



BERICHT

Ärztliche Fortbildungsveranstaltung „Bipolar affektive Erkrankungen in der Psychiatrischen Institutsambulanz“

Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. Peter Bräunig, PD Dr. Tom Bschor und Prof. Dr. Albert Diefenbacher

Berlin, 30. Oktober 2007

Interview mit PD Dr. Stephanie Krüger zum Thema
„Bipolare Störungen und Kinderwunsch“

Bipolare Patienten in Psychiatrischen Instituts- ambulanzen

Berlin. Was sind besonders geeignete Strukturen zur Behandlung bipolarer Patienten? Was ist der neueste Stand der Wissenschaft? Welche Medikamente sind für welche Patientengruppen geeignet?

Um diese und andere Fragen drehten sich die Diskussionen auf der jüngsten Fortbildungsveranstaltung, die von der DGBS in Berlin organisiert und von der Sanofi Aventis Deutschland GmbH unterstützt worden war. Die Vorträge richteten sich vor allem an Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter. Eingebunden in das Programm waren mehrere Berliner Kliniken: Das Vivantes Humboldt - Klinikum, das Jüdische Krankenhaus Berlin, die Universitätsmedizin Charité Berlin Campus Mitte und Campus Benjamin Franklin und das gastgebende Evangelische Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge.

Im Mittelpunkt stand dabei die Behandlung bipolarer Patienten in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA). „Diese bieten eine geeignete Struktur zur Behandlung von bipolaren Patienten mit häufigen Episoden oder Rapid Cycling und für Betroffene mit lange andauernder Symptomatik, sowie für Patienten mit psychiatrischer und /oder somatischer Komorbidität“ sagte Prof. Dr. Peter Bräunig, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Vivantes Humboldt-Klinikum. Alles in allem seien PIA geeignet für die Patienten, die auf Grund ihrer Erkrankung besonders engmaschige Konsultationstermine und eine sehr komplexe Therapie benötigten, zu der neben Pharmakotherapie, unter anderem Psychoedukation, Psychotherapie, Bewegungstherapie, Ernährungsberatung und Suchtberatung gehörten.

Die Bipolare Erkrankung ist eine rezidivierende Erkrankung. „Neue Episoden treten spontan oder ausgelöst durch körperliche oder psychische Stressoren auf. Rezidive können nicht nur häufig, sondern auch unvermittelt, mit nur kurzer Frühwarnphase auftreten“, sagte Bräunig, dessen Thema auf der Veranstaltung Verlaufskomplikationen bei bipolaren Erkrankungen war. Suizidalität, mit wachsender Zahl der Episoden immer kürzer werdende Abstände zwischen ihnen, längere Dauer, schwererer Verlauf der Episoden und letztlich ein nicht vollständiges Abklingen der Symptome seien wesentliche Komplikationen.

Unklares Krankheitsbild verführt zu unruhiger Therapie

Nach Aussagen von Bräunig verunsichern die immer kürzer werdenden Zyklen manche Ärzte bei der Therapie. Mediziner neigten dazu, etwa bei Rapid Cycling, dem klinischen Bild hinterher zu therapieren. „Ein unklares Krankheitsbild verführt oft zu einer unruhigen Therapie“, stellte Bräunig fest. Er plädierte bei Rapid Cycling dafür, keine Antidepressiva einzusetzen, sondern nur Stimmungsstabilisierer. Erschwerend wirke zudem, dass zur Grunderkrankung oft weitere Störungsbilder hinzukommen. So ist die Bipolarität oft vergesellschaftet mit verschiedenen Süchten und Ängsten, häufig auch mit Störungen der Impulsivität, wozu verschiedene Formen der Essstörung, Spielsucht, aber auch Risiko suchendes Verhalten zählen. Bräunig: „Selbst wenn Sie die beste Rezidivprophylaxe auf den Weg gebracht haben - wenn sie die Komorbiditäten nicht erkennen und behandeln, verlieren sie das Spiel.“

Der Sicherheit und dem Wirkspektrum der verschiedenen Medikamente sowie Optimierungsstrategien bei der Prophylaxeresistenz widmeten sich die Vorträge von Prof. Dr. Ion Angheliescu, Geschäftsführer

render Oberarzt an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Charité, Campus Benjamin Franklin, und PD Dr. Tom Bschor, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Jüdischen Krankenhauses Berlin. Nachteilig sei, dass die Datenbasis für die meisten Medikamente - mit Ausnahme Lithiums - relativ schlecht ist. Man spreche von Arzneimittelsicherheit ab etwa 4 Millionen Verordnungen, also von Medikamentenpackungen, die für etwa drei Monate reichen, sagte Anghelescu. „Erst wenn man diese Verordnungen dokumentiert und analysiert hat, kennt man ein Arzneimittel wirklich.“ Mediziner behelfen sich deshalb mit Daten beziehungsweise Erfahrungswerten aus der Epilepsiebehandlung und - bei atypischen Antipsychotika - aus der Schizophrenie-Therapie.

