



Schüpbach / Dietmaier

Psychopharmaka in der Hausarztpraxis

Patienten erkennen, verstehen
und erfolgreich behandeln

WVG

Wissenschaftliche
Verlagsgesellschaft
Stuttgart

Schüpbach / Dietmaier

Psychopharmaka in der Hausarztpraxis

Patienten erkennen, verstehen und
erfolgreich behandeln

Daniel Schüpbach, Weinsberg
Otto Dietmaier, Aulendorf

Mit 18 Abbildungen und 78 Tabellen

WVG

Wissenschaftliche
Verlagsgesellschaft
Stuttgart

Zuschriften an

lektorat@dav-medien.de

Anschriften der Autoren

Privat-Dozent Dr. med. Daniel Schüpbach
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Chefarzt
Klinikum am Weissenhof
Zentrum für Psychiatrie
74198 Weinsberg

Dr. rer. nat. Otto Dietmaier
Fachapotheker für Klinische Pharmazie
Ltd. Pharmaziedirektor i.R.
88326 Aulendorf

Alle Angaben in diesem Werk wurden sorgfältig geprüft. Dennoch können die Autoren und der Verlag keine Gewähr für deren Richtigkeit übernehmen.

Ein Markenzeichen kann markenrechtlich geschützt sein, auch wenn ein Hinweis auf etwa bestehende Schutzrechte fehlt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Jede Verwertung des Werks außerhalb der Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Übersetzungen, Nachdrucke, Mikroverfilmungen oder vergleichbare Verfahren sowie für die Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen.

Für eine optimale Lesbarkeit wurde die männliche Form verwendet; sie steht für männlich, weiblich und divers.

ISBN 978-3-8047-3946-8 (Print)

ISBN 978-3-8047-4221-5 (E-Book, PDF)

© 2021 Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH
Birkenwaldstraße 44, 70191 Stuttgart
www.wissenschaftliche-verlagsgesellschaft.de
Printed in Germany

Satz: abavo GmbH, Buchloe
Druck und Bindung: W. Kohlhammer Druckerei GmbH & Co. KG, Stuttgart
Umschlagabbildung: catshila/shutterstock
Umschlaggestaltung: deblik, Berlin



Vorwort

Hausärzte spielen in der Diagnostik und Therapie von Menschen mit psychischen Erkrankungen eine nachweislich zentrale Rolle. Sie sind oft die erste Anlaufstelle von Patienten mit psychischen Beschwerden/Symptomen und damit nicht nur Behandler, sondern auch Weichensteller.

Ein Fünftel der Bevölkerung erleidet mindestens einmal im Leben eine affektive Störung wie eine Depression oder eine bipolare Störung. Angsterkrankungen treten mit einer Häufigkeit von bis zu 30 % auf, Schizophrenien stellen alle an der Behandlung Beteiligten vor große Herausforderungen. Antidepressiva gehören zu den am häufigsten verordneten Medikamenten und die Verschreibungen dieser Gruppe haben sich in Deutschland in einem Zeitraum von ungefähr 20 Jahren mehr als vervierfacht.

Psychopharmaka zählen somit zu den meistverwendeten Arzneimitteln überhaupt. Im Arzneiverordnungsreport 2019 werden die wichtigsten Substanzen dieser Gruppe unter den Begriffen **Psychoanaleptika/Psycholeptika** mit annähernd 47 Millionen Verordnungen aufgeführt und gehören demnach zu den drei am häufigsten verordneten Medikamentengruppen in Deutschland.

Dies zeigt sich auch in den Verordnungszahlen von Psychopharmaka. Vergleicht man lt. Arzneiverordnungsreport 2019 die Arzneiverordnungen des Jahres 2018 von Psycholeptika/Psychoanaleptika in der gesetzlichen Krankenversicherung (in definierten Tagesdosen/DDD) für die Gruppen der Hausärzte und hausärztlich tätigen Internisten mit denen der Nervenärzte/Psychiater, so verordneten die Erstgenannten mit ca. 1,8 Milliarden Tagesdosen mehr Psychopharmaka als die Psychiater/Nervenärzte mit ca. 1,5 Milliarden. Mit anderen Worten: Hausärzte sind bei der Verschreibung von Psychopharmaka wichtige Ansprechpartner.

