

# Bei bipolaren Störungen ist die Prognose meist gut

Patienten brauchen mehrjährige Phasenprophylaxe

Für bipolare Störungen typisch ist der Wechsel von depressiven und hypomanischen/manischen Phasen. Wichtig für die Patienten ist, daß frühzeitig erkannt wird, wenn eine depressive Phase in eine hypomanische oder manische Phase umschlägt, und daß dementsprechend therapiert wird. Denn in manischen Phasen fehlt oft die Krankheitseinsicht. Zur Therapie bei bipolaren Störungen haben sich einige Psychopharmaka bewährt, die unterschiedlich – in der Akuttherapie oder Phasenprophylaxe – angewandt werden.

Axel Cicha

Obwohl bereits der Heidelberger Psychiater Professor Emil Kraepelin im Jahre 1896 den Begriff des „manisch-depressiven Irreseins“ prägte, ist die aktuelle Datenlage zu Prävalenz, sozioökonomischer Bedeutung, neurofunktionalen und morphologischen Grundlagen sowie den neuropsychologischen Auswirkungen eher bescheiden. Erst in jüngster Zeit richtete sich das Interesse vermehrt auf die Erforschung der bipolaren Störungen und die adäquate Behandlung der Patienten – nicht zuletzt auch deshalb, weil neuere (atypische) Antipsychotika und Antikonvulsiva in zum Teil kleinen Studien einen unmittelbar antimanischen oder phasenprophylaktischen Effekt hatten.

Bei der Behandlung von Patienten mit bipolaren Störungen haben sich viele Psychopharmaka als hilfreich erwiesen, die unterschiedlich – in der Akuttherapie oder Phasenprophylaxe – angewandt werden.

Zur medikamentösen Therapie bei Patienten mit mittelschweren bis schweren depressiven Phasen haben sich gerade in der hausärztlichen Betreuung die neueren Antidepressiva aus der Gruppe der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) bewährt. Hierzu gehören Citalopram (etwa Cipramil®), Escitalopram (Cipralex®), Fluoxetin (etwa Fluctin®), Fluvoxamin (etwa Fevarin®), Paroxetin (etwa Seroxat®, Tagonis®) und

Sertralin (Zoloft®). Alternativ kommen auch neuere Substanzen wie der selektive Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer Venlafaxin (Trevilor®) in Betracht.

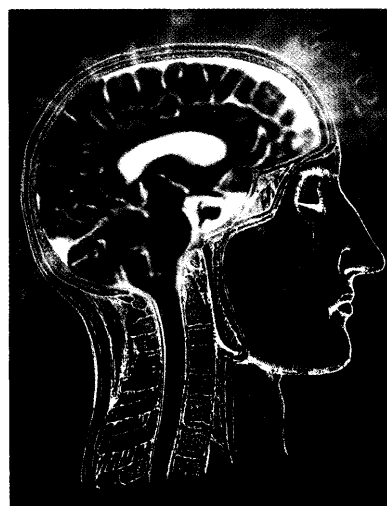
Bei Patienten mit agitierten Formen einer Depression sind aufgrund ihres sedierenden Effektes Mirtazapin (Remergil®) oder die klassischen Trizyklika Doxepin (Aponal®), Trimipramin (Stangyl®) oder Amitriptylin (Sartoten®) von Vorteil. Bei gehemmten Formen kann der Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer Reboxetin (Solvex®) eingesetzt werden.

Die neueren Antidepressiva sind zwar in ihrer antidepressiven Wirkung den klassischen Tri- und Tetrazyklika nicht signifikant überlegen, sie haben aber generell weniger unerwünschte Begleitwirkungen, was wiederum auch compliancefördernd sein kann. Darüber hinaus zeigen die Erfahrungen, daß besonders die SSRI ein geringeres Switch-Risiko haben: das Umschlagen einer depressiven Episode in eine manische Phase kommt seltener vor.

Es empfiehlt sich, bei einer reinen depressiven Episode das gewählte Antidepressivum in der Dosierung, die zum Erfolg geführt hat, für mindestens sechs Monate beizubehalten. Erst dann sollte sukzessive die Dosis reduziert werden. Dagegen muß die Dosisreduktion zügig erfolgen, wenn hypomanische oder manische Phasen auftreten, und es muß eine antimanische Therapie begonnen werden, verbunden mit einer Phasenprophylaxe, da nach einer ersten manischen



Dr. Axel Cicha aus Wasserburg: Es ist schon bei der ersten depressiven Episode wichtig, auf die Möglichkeit des Auftretens submanischer oder manischer Episoden hinzuweisen.



## Aus dem Inhalt

### Axel Cicha:

Bei bipolaren Störungen ist die Prognose meist gut **3**

### Günther Deuschl,

### Thomas Gasser,

### Wolfgang Oertel:

Pharmako- und Physiotherapie sind bei M. Parkinson am wichtigsten **8**

### Matthias Riepe:

Cholinerge und anti-glutamaterge Antidementiva haben sich bewährt **12**

**Berichte vom 76. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Neurologie in Hamburg** **15–18**

**Neues aus den Fachzeitschriften** **19**

**Service** **19**