

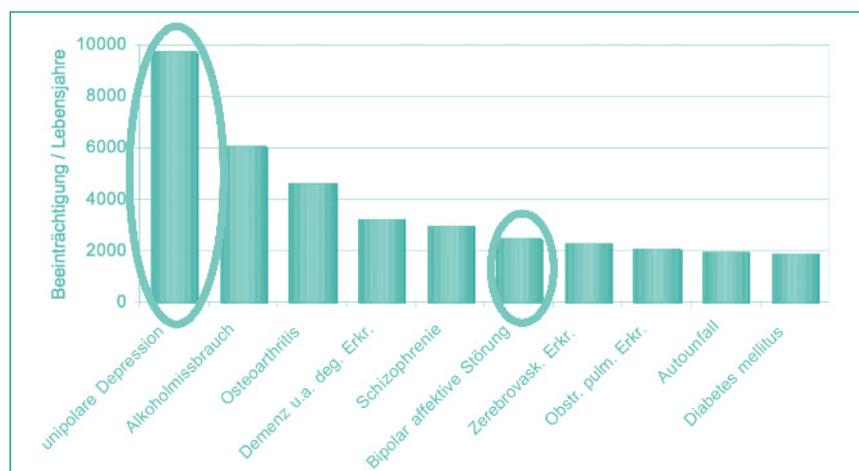
Was ist eine bipolare Störung?

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim,
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,
1. Vorsitzende des BVDP



Symptome und Therapie einer depressiven Störung sind derzeit im ärztlichen Handeln ständig präsent. Kaum ein Monat vergeht, in dem nicht auf die gesundheitsökonomischen Auswirkungen durch Depressionen in der Fachpresse hingewiesen wird. Erkrankt ein bekannter Sportler oder ein Schauspieler an Depressionen, ist auch die Laienpresse ein Multiplikator in der Information der Allgemeinbevölkerung.

In Heft 09/2009 haben Sie sich bereits mit unipolaren Depressionen beschäftigt. Zur Erinnerung noch einmal die Abbildung aus dem mental Health Survey der WHO zur Anzahl der mit Behinderung gelebten Lebensjahre bei Depression und bipolarer Störung:



Sowohl unipolare Depressionen als auch bipolare Störungen gehören beide zu den affektiven Störungen nach ICD 10 Kapitel F 3. Die unipolare Depression ist ca 3mal häufiger als eine bipolare Störung, die letztere verläuft in der Regel jedoch „maligner“ und nimmt in der Auflistung der Anzahl der mit Beeinträchtigung gelebten Lebensjahre den 6. Platz ein.

Treten außer depressiven Episoden hypomane Nachschwankungen auf, spricht man von einer Bipolar-II-Störung. Treten sowohl depressive als auch manische Phasen auf, handelt es sich um eine Bipolar-I-Störung. Meist sind die depressiven Episoden im Rahmen der bipolaren Störung sehr viel häufiger, es kommen aber auch unipolare Manien vor.

Wie erkennt man eine bipolare Störung?

Hypomanien sind auch von erfahrenen Ärzten nicht immer leicht zu diagnostizieren. Man muss dezidiert danach fragen. Oft gibt erst die Fremdanamnese

Aufschluss. Nur ein geringer Teil aller bipolar Erkrankten wird derzeit korrekt diagnostiziert. Dabei ist die korrekte Diagnose unabdingbar, da eine reine Depressionsbehandlung unter Nichterkennen der bipolaren Störung manische Episoden triggern kann. Zusätzlich wird die Diagnose oft erschwert, da in bis zu 30 % der Fälle ein Mischzustand vorliegen kann. Lediglich

knapp die Hälfte aller Manien ist entgegen weitverbreiteter Ansicht und Darstellung durch Euphorie („himmelhoch-jauchzend“) gekennzeichnet. Oft gehen gleichzeitig depressive Symptome mit einher. Wenn diese Mischsymptomatik nicht als solche erkannt wird, kommt es schnell zu Fehldiagnosen. Weiterhin kommt es in der Manie oft auch zu exzessivem Alkohol- oder Drogenkonsum, sodass eine bipolare Störung vorschnell als Alkohol- oder Drogenabhängigkeit eingeordnet wird.