Vor diesem Hintergrund ist es umso erstaunlicher, dass Hausärzte nur auf sehr spärliche Literatur in Form von Fachbüchern zum Thema Psychopharmaka in der Hausarztpraxis zurückgreifen können.

Unser Buch **Psychopharmaka in der Hausarztpraxis** soll dazu beitragen, die Kompetenz der Hausärzte in psychopharmakologischen Fragestellungen zu stärken. Ein wichtiges Anliegen der Autoren ist es dabei, sowohl klinisch-medizinische als auch pharmakologische Aspekte der Psychopharmakologie gleichermaßen darzustellen. Besonderes Augenmerk wird auch auf die Schnittstellen zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zu Ärzten anderer Fachrichtungen sowie zu somatischen und psychiatrischen Krankenhäusern gerichtet. Gerade diese sind oftmals klinisch von großer Bedeutung, z. B. in der Zuweisungspraxis und im Rahmen psychiatrischer Notfälle.

Dieses Buch soll für den Hausarzt eine Stütze und ein Hinweisgeber für die leitlinien-gerechte Therapie mit Psychopharmaka sein. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf der Notfallpsychiatrie in der Hausarztpraxis im Hinblick auf Depressionen, Psychosen, Angst- und Schlafstörungen. Für den Fall, dass einigen Fachkolleginnen und -kollegen die Inhalte des Buchs zu detailliert sind bzw. zu sehr ins fachärztliche psychiatrische hineinreichen, haben wir v. a. im klinisch-psychiatrischen Teil versucht, die zentrale Rolle des Hausarztes zu betonen und in den Erläuterungen zu adressieren. Für Anregungen zu Form und Inhalt bedanken wir uns herzlich bei Frau Dr. med. Melanie Baars, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.

Wir danken der Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft, insbesondere Frau Marlene Bareiß und Frau Maren Mack, für die ausgezeichnete Unterstützung bei den Anliegen und der Zeitplanung der Autoren.

Mit **Psychopharmaka in der Hausarztpraxis** hegen wir die Hoffnung, dass dieses Buch zu einer nützlichen und auch für Notfallsituationen hilfreichen Stütze in der täglichen Praxis des Hausarztes wird.

Weinsberg/Aulendorf, im Herbst 2020

Daniel Schüpbach
Otto Dietmaier

Inhaltsverzeichnis

| | |
|------------------------------------|-------------|
| Vorwort | V |
| Faktenblätter | XIV |
| Abkürzungsverzeichnis | XV |
| Einleitung | XVII |

AFFEKTIVE STÖRUNGEN

| | |
|--|-----------|
| 1 Epidemiologie, Ätiologie, Diagnose | 3 |
| 1.1 Symptome und Behandlungsziele | 7 |
| 1.1.1 Depressionen | 7 |
| 1.1.2 Bipolare affektive Störungen | 8 |
| 1.1.3 Agitation | 9 |
| 1.2 Verläufe | 10 |
| 1.3 Komorbiditäten | 12 |
| 1.3.1 Psychiatrische Komorbiditäten | 12 |
| 1.3.2 Somatische Komorbiditäten | 12 |
| 1.4 Psychosoziale Aspekte | 13 |
| 1.5 Sicht der Patienten und Angehörigen | 14 |
| 1.6 Fallschilderung 1 | 16 |
| 2 Therapie der affektiven Störungen | 18 |
| 2.1 Allgemeines | 18 |
| 2.2 Therapiephasen | 20 |
| 2.2.1 Notfalltherapie | 20 |
| 2.2.2 Akuttherapie | 27 |
| 2.2.3 Erhaltungstherapie | 33 |
| 2.2.4 Rezidivprophylaxe | 34 |
| 2.2.5 Therapieresistenz | 35 |
| 2.3 Kombinationstherapien | 36 |
| 2.4 Therapie der psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten | 38 |
| 2.5 Therapieumstellung | 39 |
| 2.6 Kontrolluntersuchungen | 40 |
| 2.7 Adhärenz | 40 |

