

Das Suizidrisiko ernst nehmen



BIPOLARE STÖRUNGEN: Eine Studie¹ zeigt, dass 66% der bipolaren Patienten wesentlich suizidgefährdet sind. Eine möglichst rasche Diagnose und Stabilisierung des Krankheitsverlaufs sind daher von großer Bedeutung.

Redaktion: Mag. Andrea Weiss

DIE BIPOLARE STÖRUNG betrifft Menschen unabhängig von ihrer Nationalität, der Rasse und dem sozioökonomischen Status und zählt weltweit zu den zehn beschwerlichsten Erkrankungen. Die Inzidenz beträgt abhängig von der Art der Definition 1–6%. Frühere Angaben einer niedrigeren Inzidenz dürften im Zusammenhang mit den Diagnosesystemen ICD-10 und DSM-IV stehen, mit denen nur schwere Formen der Manie diagnostiziert werden. Da diese dem Wesen der Störung in der Praxis nicht immer gerecht werden, wurde die Beschreibung von Typen entwickelt, die neben den jeweiligen Stimmungssymptomen auch den Verlauf der Erkrankung, eine eventuelle familiäre Disposition und vorbestehende Charaktereigenschaften berücksichtigt.

TYPEN I BIS VI

Bipolar I: Depression und Manie: klassisches Bild der bipolaren Erkrankung mit klar definierten mittelschweren und schweren depressiven Episoden und voll ausgeprägten manischen oder gemischten Phasen. Etwa 20% dieser Patienten erleben auch eine Manie mit psychotischen Symptomen (Stimmungslage der Manie nicht euphorisch, sondern dysphorisch oder gemischt).

Bipolar II: Depression und Hypomanie ist definiert durch das Auftreten einer oder mehrerer Episoden einer Depression (vorrangig in Form von Energielosigkeit) mit mindestens einer hypomanen Episode. Die Bipolarität wird hier oft übersehen, weil die Beeinträchtigung nur aus der depressiven Symptomatik entsteht und die Hypomanie nicht als solche erkannt oder erinnert wird.

Bipolar II/1/2: Depression und Zyklithymie: Vorliegen von deutlichen Depressionen und leichter Hypomanie. Darüber hinaus werden Paniksymptome, soziale Ängste und oftmals Anzeichen von Suizidalität beschrieben.

Bipolar III: Durch Antidepressiva demaskierte bipolare Störung: Patienten, bei denen es unter einer Therapie mit Antidepressiva, Lichttherapie, Elektrokrampftherapie oder Schlafentzug zu Kipp-Phänomenen in die Hypomanie oder Manie kommt.

Bipolar III/1/2: Durch Drogen demaskierte bipolare Störung: Bei dieser Untergruppe wechseln Erregtheit und leichte Depression ab. Besonderes Merkmal ist ein gehäufter Alkohol- oder Drogenmissbrauch, weshalb oft insbesondere am Beginn die entsprechende Diagnose (Sucht vs. bipolare Störung) schwer zu stellen ist.

Bipolar IV: Depression und Hyperthymie: Depressive Episoden wechseln mit hyperthymem Temperament, das hier nicht episodenhaft, sondern als Wesens-

zug verstanden wird (Bild des lebenslustigen, ganze Gesellschaften unterhaltenden Menschen mittleren und höheren Alters, der akut in eine Depression stürzt). Erhöhte Neigung zu suizidalen Handlungen aufgrund der Kluft zwischen „Normalbefinden“ und Depression.

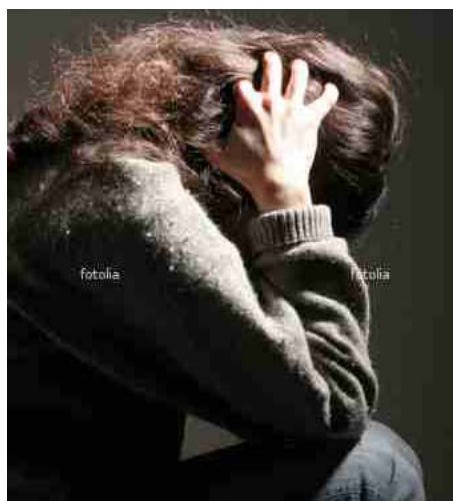
Bipolar V: Das Erscheinungsbild des Betroffenen ist im bisherigen Krankheitsverlauf unipolar depressiv, in der Familie finden sich jedoch bipolar Erkrankte. Trotz Therapie mit Antidepressiva häufig depressive Episoden.

Bipolar VI: Diese Patienten entwickeln zusätzlich zur bipolaren Störung frühzeitig eine Demenz. Antidepressiva sind wenig effektiv bzw. verschlechtern das Zustandsbild sogar.