Sicherste Datenbasis für Lithium

Am besten sieht die Datenbasis bei Lithium aus. Doch unter den Wissenschaftlern gibt es leichte Unterschiede in der Bewertung. Während es für Bschor „unverändert der Goldstandard“ ist, weil es der „einzige Stimmungsstabilisierer mit nachgewiesener antisuizidaler Wirkung“ ist, meint Bräunig, dass dieser Nachweis „so sicher nicht belegt“ ist. Wie dem auch sei: Einigkeit herrscht darüber, dass Lithium wie alle anderen Medikamente Nebenwirkungen hat. Schilddrüsendysfunktionen und Schädigung der Nierenfunktion drohen unter anderem. „Carbamazepin ist ein Alternativmedikament mit nachgeordnetem Stellenwert, da es erhebliche Interaktions-schwierigkeiten bereitet, wenn weitere Medikamente gegeben werden müssen. Valproat hat seinen Schwerpunkt in der antimanischen Therapie und Prophylaxe. Lamotrigin wird eingesetzt in der antidepressiven Therapie und Prophylaxe. Olanzapin konnte in ersten Studien als phasenprophylaktisch wirksam für manische und depressive Phasen gezeigt werden“, gab Bschor einen Überblick.

Die von Patienten am häufigsten beklagte Nebenwirkung, die nahezu alle Mittel mit sich bringen, ist die Gewichtszunahme. Die kann der Patient theoretisch am ehesten selbst beeinflussen, durch ein strenges Gewichtsmanagement. „Die Mittel selbst haben ja keine Kalorien. Sich zügeln, gegensteuern durch viel Bewegung sind die halbe Miete“, empfahl Anghelescu, wobei er natürlich weiß: Leichter gesagt als getan. Nicht oder kaum zu beeinflussen - nur zu kontrollieren - sind die anderen Nebenwirkungen. So kann Carbamazepin die Leber schädigen und es stört den Abbau anderer Medikamente, Valproinsäure kann ebenfalls Leberschäden und zudem Entzündungen der Bauchspeicheldrüse hervorrufen, Lamotrigin führt unter Umständen zu Veränderungen des Blutbildes und zu Hautveränderungen, erläuterte Anghelescu.

Gute Erfahrungen mit elektronisch gestützten Langzeitdokumentationen

Insgesamt böten, so Anghelescu, die Medikamente eine relativ hohe Sicherheit. Die Wahrscheinlichkeit, nach einer Krankheitsepisode innerhalb eines Jahres einen Rückfall zu erleiden, liege bei zehn bis 40 Prozent. „Das ist gar nicht schlecht. Wenn man kein Medikament nimmt, beträgt sie 90 Prozent.“

Dass bei all dem der Psychotherapie ein hoher Stellenwert zukommt, ist unstrittig. Fraglich ist, wie hoch er ist. Interessant, was Bschor dazu meinte: „Für verschiedene Formen der Psychotherapie konnte in den letzten Jahren in methodisch hervorragend gemachten, kontrollierten Studien gezeigt werden, dass sie einen mindestens gleich effektiven Rückfallschutz bieten wie Pharmakotherapie.“ Er habe vor allem gute Erfahrungen mit elektronisch gestützten Langzeitdokumentationen durch die Patienten gemacht, wobei nicht wenige von ihnen sich gern auf die Sache einließen. Das Prinzip ist einfach: Täglich werden verschiedene Daten eingegeben, Medikation, Stimmungslage, Schlaf, Gewicht, Jahreszeit, Menstruation. Bei jedem Arzttermin erhalte der Mediziner einen Ausdruck und bekomme Hinweise zum Krankheitsverlauf und könne seine Therapie gezielter ansetzen. „Man erfährt etwa, wenn eine jahreszeitliche Abhängigkeit besteht und kann zu Beispiel auf eine Depression mit Lichttherapie reagieren“, nannte Bschor ein Beispiel. Eine weitere Wirkung: Der Patient kontrolliert sich permanent selbst - was wohl das A und O bei dieser Erkrankung sein dürfte.

INTERVIEW

Bipolare Patientinnen und Kinderwunsch

Betroffene Frauen können nicht unbeschwert ein Kind bekommen: Einerseits droht bei Absetzen der Medikamente ein Rückfall, andererseits können Medikamente das Ungeborene schädigen. Welche medizinischen Möglichkeiten gibt es? Therapie und Phasenprophylaxe in Schwangerschaft und Stillzeit lautete das Thema von PD Dr. Stephanie Krüger auf der jüngsten Fortbildungsveranstaltung der DGBS in Berlin. Mit ihr sprach Eva Prase.