| | | |
|-------------|---|-----------|
| 2.8 | Veränderung der Lebensqualität | 41 |
| 2.9 | Behandlungsleitlinien | 42 |
| 2.10 | Tipps und Empfehlungen zur Therapie mit Antidepressiva in der Hausarztpraxis | 42 |
| 3 | Antidepressiva | 44 |
| 3.1 | Definition | 44 |
| 3.2 | Einteilung | 45 |
| 3.2.1 | Einteilung nach der chemischen Struktur | 45 |
| 3.2.2 | Einteilung nach dem neurobiochemischen Wirkprofil | 45 |
| 3.2.3 | Einteilung nach dem initialen Sedierungs- bzw. Aktivierungsprofil | 45 |
| 3.2.4 | Einteilung nach spezifischen Wirkprofilen | 46 |
| 3.3 | Pharmakologie | 48 |
| 3.3.1 | Neurobiochemische Wirkprofile der einzelnen Antidepressiva-Gruppen | 50 |
| 3.3.2 | Pharmakokinetik | 57 |
| 3.3.3 | Plasmaspiegelbestimmungen | 57 |
| 3.4 | Indikationen | 60 |
| 3.5 | Nebenwirkungen und Kontraindikationen | 62 |
| 3.5.1 | Kardiovaskuläre Nebenwirkungen | 62 |
| 3.5.2 | Vegetative Nebenwirkungen einschließlich Delir | 64 |
| 3.5.3 | Sexuelle Funktionsstörungen | 65 |
| 3.5.4 | Neurologische Störungen | 66 |
| 3.5.5 | Gastrointestinale Störungen | 66 |
| 3.5.6 | Hämatologische Nebenwirkungen | 66 |
| 3.5.7 | Sedierung bzw. Aktivierung | 67 |
| 3.5.8 | Hyponatriämie | 67 |
| 3.5.9 | Suizidalität | 67 |
| 3.5.10 | Sonstige Nebenwirkungen | 68 |
| 3.5.11 | Kontraindikationen | 68 |
| 3.6 | Fallschilderung 2 | 70 |
| 3.7 | Schwangerschaft und Stillzeit | 71 |
| 3.7.1 | Schwangerschaft | 71 |
| 3.7.2 | Stillzeit | 72 |
| 3.8 | Interaktionen | 72 |
| 3.8.1 | Pharmakodynamische Interaktionen | 72 |
| 3.8.2 | Pharmakokinetische Interaktionen | 77 |
| 3.9 | Fallschilderung 3 | 79 |
| 4 | Stimmungsstabilisierer | 81 |

| | | |
|-------------|--|-----------|
| 4.1 | Definition | 81 |
| 4.2 | Einteilung | 81 |
| 4.3 | Pharmakologie | 82 |
| 4.3.1 | Pharmakokinetik | 82 |
| 4.3.2 | Plasmaspiegelbestimmungen | 83 |
| 4.4 | Indikationen | 84 |
| 4.5 | Nebenwirkungen und Kontraindikationen | 85 |
| 4.5.1 | Nebenwirkungen | 85 |
| 4.5.2 | Kontraindikationen | 88 |
| 4.6 | Fallschilderung 4 | 89 |
| 4.7 | Schwangerschaft und Stillzeit | 89 |
| 4.8 | Interaktionen | 91 |
| 4.9 | Fallschilderung 5 | 94 |
| 4.10 | Tipps und Empfehlungen zur Therapie mit Stimmungsstabilisierern in der Hausarztpraxis | 95 |