Psychotische Symptome, die bei schweren Manien auf deren Höhepunkt vorkommen können, führen oft zur Fehldiagnose einer Schizophrenie oder einer schizoaffektiven Störung. Sexuell promiskuitives Verhalten wird auch häufig nicht mit einer manischen Episode in Verbindung gebracht.

ICD-Kriterien für die hypomanische Episode

A. Eine mindestens vier Tage andauernde, ausgeprägte Periode ständig gehobener, überschwänglicher oder gereizter Stimmung, die eindeutig verschieden von der üblichen nicht-depressiven Stimmung ist.

B. Während der Phase der Stimmungsstörung sind drei (oder mehr) der folgenden Symptome (vier, wenn die Stimmung nur gereizt ist) bis zu einem gewissen Grad ständig vorhanden:

1. Überhöhtes Selbstwertgefühl oder Größenwahn.
2. Vermindertes Schlafbedürfnis (z. B. fühlt sich erholt nach 3 Stunden Schlaf).
3. Gesprächiger als üblich oder Rededrang.

- 4. Ideenflucht oder subjektive Erfahrung des Gedankenrasens.
 - 5. Zerstretheit
 - 6. Zunahme zielgerichteter Aktivitäten (entweder sozial, beruflich oder in der Schule oder sexuelle oder psychomotorische Unruhe).
 - 7. Übertriebenes Engagement bei Vergnügungen, die in einem hohen Maße schmerzhaft Konsequenzen nach sich ziehen (z. B. hemmungsloser Kaufrausch, sexuelle Indiskretionen oder leichtsinnige geschäftliche Investitionen).
- C. Die Episode wird begleitet von Veränderungen der Leistungsfähigkeit oder des Verhaltens, die für die Person in symptomfreien Phasen uncharakteristisch ist.
- D. Die Stimmungsstörung und der Wechsel des Auftretens werden durch Andere beobachtet.
- E. Die Episode ist nicht schwer genug, um eine ausgeprägte Beeinträchtigung in sozialen oder beruflichen Aufgabebereichen zu verursachen oder einen Krankenhausaufenthalt zu erfordern, und es gibt keine psychotischen Merkmale.
- F. Die Symptome sind nicht durch direkte physiologische Effekte einer Substanz (z. B. Drogenmissbrauch, Medikamente oder andere Behandlungen) oder eine generelle medizinische Verfassung (z. B. Überfunktion der Schilddrüse) verursacht.

Anmerkung: Hypomaniegleiche Episoden, die eindeutig durch somatische antidepressive Behandlung verursacht sind (Medikamente, Elektroschocktherapie, Lichttherapie), sollten nicht einer Diagnose: „Bipolare II Störung“ zugeordnet werden.

ICD-Kriterien für eine manische Episode

- A. Eine ausgeprägte Periode abnormer und ständiger gehobener, überschwänglicher oder gereizter Stimmung, die über 1 Woche dauert.
- B. Während der Periode der Stimmungsstörung halten drei (oder mehr) der folgenden Symptome bis zu einem

- bedeutsamen Grad beharrlich an (mindestens vier, falls die Stimmung nur gereizt ist):
- 1. Übertriebenes Selbstbewusstsein oder Größenwahn.
 - 2. Verringertes Schlafbedürfnis (z. B. fühlt sich erholt nach nur 3 Stunden Schlaf).
 - 3. Gesprächiger als üblich oder Drang, zu reden.
 - 4. Ideenflucht oder subjektives Gefühl, dass die Gedanken rasen.
 - 5. Zerstretheit (Aufmerksamkeit wird zu leicht zu unwichtigen oder belanglosen externen Reizen gezogen).
 - 6. Zunahme zielgerichteter Aktivitäten (entweder sozial, am Arbeitsplatz oder in der Schule oder sexuell) oder psychomotorische Unruhe.
 - 7. Exzessive Beschäftigung mit angenehmen Tätigkeiten, die höchstwahrscheinlich negative Folgen haben (z. B. ungehemmter Kaufrausch, sexuelle Taktlosigkeiten, oder potentiell ruinöse geschäftliche Investitionen).
- C. Die Symptome werden nicht besser durch die Kriterien der Gemischten Episode beschrieben.
- D. Die Stimmungsstörung ist hinlänglich schwer, um eine ausgeprägte Beeinträchtigung in beruflichen Aufgabengebieten oder unübliche soziale Aktivitäten

Substanz (z. B. Drogenmissbrauch, Medikamente oder andere Behandlungen) oder eine generelle medizinische Verfassung (z. B. Überfunktion der Schilddrüse) verursacht.