Rapid Cycling: Bei 13–20% aller Patienten zeigt sich im Verlauf ihrer Erkrankung ein Muster, bei dem sich der Stimmungswechsel oft innerhalb von Stunden oder Tagen vollzieht; zumindest 4 Episoden innerhalb eines Jahres.

KRANKHEITSBÜRDE DEPRESSION

42% der Menschen mit bipolaren Erkrankungen klagen über deutliche Symptome, die ihre Arbeit belasten und manchmal unmöglich machen¹. Dabei nimmt die Depression im Leben der Betroffenen wesentlich mehr Raum ein als die Manie: Einem Follow-up über 13 Jahre zufolge befinden sich Bipolar-I-Patienten rund ein Drittel der Zeit in einer depressiven Phase, Bipolar-II-Patienten sogar die Hälfte. Im Vergleich dazu sind die manischen Episoden mit 6% bzw. 2% der Zeit relativ kurz². Eine im Jahr 2006 in Österreich durchgeführte Marktforschungsstudie zeigt, dass die depressive Symptomatik meist der



Grund für die Kontaktaufnahme mit einem Arzt ist³. Der Einfluss der bipolaren Erkrankung auf jeden einzelnen Betroffenen spiegelt sich in der hohen Suizidalität wider: 66% der bipolaren Patienten sind wesentlich suizidgefährdet¹.

DIE BIPOLARITÄT ERKENNEN

Durchschnittlich vergehen 8–10 Jahre, bis die Bipolarität einer depressiven Erkrankung erkannt wird. Die Diagnose ist aufgrund der wechselnden Phasen von Depression und Manie erschwert. Zudem können Patienten oft sehr lange in einer depressiven Phase verharren, während (hypo)manische Episoden oft nicht erinnert oder als solche wahrgenommen werden, was zur Fehldiagnose unipolare Depression führen kann. Um Hinweise auf manische Episoden zu bekommen, muss der Arzt den Patienten gezielt danach fragen oder sogar Angehörige mit einbeziehen. Zu empfehlen ist auch der Einsatz von Selbstbeurteilungs-Fragebögen wie z.B. die Hypomania Checklist (HCL-32 R1) und der Mood Disorder Questionnaire (MDQ) als Screening-Instrument für die allgemeinmedizinische und psychiatrische Praxis gleichermaßen. Insbesondere mittels HCL-32 R1 können zurückliegende normale und pathologische Stimmungshochs erfasst werden.

PHASENGERECHTE THERAPIEN

Zu den Zielen in der Behandlung bipolarer Störungen zählen vorrangig eine günstige Beeinflussung der Prognose, der Erhalt der Arbeitsfähigkeit und die Minimierung der hohen Suizidrate. Bei der Planung jeder medikamentösen Intervention im Zusammenhang mit einer bipolaren Erkrankung ist die Phase zu berücksichtigen, in der sich der Patient aktuell befindet.

Ziel in der Akutphase (wird in der Praxis mit 2 Monaten bemessen) ist, die Symptomatik mittels Akuttherapie vollständig zum Abklingen zu bringen, da Restsymptome das Auftreten einer neuen Episode beschleunigen. In der anschließenden Erhaltungsphase (3.–6. Monat) soll die in der Akutphase erreichte Remission stabilisiert werden, indem die Akuttherapie – evtl. in einer niedrigeren Dosierung – weitergeführt wird. Die Phasenprophylaxe beginnt ab dem 7. Monat und erstreckt sich über den Rest des Lebens. Dabei sind mit einer konsequenten phasenprophylaktischen Therapie jegliche Rezidive zu

vermeiden, da mit deren Anzahl die Wahrscheinlichkeit neuer Episoden zunimmt. Die Behandlung der bipolar depressiven Episoden ist im Allgemeinen schwieriger und weniger erfolgreich als die Therapie der Manie.

EINGESETZTE PHARMAKOTHERAPEUTIKA

In der Akutphase kommen abhängig von der Qualität und vom Schweregrad der Episode unterschiedliche Medikamentengruppen zum Einsatz:

- Antidepressiva (vorzugsweise SSRI oder Bupropion; keine Trizyklika) bei depressiven Episoden und Angstsymptomen. Bei bipolarer Depression nur in Kombination mit einem Stimmungsstabilisator, um das Kippen in die Manie zu vermeiden.
- Neuere (atypische) Antipsychotika bei Manie oder gemischten Episoden und eines bei bipolarer Depression.
- Tranquilizer evtl. kurzfristig bei extrem agitierten Patienten oder bei Bedarf zur Überbrückung bis zum Wirkeintritt der Antidepressiva.
- Stimmungsstabilisatoren sind eine nicht substanzspezifische Klasse von Psychopharmaka, die das Auftreten neuerlicher Episoden verhindern sollen. Vorwiegend antidepressiv wirkt Lamotrigin, vorwiegend antimanchisch wirken Valproat, Carbamazepin und Olanzapin. Universell einsetzbar ist Lithium, da es sowohl gering antidepressiv als auch antimanchisch, aber vor allem antisuizidal wirksam ist^{4,5}.