Frage: Werdene Mütter wollen ihr Ungeborenes nicht schädigen. Viele fürchten deshalb die Einnahme von stimmungsstabilisierenden Medikamenten. Sollten Frauen deshalb auf diese während der Schwangerschaft und Stillzeit verzichten?

Stephanie Krüger: Zunächst muss man wissen, dass das Missbildungsrisiko in der frühesten Phase

der Schwangerschaft, in der die Organbildung stattfindet, am höchsten ist. Zu einem Zeitpunkt also, zu dem die Frau oft noch gar nicht weiß, dass sie schwanger ist. Später, wenn sie weiß, dass sie ein Kind bekommen wird, braucht sie die Medikamente nicht unbedingt mehr abzusetzen. Deswegen ist es für bipolare Patientinnen am besten, sofort bei Kinderwunsch den Arzt zu konsultieren - nicht erst, wenn der Schwangerschaftstest positiv ist.

Frage: Also in Schwangerschaft und Stillzeit unverändert die Medikamente einnehmen?

Krüger: Nicht unbedingt. Patientinnen mit einer leichten Form der bipolaren Erkrankung und einem funktionierenden sozialen Netz können ihr Medikament absetzen. Wichtig ist hierbei eine engmaschige psychiatrische und psychologische Betreuung. Bleibt die Patientin stabil, ist alles gut. Sobald sich aber Anzeichen für einen Rückfall zeigen, muss man sofort eingreifen, medikamentös behandeln.

Frage: Und was nun bei schweren Formen der bipolaren Erkrankung tun, etwa wenn ein Suizidrisiko vorhanden ist oder wenn es psychotische Symptome in der Vergangenheit gab?

Krüger: Da würde ich die Medikamente nicht absetzen, und ich würde auch eine Frau, die zehn Jahre mit Lithium stabil war, nicht auf ein anderes Medikament umstellen. Ich würde versuchen, eine niedrigere Dosis des aktuellen Medikamentes und möglichst eine Monotherapie anzustreben. Insgesamt muss der Arzt immer mit der Frau zusammen die beiden Risiken abwägen: Die Sicherheit der Mutter auf der einen, und die des Kindes auf der anderen Seite. Dabei muss man bedenken, dass gerade in der Schwangerschaft das Risiko für bipolare Patientinnen hoch ist, eine Depression zu bekommen.

Frage: Es ist also völliger Unsinn, während der Schwangerschaft mal eine Manie oder Depression zu riskieren, nur um das Ungeborene vor den Wirkungen der Medikamente zu schützen?

Krüger: Ja.

Frage: Wie schädigen denn Manien oder Depressionen das Ungeborene?

Krüger: Bei Depressionen werden unter anderem Stresshormone ausgeschüttet. Das hat Frühgeburten, Spontanaborte und Fehlbildungen zur Folge. Für Manien gibt es noch wenige Studien, aber auch hier ist zu vermuten, dass neben den nicht vorgenommenen Kontrolluntersuchungen, der Mangelernährung und dem Schlafdefizit, die sich alle auch auf das Ungeborene auswirken werden, auch hormonelle Veränderungen mit potenzieller Schädigung auftreten können.

Frage: Gibt es nun ein Medikament, das besonders für Schwangerschaft und Stillzeit geeignet ist?

Krüger: Es gibt kein Medikament, bei dem die Gefahr der Fehlbildungen beim Kind und zugleich die Wahrscheinlichkeit der perinatalen Komplikationen gering ist. Bei Lithium haben wir zwar geringe Fehlbildungen, aber dafür Komplikationen nach der Geburt, wie etwa Vergiftungserscheinungen beim Neugeborenen, die mit hoher Erregbarkeit, Krämpfen und Muskelschwäche einhergehen können. Valproat dagegen ist mit einer vergleichsweise hohen Fehlbildungsrate verbunden, perinatal aber ohne schwere Komplikationen. Es hat zudem den Vorteil, dass die Frau stillen kann.

Frage: Wie gut kennen Frauenärzte die Problematik?

Krüger: Sagen wir, es gibt erheblichen Informationsbedarf. Es existieren Ansätze einer guten Zusammenarbeit zwischen Gynäkologen und Psychiatern, auch mit Hebammen wird bisweilen gut kooperiert. Aber es gibt noch viel zu tun.

Das Interview mit
Priv. Doz. Dr. med. Stephanie Krüger
Oberärztin der Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie, Leiterin der AG Affektive
Störungen, Zentrum für Geschlechterforschung
in der Medizin, Universitätsklinik Charite Berlin,
Campus Mitte
führte
Eva Prase, Chemnitz