabelle 10: Medikamente (Stimmungsstabilisatoren) zur prophylaktischen Therapie bei bipolarer Störung

Wirksubstanz	Dosierung* mg/Tag	Blutspiegel
Lithiumcarbonat	400–800	0,6–0,8 mVal/l
Carbamazepin (Oxcarbamazepin**)	400–1200 400–1200	4–10 µg/ml
Valproinsäure, Na-Valproat	750–1500	50–120 mg/l
Lamotrigin**	200–300	1–10 µg/ml
Topiramat**	50–200	–

* = Initialdosis deutlich geringer

** = für diese Indikation nicht zugelassen

ge Switch-Raten (etwa 1 %) sind für das in den USA erhältliche Antidepressivum Bupropion, für Moclobemid und den vor kurzem eingeführten spezifischen Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer Reboxetin beschrieben worden.

Zusätzlich zur antidepressiven Therapie sollte bereits während der akuten depressiven Phase die Therapie mit Stimmungsstabilisatoren weitergeführt bzw. neu initiiert werden, wenn diese zuvor nicht bestand. Die antidepressiven Eigenschaften der Stimmungsstabilisatoren reichen wahrscheinlich nicht aus, um die bestehende depressive Symptomatik alleine zu behandeln, wenngleich bei milden Depressionen ein Versuch mit z. B. Lithium unternommen werden kann. Bei einer schweren depressiven Symptomatik, insbesondere mit wahnhaften Zügen, bei bestehender schwerer Suizidalität und Behandlungsresistenz hat sich die Elektrokrampftherapie als effektiv erwiesen.

Langzeitbehandlung der bipolaren Störung

Die bipolare Störung bedarf einer Langzeittherapie, und in Tabelle 9 sind die Indikationen für eine prophylaktische Therapie angegeben. Zur Zeit stehen die in Tabelle 10 angeführten Medikamente für diese Indikation zur Verfügung. Die prophylaktischen Eigenschaften von Lithium sind unbestritten, wenngleich auch die Effektivität nicht so hoch ist, wie man früher gedacht hat. Neuere placebo- und lithiumkontrollierte Langzeituntersuchungen haben ergeben, daß die Valproinsäure in der Langzeitbehandlung der bipolaren Störung wirksam ist. Im Gegensatz dazu liegen keine

placebokontrollierten Ergebnisse für Carbamazepin vor, obwohl dieses Präparat in Europa für diese Indikation zum Teil zugelassen ist. In der Praxis wird oft eine Kombination von Stimmungsstabilisatoren durchgeführt, obwohl keine kontrollierten Daten vorliegen, die ein solches Vorgehen rechtfertigen würden. Aufgrund der von dem US-amerikanischen Forscher Post aufgestellten Kindling-Hypothese geht man davon aus, daß eine bipolare Erkrankung zu einem späteren Zeitpunkt wahrscheinlich eher von der Gabe eines Antiepileptikums als von Lithium profitiert.

Obwohl Neuroleptika/Antipsychotika in der prophylaktischen Therapie der bipolaren Erkrankung häufig verwendet werden (bis zu 50 %), gibt es wenig Untersuchungen, um dieses Vorgehen zu rechtfertigen. Die Langzeitbehandlung mit Flupenthixol hat z. B. ergeben, daß inakzeptabel hohe Raten von Depressionen auftreten. Atypische Antipsychotika versprechen hingegen durch das spezifische Rezeptorprofil (5-HT₂-Blockade) eine deutlichere Effizienz, wie z. B. bereits aus den Erfahrungen mit Clozapin, Olanzapin und Risperidon bekannt ist. Die Medikamente, die bei der bipolaren Störung eingesetzt werden, sind in Tabelle 11 zusammengefaßt.

Tabelle 11: Medikamente bei bipolarer Störung

1. Stimmungsstabilisatoren (siehe Tabelle 10)

Medikamente 1. Wahl für Akut-, Erhaltungs- und prophylaktische Therapie

2. Antipsychotika:

Atypische Antipsychotika: günstig als Zusatztherapie bei Manie bzw. psychotischer Depression
Typische Antipsychotika (z. B. Haloperidol, Zuclopenthixol) sind Medikamente 2. Wahl, eventuell als Zusatztherapie bei hoher Produktivität

3. Antidepressiva:

Als Zusatztherapie bei Depressionen

4. Weitere Zusatztherapien:

Schilddrüsenhormone, Schlafentzug, Lichttherapie

SCHLUSSBEMERKUNG

Neben den oben dargestellten Schwerpunkten der Diagnostik und Behandlung depressiver Erkrankungen ist eine besondere Beachtung dieser Diagnostik bei Kindern und Adoleszenten sowie bei älteren Patienten gegeben. Gerade bei Jugendlichen ist z. B. die bipolare Störung häufig unterdiagnostiziert. Die häufige Komorbidität der depressiven Erkrankungen mit z. B. Panikstörung, Zwangsstörung (OCD), sozialer Phobie und Substanzmißbrauch bedarf einer weiteren speziellen Beachtung, wobei zusätzlich zu der aktuellen Therapie diejenige Pharmakotherapie Anwendung finden sollte, die für die entsprechende komorbide Erkrankung zugelassen ist. Bei Frauen ist die enzyminduzierende Eigenschaft von Stimmungsstabilisatoren (z. B. Carbamazepin) bei der gleichzeitigen Gabe von oralen Kontrazeptiva zu beachten sowie spezielle Sorgfalt in der Schwangerschaft und Laktation zu legen.