ICD-Kriterien für eine gemischte Phase

- A. Für mindestens eine Woche werden fast jeden Tag sowohl die Kriterien für eine Manische Phase als auch für eine Depressive Phase erfüllt (abgesehen vom Kriterium der Dauer).
 - B. Die Störung der Stimmung ist schwer genug um eine ausgeprägte Beeinträchtigung in beruflichen Aufgabengebieten oder unübliche soziale Aktivitäten oder Beziehungen mit anderen zu bewirken oder sie erfordern einen Krankenhausaufenthalt, um Selbst- oder Fremdschädigung zu verhindern, oder es gibt andere psychotische Merkmale.
 - C. Die Symptome sind nicht durch direkte physiologische Effekte einer Substanz (z. B. Drogenmissbrauch, Medikamente oder andere Behandlungen) oder eine generelle medizinische Verfassung (z. B. Überfunktion der Schilddrüse) verursacht.
- Tabelle 1 zeigt weitere Unterscheidungsmerkmale der unipolaren Depression sowie der Bipolaren Störung:

Psychotherapie-Verfahren bzw. -Methoden	Unipolare Depression	Bipolare Störung
Geschlechterverteilung	m : w = 1 : 3	m : w = 1 : 1
Erkrankungsgipfel	Mitte 3. Lebensdekade	Mitte 2. Lebensdekade
Prävalenz	– 15 %	BP-II 5 %, BP-I 1,5 %
Onset-Offset	Meist schleichend	Meist abrupte Phasenwechsel
Mortalität durch Suizid	15 %	15–30 %

- oder Beziehungen mit anderen zu bewirken oder sie erfordern einen Krankenhausaufenthalt, um Selbst- oder Fremdschädigung zu verhindern, oder es gibt andere psychotische Merkmale.
- E. Die Symptome sind nicht durch direkte physiologische Effekte einer

An der Bipolaren Störung erkranken Männer und Frauen etwa gleich häufig, während bei der unipolaren Depression Frauen bis zu dreimal so häufig als Männer erkranken. Die Bipolare Störung beginnt früher, oft schon im Jugendalter und hat einen Erkrankungs-

kungsgipfel um das 25. Lebensjahr, die unipolare Depression hat ihren Erkrankungsgipfel Mitte 30. Unipolare Depressionen treten in etwa dreimal häufiger auf als Bipolare Störungen. Die Bipolare Störung verläuft jedoch „böser“, die Mortalität durch Suizid ist bis zu doppelt so hoch wie bei der unipolaren Depression. Besonders fatal ist hier der Phasenwechsel von Manie zur Depression, hier ist typischerweise die Suizidalität am höchsten. Ein weiterer Hinweis, dass eine Bipolare Störung vorliegt, liegt in der Tatsache dass die Episoden sehr kurzfristig beginnen oder enden können, manchmal über Nacht.

Als Ursache werden bei der Bipolaren Störung genetische Faktoren eher angenommen als bei der Unipolaren Depression, wo häufig ein multifaktorielles Geschehen vorliegt.

Eine besonders schwierig zu behandelnde Gruppe von Erkrankten sind die sogenannten „Rapid Cyclers“, die mindestens 4 Phasenwechsel pro Jahr aufweisen.

Wie erkenne ich als Arbeitsmediziner eine bipolare Störung?

Für Sie als Arbeitsmediziner ist es schwierig, eine bipolare Störung de novo zu erkennen, die Wahrscheinlichkeit steigt aber mit der Zeitdauer der Beschäftigung und je länger der Beobachtungszeitraum ist. In einer Querschnittsuntersuchung fällt es oft auch erfahrenen Psychiatern schwer, die Diagnose zu stellen. Die bipolare Störung ist in der Regel eine Längsschnitt-Diagnose, da oft erst im Verlauf von Jahren das charakteristische Muster erkennbar ist.