SCHIZOPHRENEN

| | | |
|------------|--|------------|
| 5 | Epidemiologie, Ätiologie, Diagnose | 101 |
| 5.1 | Symptome und Behandlungsziele | 104 |
| 5.2 | Verläufe und Prognose | 105 |
| 5.3 | Komorbiditäten | 106 |
| 5.3.1 | Psychiatrische Komorbiditäten | 106 |
| 5.3.2 | Somatische Komorbiditäten | 107 |
| 5.4 | Psychosoziale Aspekte | 108 |
| 5.5 | Sicht der Patienten und Angehörigen | 108 |
| 5.6 | Fallschilderung 6 | 109 |
| 6 | Therapie der Schizophrenien | 111 |
| 6.1 | Allgemeines | 111 |
| 6.2 | Therapiephasen | 112 |
| 6.2.1 | Notfalltherapie | 112 |
| 6.2.2 | Akuttherapie | 119 |
| 6.2.3 | Langzeittherapie | 126 |
| 6.2.4 | Rezidivprophylaxe | 126 |

| | | |
|-------------|---|------------|
| 6.2.5 | Therapieresistenz | 127 |
| 6.3 | Kombinationstherapien | 127 |
| 6.4 | Therapie der psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten | 128 |
| 6.5 | Therapieumstellung | 131 |
| 6.6 | Kontrolluntersuchungen | 132 |
| 6.7 | Adhärenz | 134 |
| 6.8 | Veränderung der Lebensqualität | 135 |
| 6.9 | Behandlungsleitlinien | 135 |
| 6.9.1 | Internetadressen | 136 |
| 6.10 | Tipps und Empfehlungen für die Hausarztpraxis | 136 |
| 7 | Antipsychotika | 139 |
| 7.1 | Definition | 139 |
| 7.2 | Einteilung | 140 |
| 7.2.1 | Einteilung nach der chemischen Struktur | 141 |
| 7.2.2 | Einteilung nach der neuroleptischen Potenz | 141 |
| 7.2.3 | Einteilung nach dem Rezeptorbindungsprofil | 142 |
| 7.2.4 | Einteilung in typische bzw. atypische Substanzen bzw. nach Generationen | 142 |
| 7.3 | Pharmakologie | 145 |
| 7.3.1 | Pharmakokinetik | 148 |
| 7.3.2 | Depot-Antipsychotika | 149 |
| 7.3.3 | Plasmaspiegelbestimmungen | 149 |
| 7.4 | Indikationen | 151 |
| 7.5 | Nebenwirkungen und Kontraindikationen | 151 |
| 7.5.1 | Störungen der Beweglichkeit | 153 |
| 7.5.2 | Metabolische Nebenwirkungen | 153 |
| 7.5.3 | Kardio- und zerebrovaskuläre Nebenwirkungen | 158 |
| 7.5.4 | Endokrine Nebenwirkungen | 160 |
| 7.5.5 | Vegetative Nebenwirkungen einschließlich Delir | 162 |
| 7.5.6 | Sedierung | 164 |
| 7.5.7 | Krampfanfälle | 164 |
| 7.5.8 | Störungen des hämatopoetischen Systems | 165 |
| 7.5.9 | Sonstige Nebenwirkungen | 166 |
| 7.5.10 | Kontraindikationen | 166 |
| 7.6 | Fallschilderung 7 | 167 |
| 7.7 | Schwangerschaft und Stillzeit | 168 |

| | | |
|------------|--|------------|
| 7.8 | Interaktionen | 168 |
| 7.8.1 | Pharmakodynamische Interaktionen | 169 |
| 7.8.2 | Pharmakokinetische Interaktionen | 172 |
| 7.9 | Fallschilderung 8 | 173 |