Während bei der unipolaren Depression beachtliche Erfolge der Psychotherapie, und dabei besonders der kognitiven Verhaltenstherapie, vorliegen, ist eine spezifische Psychotherapie der bipolaren Störung nicht systematisch untersucht. Die psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit einer bipolaren Störung setzt im Sinne eines „*psychiatrischen Managements*“ voraus, daß Grundelemente psychotherapeutischen Handelns bekannt sind und daß die Erkrankung in den vielfachen Facetten der Diagnostik sowie Differentialdiagnostik und im Langzeitverlauf mit den

Wichtigste „Mythen“ bzw. „Fallgruben“ bei der Diagnose und Therapie von Depressionen

Depressionen sind nicht häufig. Demgegenüber weisen epidemiologische Untersuchungen Lebenszeitprävalenzraten bis zu 17 % auf.

Depressionen sind keine Krankheiten, sondern nur Probleme. Im Gegensatz dazu handelt es sich bei der Depression um eine medizinische Erkrankung, vergleichbar mit Hypertonus und Diabetes mellitus.

Depressionen sind keine schweren Erkrankungen. Im Gegensatz dazu steht häufiges Auftreten von Suiziden (1 von 10 Patienten).

Depressionen sind einmalige Ereignisse. Im Gegensatz dazu ist die Wahrscheinlichkeit des Wiederauftretens 75 %.

Depressionen sind nur in der Psyche manifestiert. Im Gegensatz dazu steht das Auftreten von biochemischen Veränderungen im zentralen Nervensystem.

Häufig „präsentieren“ depressive Patienten körperliche Beschwerden, und die depressive Verstimmung bzw. weitere Haupt- und andere häufige Symptome werden erst durch exaktes Nachfragen evident.

Eine Depression wird nicht als solche erkannt, sondern häufig im Zusammenhang mit ubiquitären Lebensumständen erklärt (Überarbeitung etc.).

Eine Depression bei älteren Menschen wird häufig verkannt, da angenommen wird, daß dies sowieso zum Alter gehöre.

Verkennung der Depression durch Vorliegen einer depressiven Pseudodemenz. Dies kann sowohl anhand klinischer Parameter (siehe Tabelle 3) als auch anhand von apparativen Parametern geklärt werden.

Vorliegen von Depression und Angst: Das beinhaltet, daß initial mit einer niedrigen antidepressiv/medikamentösen Therapie begonnen werden sollte, da ansonsten die Angstsymptomatik verstärkt wird.

Häufig drängt der Patient den Arzt in der Phase der Erhaltungstherapie, die Dosierung wieder zu reduzieren, was häufig mit einer Symptomprovokation bzw. mit einem Wiederauftreten der Depression verbunden ist.

Nebenwirkungen von Antidepressiva, z. B. Gewichtszunahme, führen häufig zum Absetzen der Medikation.

möglichen Verursachungs- und Beeinflussungsmöglichkeiten gekannt wird. Einen gewichtigen Faktor stellt bei beiden Formen depressiver Erkrankungen (uni- bzw. bipolar) beim jeweiligen Patienten die genaue Kenntnis der Medikation mit ihren pharmakologischen Besonderheiten dar, um die notwendige Compliance sicher zu stellen.

Weiterführende Literatur:

American Psychiatric Association. The practice of ECT: recommendations for treatment, training and privileging. *Convulsive Ther* 1990; 6: 85–120.

American Psychiatric Association. Practice guidelines for major depressive disorder in adults. *Am J Psychiatry* 1993; 150 (Suppl): 4.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC, 1994.

American Psychiatric Association. Practice guidelines for treatment of patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1994; 151 (Suppl): 12, 1–35.

Angst J, Sellaro R, Angst F. Long-term outcome and mortality of treated versus untreated bipolar and depressed patients: A preliminary report. *Int J Psychiatry Clin Practice* 1998; 2: 115–9.

Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). WHO, Verlag Hans Huber, Bern, 1991.

Frey R, Schreiner D, Stimpf T, Vycudilik W,

Berzlanovich A, Kasper S. Suicide by antidepressant intoxication at autopsy in Vienna between 1991–1997: the favourable consequences of the increasing use of SSRIs. *Eur Neuropsychopharmacol* 2000; 10: 133–42.

Kasper S. Sonstige biologische Therapieverfahren (EKT, TMS, Schlafentzugsbehandlung, Lichttherapie): Theoretische und empirische Grundlagen, sowie klinische Anwendungsprinzipien. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg). *Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 2000; 588–605.

Kasper S, Haushofer M, Zapotoczky HG, Aschauer H, Wolf R, Bonelli M, Wuschitz A. Konsensus-Statement: Diagnostik und Therapie der bipolaren Störung. *Neuropsychiatrie* 1999; 13: 100–8.

Kasper S, Zapotoczky HG, Stuppäck C, König P, Wuschitz A. Konsensus-Statement: Diagnostik und Therapie der Depression. *Neuropsychiatrie* 1997; 2: 59–67.

Neumeister A, Praschak-Rieder N, Heßelmann B, Vitouch O, Rauh M, Barocka A, Tauscher J, Kasper S. Effects of tryptophan depletion in drug-free depressed patients who responded to total sleep deprivation. *Arch General Psychiatry* 1998; 55: 167–72.

Reiter L. Die Rolle der Angehörigen in der Therapie depressiver Patienten. *Psychotherapeut* 1995; 40: 358–66.

Tannock C. Mania and bipolar disorder: Current concepts on assessment, diagnosis and management. *Int J Psychiatry Clin Practice* 1998; 2: 97–105.

Tauscher J, Neumeister A, Fischer P, Frey R, Kasper S. Die Elektrokonvulsionstherapie in der klinischen Praxis. *Nervenarzt* 1997; 68: 410–6.

Tsuang MT, Faraone SJ. The genetics of mood disorders. The John Hopkins University Press, Baltimore, 1990.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)