Wenn bei einem Beschäftigten eine Depression bereits bekannt ist, lohnt es sich, nach Bipolaren Störungen in der Familie, dem Ersterkrankungsalter, der Phasen-Wechsel-Dynamik sowie explizit nach hypomanen Schwankungen zu fragen. Letztere können manchmal auch nur wenige Tage anhalten. Werden alle diese Fragen positiv im Sinne der Symptome nach Tabelle 1

beantwortet, erhärtet sich der Verdacht auf eine Bipolare Störung.

Ist die Erkrankung sehr stark ausgeprägt und es kommt zu häufigen eindeutig depressiven und eindeutig manischen Episoden, ist die Diagnose natürlich einfacher zu stellen. Meist sind diese Betroffenen aber in dieser Phase der Erkrankung nicht arbeitsfähig.

Therapie

Die Therapie der Bipolaren Störung unterscheidet sich grundsätzlich von der Behandlung der depressiven Episode. Neben der Akuttherapie der Depression oder der Manie kommt der Erhaltungstherapie, das heißt der Stimmungsstabilisierung ganz entscheidende Bedeutung zu. Antidepressiva bergen ein unterschiedliches Risiko, einen Switch in die Manie auszulösen. Die „klassischen“ trizyklischen Antidepressiva wie Imipramin, Amitriptylin oder Doxepin sind hier an erster Stelle zu nennen, gefolgt von das Nor-

adrenalin-System stützenden Antidepressiva. Die Serotoninwiederaufnahmemehmer scheinen das geringste Risiko zu bergen, wobei die Wirkstoffe Citalopram und Sertralin durch die geringe Antriebssteigerung hier das günstigste Profil zu haben scheinen.

Selbstverständlich müssen Antidepressiva bei einer akuten schweren depressiven Episode bei einer bipolaren Störung eingesetzt werden, das Medikamentenregime braucht jedoch ein besonders sensibles Monitoring und eine oft sehr flexible Umstellungspraxis.

Die Therapie der akuten Manie erfolgt klassischerweise durch hochpotente Neuroleptika und kann auch durch das antimanisch wirksame Lithium ergänzt werden.

Tabelle 2 listet die derzeit zur Verfügung stehenden Stimmungsstabilisatoren auf. Bei allen diesen Substanzen sind eine vorherige internistische Untersuchung (Leber-, Nieren- Schilddrüsenwerte, EKG) sowie regelmäßige Spiegelkontrollen unerlässlich.

Substanz	Präparate	Besonderheiten
Lithiumsalz	Hypnorex, Quilonum	Enges therapeutisches Fenster, beste bekannte Suizidprophylaxe (Suizidrate geht unter Lithium-Behandlung gegen Null) KI: Schilddrüsenerkrankungen, Herz-Kreislauf-erkrankungen, Nierenfunktionsstörungen, NW: Gewichtszunahme, Polydipsie, Polyurie
Lamotrigin	Lamictal, Elmendos, Lamotrigin-Generika	Antikonvulsivum Sehr langsames Eindosieren nötig (25 mg/Woche) Allerg. Hautreaktionen möglich Bei Frauen im gebärfähigen Alter Mittel der Wahl
Carbamazepin	Tegretal, Timonil, Carbamazepin-Generika	Antikonvulsivum Sehr langsames Eindosieren nötig Enzyminduktor, Cave bei internistischer oder gynäkologischer (Pille) Komedikation
Valproat	Ergenyl Valproat-Generika	Antikonvulsivum Bei Frauen im gebärfähigen Alter obsolet

Tipps für die Wiedereingliederung

Als Arbeitsmediziner kommt Ihnen nicht zuletzt die Funktion des Unterstützers der fachärztlichen Behandlung zu. Es ist wichtig, die Compliance und die Phasenprophylaxe zu fördern, aber auch Vorboten-Symptome evtl zu kennen. Arbeiten weitere Angehörige des Patienten im Betrieb, lohnt sich oft auch ein gemeinsames Gespräch, um sich einen Überblick über die sozialen Bezüge und das Unterstützer-Netzwerk des Beschäftigten zu verschaffen.