ANGSTSTÖRUNGEN

| | | |
|------------|--|------------|
| 8 | Epidemiologie, Ätiologie, Diagnose | 181 |
| 8.1 | Einteilung der Angststörungen | 184 |
| 8.1.1 | Phobische Störungen | 184 |
| 8.1.2 | Panikstörungen | 186 |
| 8.1.3 | Generalisierte Angststörungen | 186 |
| 8.1.4 | Belastungsreaktion und posttraumatische Belastungsstörung | 186 |
| 8.1.5 | Anpassungsstörung | 187 |
| 8.2 | Symptome und Behandlungsziele | 187 |
| 8.3 | Verläufe | 188 |
| 8.4 | Komorbiditäten | 189 |
| 8.5 | Psychosoziale Aspekte | 189 |
| 8.6 | Sicht der Patienten und Angehörigen | 190 |
| 8.7 | Fallschilderung 9 | 191 |
| 9 | Therapie der Angststörungen | 192 |
| 9.1 | Allgemeines | 192 |
| 9.2 | Therapiephasen | 193 |
| 9.2.1 | Notfalltherapie | 193 |
| 9.2.2 | Akuttherapie | 193 |
| 9.2.3 | Langzeit- und Erhaltungstherapie | 193 |
| 9.2.4 | Rezidivprophylaxe | 195 |
| 9.2.5 | Therapieresistenz | 196 |
| 9.3 | Kombinationstherapien | 196 |
| 9.4 | Therapie der psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten | 196 |
| 9.5 | Therapieumstellung | 197 |
| 9.6 | Kontrolluntersuchungen | 197 |
| 9.7 | Adhärenz | 197 |
| 9.8 | Veränderung der Lebensqualität | 198 |

| | | |
|--------------|--|------------|
| 9.9 | Behandlungsleitlinien | 198 |
| 10 | Tranquilizer | 200 |
| 10.1 | Definition | 200 |
| 10.2 | Einteilung | 200 |
| 10.3 | Pharmakologie | 203 |
| 10.3.1 | Wirkstoffe | 203 |
| 10.3.2 | Pharmakokinetik | 205 |
| 10.3.3 | Plasmaspiegelbestimmungen | 207 |
| 10.4 | Indikationen | 207 |
| 10.5 | Nebenwirkungen und Kontraindikationen | 209 |
| 10.5.1 | Nebenwirkungen | 209 |
| 10.5.2 | Kontraindikationen | 212 |
| 10.6 | Fallschilderung 10 | 213 |
| 10.7 | Schwangerschaft und Stillzeit | 213 |
| 10.8 | Interaktionen | 214 |
| 10.9 | Fallschilderung 11 | 216 |
| 10.10 | Tipps und Empfehlungen zur Therapie mit Benzodiazepinen und anderen Tranquilizern in der Hausarztpraxis | 217 |

SCHLAFSTÖRUNGEN

| | | |
|-------------|--|------------|
| 11 | Epidemiologie, Ätiologie, Diagnose | 221 |
| 11.1 | Symptome und Behandlungsziele | 224 |
| 11.2 | Verläufe | 226 |
| 11.3 | Komorbiditäten | 226 |
| 11.4 | Psychosoziale Aspekte | 226 |
| 11.5 | Sicht der Patienten und Angehörigen | 226 |
| 11.6 | Fallschilderung 12 | 227 |
| 12 | Therapie der Schlafstörungen | 228 |
| 12.1 | Allgemeines | 228 |
| 12.2 | Pharmakotherapie | 229 |
| 12.2.1 | Benzodiazepine | 229 |
| 12.2.2 | Z-Substanzen | 230 |