DIE SUIZIDALITÄT NICHT ÜBERSEHEN

Zu den großen Problemen im Zusammenhang mit der bipolaren Erkrankung zählt die erhöhte Suizidalität – noch immer sterben mehr Menschen durch Suizid als im Straßenverkehr. In der Behandlung bipolarer Patienten ist daher immer auch das Suizidrisiko abzufragen. Anders als teilweise befürchtet, ist noch niemand durch alleiniges Befragen auf die Idee gekommen, sich das Leben zu nehmen. Die Suizidalität NICHT abzufragen stellt hingegen einen Kunstfehler dar. Mögliche Fragestellungen dafür sind z.B., ob der Betroffene einen Lebensüberdruß verspürt oder ob es ihm schwerfällt, sein Leben zu gestalten. Insbesondere ältere Menschen kann man fragen, ob sie denken, es wäre besser, wenn sie nicht mehr aufwachen.

RISIKOFAKTOREN ERKENNEN

An ein erhöhtes Suizidrisiko ist immer dann zu denken, wenn die Symptome der bipolaren Störung rasch wechseln, wenn der Patient lange nicht auf die Therapie anspricht, wenn akute Belastungen wie z.B. der Verlust eines nahe stehenden Menschen oder Arbeitsplatzverlust vorliegen. Weitere hinweisende Risikofaktoren sind schlechte Konzentrations- und Entscheidungsfähigkeit, starke Schlafstörungen, morgendliches Pessimismus mit Kreidenken (Zwangsgrübeln), erhöhter Alkoholkonsum und Sucht. Eine Suizid-Vorgeschichte in der Familie bzw. beim Patienten selbst sowie ein Suizid im Umfeld des Betroffenen setzen die Hemmschwelle für einen Suizid herab. Aus der Literatur ist außerdem bekannt, dass ältere allein stehende Männer ein hohes Suizidrisiko aufweisen.

Die Suizidalität steht zwar in den meisten Fällen im Zusammenhang mit einer depressiven Episode, in seltenen Fällen kann aber auch eine Manie der Auslöser sein, wenn diese so stark ausgeprägt ist, dass der Betroffene verworren ist.

GESPRÄCHE UND/ODER MEDIKAMENTE

Grundsätzlich stehen für das Vermeiden suizidaler Handlungen psychosoziale Hilfe und Medikamente zur Verfügung. Im Rahmen eines Gesprächs, in dem der Arzt seinen Verdacht auf Suizidalität anspricht, wird auch eruiert, welche der möglichen Hilfestellungen angeboten werden soll bzw. ob eine bereits bestehende Medikation angepasst werden muss. Ist eine Überweisung zum Facharzt erforderlich, sollte die Terminvereinbarung vom Hausarzt selbst in die Wege geleitet werden, um Wartezeiten zu vermeiden. Der Patient soll in jedem Fall darüber aufgeklärt werden, dass die Depression gut behandelbar und daher ein vorübergehender Zustand ist.

1 Stang P et al., Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2007; 9(1)

2 Judd et al., Arch Gen Psychiatry 2002; 59:530–537

3 Analyse zum Thema „Bipolare Störungen in Österreich“, durchgeführt vom Marktforschungsunternehmen „medupha“ gemeinsam mit MEDAhead im Zeitraum November/Dezember 2006

4 Simhandl & Mitterwachauer, Springer Verlag Wien 2007; Depression und Manie

5 Müller-Oerlinghausen B, Ahrens B, Grof E, Grof P, Lenz G, Schou M, Simhandl C, Thau K, Volk J, Wolf R, Wolf T, The effect of long-term lithium treatment on the mortality of patients with manic-depressive and schizo-affective illness. A collaborative study by IGSLI. Acta Psych Scand 86: 218–222, 1992

Univ.-Prof. Prim. Dr. CHRISTIAN
SIMHANDL, Facharzt für Psychiatrie und
Neurologie, Psychotherapeut,
ÖÄK Psy III, BIPOLAR Zentrum
Wiener Neustadt, NÖ
psychiatrie@simhandl.at, www.simhandl.at