Ist die Stimmung ggf nach einem stationären Aufenthalt bereits längere Zeit ausgeglichen, muss nicht in jedem Fall eine stufenweise Wiedereingliederung erfolgen.

Auch wenn die Phasenprophylaxe mit Antikonvulsiva erfolgt, handelt es sich bei dem Beschäftigten nicht um einen „Anfallspatienten“. Die Schutzmassnahmen, wie sie für Epilepsie-Kranke gelten, sind bei bipolaren Patienten nicht anzuwenden. In der Regel sind unter der stabilen Behandlung Aufmerksam-

keit, Konzentration und Vigilanz nicht eingeschränkt.

Dem Beschäftigten sollte ggf die Beantragung eines Grades der Behinderung empfohlen werden. (Gilt bei allen rezidivierenden oder chronischen psychischen Erkrankungen). □

*Dr. med. Christa Roth-Sackenheim,
Fachärztin für Psychiatrie und
Psychotherapie, 1. Vorsitzende des BVDP*

Psychische Leiden nehmen zu

Die Zeiten extrem geringer Krankenstände sind vorüber: Seit 2007 steigen die krankheitsbedingten Fehlzeiten leicht, aber kontinuierlich an. Darunter sind immer häufiger psychisch verursachte Krankheitstage.

Von Januar bis Oktober 2009 lag der Krankenstand bei 4,0 %, im gleichen Vorjahreszeitraum waren es 3,8 % (2007: 3,7 %). Die gravierendsten Steigerungsraten weisen nach wie vor psychische Erkrankungen auf.

Im gesamten Jahr 2008 fehlten die Arbeitnehmer krankheitsbedingt an 13,4 Tagen, zuletzt lagen vor sechs Jahren die Fehltagelagen auf diesem Wert, während 2006 mit 12,4 Tagen die geringsten Krankentage seit 30 Jahren gemeldet wurden. Krankheiten, die bis zu drei Tagen dauern, machen 36 % aller Krankschreibungen aus.

Häufigste Krankheitsursachen

Auf Muskel- und Skeletterkrankungen gehen mit 26 % die meisten Krankentage zurück, gefolgt von Atemwegserkrankungen mit 16 %. An dritter Stelle folgen Verletzungen (14 %), deren Anteil gegenüber den Vorjahren abnahm, was auf den Rückgang besonders gefährdender gewerblicher

Tätigkeiten zurückzuführen ist. Aktuell sind psychische Erkrankungen mit 10 % aller Krankentage die viert wichtigste Krankheitsgruppe; vor rund 30 Jahren tauchten sie in den Gesundheitsstatistiken kaum auf (1976: 2 %).

Die höchsten Steigerungsraten bei psychischen Krankheiten weisen Arbeitslose auf. In den letzten vier Jahren verdoppelten sich ihre psychisch verursachten Krankheitstage. Bei den weiblichen Beschäftigten haben überdurchschnittlich häufig Telefonistinnen, Krankenpflegerinnen und Sozialarbeiterinnen seelische Leiden; bei den Männern sind vor allem Sozialpädagogen, Sozialarbeiter und Schienenfahrzeugführer wie auch Krankenpfleger betroffen.

Häufigste psychische Erkrankungen sind Angststörungen und Depressionen: Bei rund 20 % aller weiblichen und jedem zehnten männlichen Versicherten über 50 wurden Depressionen diagnostiziert. Die Zunahme dieser Erkrankungen liegt auch an verstärkter Diagnostik und Dokumentation durch die behandelnden Ärzte. Auch rücken „neuere“ Erkrankungen wie das Burnout-Syndrom in den Vordergrund. □

Quelle: BKK



Foto: Roba Press

Hilfe braucht Helfer.

Ärzte für die Dritte Welt e.V.
Offenbacher Landstr. 224
60599 Frankfurt am Main

www.aerzte3welt.de
Tel.: +49 69.707 997-0
Fax +49 69.707 997-20

Spendenkonto
488 888 0
BLZ 520 604 10