| | | |
|--------------|--|------------|
| 12.2.3 | Sedierende Antidepressiva | 230 |
| 12.2.4 | Sedierende Antipsychotika | 231 |
| 12.2.5 | Sonstige Arzneimittel mit sedierender Wirkung | 231 |
| 12.3 | Kombinationstherapien | 231 |
| 12.4 | Adhärenz | 231 |
| 12.5 | Veränderung der Lebensqualität | 232 |
| 12.6 | Behandlungsleitlinien | 232 |
| 13 | Hypnotika | 233 |
| 13.1 | Definition | 233 |
| 13.2 | Einteilung | 233 |
| 13.2.1 | Hypnotika im engeren Sinne | 234 |
| 13.2.2 | Andere Substanzen, die bei Schlafstörungen zum Einsatz kommen | 236 |
| 13.3 | Pharmakologie | 238 |
| 13.3.3 | Pharmakokinetik | 241 |
| 13.3.4 | Plasmaspiegelbestimmungen | 241 |
| 13.4 | Indikationen | 242 |
| 13.5 | Nebenwirkungen und Kontraindikationen | 243 |
| 13.5.1 | Nebenwirkungen | 243 |
| 13.5.2 | Kontraindikationen | 244 |
| 13.6 | Fallschilderung 13 | 245 |
| 13.7 | Schwangerschaft und Stillzeit | 246 |
| 13.8 | Interaktionen | 247 |
| 13.9 | Fallschilderung 14 | 248 |
| 13.10 | Tipps und Empfehlungen zur Therapie mit Hypnotika in der Hausarztpraxis | 249 |
| 14 | Anhang | 252 |
| | Substanztabelle | 252 |
| | Sachregister | 269 |
| | Die Autoren | 279 |

Faktenblätter

Faktenblätter zu psychiatrischen Notfällen/klinischen Fragestellungen

| | |
|---|-----|
| Faktenblatt ☉: Vorgehen bei akuter Suizidalität | 23 |
| Faktenblatt ☉: Serotonin-Syndrom | 25 |
| Faktenblatt ☉: Erregungszustand bei Manie | 28 |
| Faktenblatt ☉: Lithium: Indikation, Kontraindikation, Abklärungen | 32 |
| Faktenblatt ☉: Lithium: Dosierung, klinisches Management | 33 |
| Faktenblatt ☉: Erregungszustand bei Schizophrenie | 114 |
| Faktenblatt ☉: Stupor bei Schizophrenie | 115 |
| Faktenblatt ☉: Malignes neuroleptisches Syndrom | 118 |
| Faktenblatt ☉: Delir: Diagnose und Therapie | 120 |
| Faktenblatt ☉: Übergewicht/Adipositas, Diagnose und Therapie | 124 |
| Faktenblatt ☉: Tabakabhängigkeit bei Schizophrenie | 129 |
| Faktenblatt ☉: Umstellung der antipsychotischen Therapie | 131 |
| Faktenblatt ☉: Myokarditis, Clozapin-induziert | 133 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|----------------|---|
| ACh | Acetylcholin |
| AGNP | Arbeitsgemeinschaft Neurologie Psychiatrie |
| AUC | area under the curve Fläche unter der Konzentrations-Zeit-Kurve |
| α_1 | α_1 -adrenerger Rezeptor |
| CK | Kreatinkinase |
| CYP | Cytochrom P450 |
| DSM-5 | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| EKG | Elektrokardiogramm |
| EPMS | extrapyramidalmotorisches System |
| FGA | Antipsychotika der 1. Generation |
| GAS | generalisierte Angststörung |
| GHB | γ -Hydroxybuttersäure |
| GnRH | Gonadotropin Releasing Hormone |
| H ₁ | Histamin |
| 5-HT | Serotonin |
| ICD-10 | Internationale Klassifikation psychischer Störungen |
| MAO | Monoaminoxidase |
| MCP | Metoclopramid |
| MNS | malignes neuroleptisches Syndrom |
| NA | Noradrenalin |
| NARI | Noradrenalin-Reuptake-Inhibitoren |
| NDRI | Noradrenalin-Dopamin-Reuptake-Inhibitoren |
| NICE | National Institute for Health and Care Excellence |
| NMDA | N-Methyl-D-Aspartat |
| NSMRI | nichtselektive-Monoamin-Reuptake-Inhibitoren |
| OTC | over the counter |
| PIF | Prolaktin-inhibierender Faktor |
| PTBS | Posttraumatische Belastungsstörung |
| QT-Zeit | Gesamtdauer der Kammererregung |
| QTc-Zeit | frequenzkorrigierte QT-Zeit |
| SCN | Nucleus suprachiasmaticus |
| SGA | Antipsychotika der 2. Generation |
| SNRI | Serotonin- und Noradrenalin-Reuptake-Inhibitoren |
| SRE | Serotonin-Reuptake-Enhancer |
| SSRI | selektive Serotonin-Reuptake-Inhibitoren |
| $t_{1/2}$ | Eliminationshalbwertszeit |
| TdP | Torsades de Pointes |
| TDM | Therapeutisches Drugmonitoring |
| TSH | Thyreidea-stimulierendes Hormon |
| UAW | unerwünschte Arzneimittelwirkung(en) |
| WFSBP | World Federation of Societies of Biological Psychiatry |
| ZNS | Zentralnervensystem |

Einleitung

Die Prävalenz psychischer Erkrankungen ist sehr hoch, geschätzt sind in Deutschland ca. 28 % der Bevölkerung von einer psychischen Störung betroffen. Es besteht eine erhebliche Belastung für Patienten, Angehörige und die ganze Gesellschaft.

Die Therapie psychischer Störungen hat in den letzten Jahren durch die Etablierung diverser Leitlinien deutlich an Gewicht gewonnen. Mithilfe dieser nationalen und internationalen Behandlungsleitlinien stehen den Fachkreisen in der Regel valide Basisdaten und Empfehlungen für eine leitlinienkonforme Therapie zur Verfügung. In Deutschland sind es v. a. Behandlungsleitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), in Österreich die Konsensus-Statements der Österreichischen Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie (ÖGPB) und in der Schweiz Behandlungsempfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie (SGPP) (Hinweise dazu finden sich in den Referenzlisten der jeweiligen Kapitel dieses Buchs).

Affektive Störungen können v. a. in unipolar depressive und bipolare Störungen unterteilt werden. Ungefähr 20 % der Bevölkerung erleiden mindestens einmal im Leben eine affektive Störung. Psychopharmakologisch stehen Antidepressiva zur Behandlung unipolarer Depressionen und Stimmungsstabilisatoren wie Lithium zur Therapie bipolarer Störungen zur Verfügung. Diese Medikamente sind wirksam und können die Patienten in puncto Stimmung und Antrieb stabilisieren. Sie wirken, korrekt angewendet, antisuizidal. Näheres dazu findet sich im **Buchteil Affektive Störungen**.

Etwa 0,5–1,0 % der Bevölkerung leidet an einer Störung aus dem **schizophrenen Formenkreis**. Die psychopharmakologische Behandlung mit Antipsychotika steht deutlich im Vordergrund. Es kommen sowohl Antipsychotika der ersten als auch der zweiten Generation in der Mono- oder Kombinationstherapie zum Einsatz. Die Präparate sind nachweislich wirksam und können den Verlauf der Erkrankung günstig beeinflussen. Allerdings weisen viele Antipsychotika neben motorischen Störungen auch kardiovaskuläre und metabolische UAW auf. Im **Buchteil Schizophrenien** wird darauf detailliert eingegangen.

Angststörungen sind die häufigsten psychischen Störungen und können sich mit einer Prävalenz von 14–29 % manifestieren. In Europa sind gemäß Studienergebnissen mehr als 60 (!) Millionen Menschen betroffen (Wittchen et al., 2011). Die psychopharmakologische Behandlung von Angststörungen umfasst u. a. Antidepressiva und Benzodiazepine sowie Calciumkanal-Modulatoren. Näheres dazu findet sich im **Buchteil Angststörungen**.

Schlafstörungen gehören zu den häufigsten Beschwerden, die von bis zu 20 % aller Patienten beim Hausarzt vorgebracht werden. In Deutschland sind ein bis zwei Millionen Menschen abhängig von Tranquilizern und Hypnotika, an erster Stelle v. a. Frauen und ältere Menschen. Heute versucht die moderne Schlafmedizin psychotherapeutische Methoden zur Verbesserung der Schlafqualität und der Schlafdauer einzusetzen. Als medikamentöse Strategien werden vorrangig sog. Z-Substanzen, teilweise auch noch Benzodiazepine, eingesetzt; zusätzlich kommen auch Antidepressiva und niederpotente Antipsychotika der ersten Generation zum Einsatz. Im **Buchteil Schlafstörungen** findet der Leser die entsprechenden Informationen.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass die Psychopharmakotherapie einen hohen Stellenwert, oftmals sogar den wichtigsten, in der Behandlung psychischer Störungen

gen besitzt. Dabei weist sie im Vergleich zur medikamentösen Therapie somatischer Krankheiten eine vergleichbar gute Effektstärke auf. Antidepressiva gehören zu den am häufigsten verordneten Medikamenten. Die Verordnungszahlen dieser Psychopharmakagruppe haben sich in Deutschland in einem Zeitraum von ungefähr 20 Jahren mehr als vervierfacht.

Dennoch gibt es Meinungen, dass der Ruf der Psychopharmakotherapie, im Gegensatz zur Psychotherapie, nicht der beste ist. Welche Gründe könnten zu einer kritischen Haltung in der Bevölkerung geführt haben?

Vor dem Einsatz von Psychopharmaka sind, wie in anderen medizinischen Fachrichtungen auch, eine möglichst genaue Diagnose und medizinische Abklärungen/Kontrollen notwendig. Leider ist dies bei Anwendung dieser Substanzgruppe nicht immer der Fall. So sind u. a. der Missbrauch von Schlafmitteln und anderen Psychopharmaka in der Drogenszene, der missbräuchliche Einsatz von Psychostimulanzien zur Leistungssteigerung v. a. bei Studierenden, die Einnahme von Antidepressiva als vermeintliche Glücksbringer oder Abhängigkeiten von Benzodiazepinen nur einige Aspekte, die im Zusammenhang mit Psychopharmaka abschreckend wirken können. Oftmals wird auch die Sorge/Angst vorgebracht, dass die Substanzen abhängig machen bzw. die Persönlichkeit verändern würden. Hausärzte sind fast täglich mit derartigen Phänomenen konfrontiert und können durch eine entsprechende Beratung dazu beitragen, die Adhärenz des Patienten zu seiner Psychopharmakotherapie zu stärken.

Fakt ist, dass Psychopharmaka bei korrekter Diagnose, Indikation, Dosierung und Kontrolle entscheidend zur Linderung von Symptomen schwerer psychischer Leiden beitragen. Sie können Suizidalität abwenden und dem Patienten helfen, aus der Krise herauszufinden.

Heute gilt die Einbettung einer psychopharmakologischen Therapie in ein Behandlungskonzept, welches psychotherapeutische und soziotherapeutische Komponenten umfasst, als „State-of-the-Art“. Dabei sollte die Therapie stets auf das Individuum zugeschnitten sein. Immer muss eine Nutzen-Risiko-Abwägung der Therapie bezüglich aller Begleiterkrankungen und bereits bestehender medikamentöser Therapien des Patienten erfolgen. Alle wichtigen therapeutischen Vorgehensweisen sollen gemeinsam mit dem Patienten im Sinne eines „Shared-Decision-Making“ vereinbart werden.

Aktuell stehen auf dem Markt eine Reihe von wirksamen Substanzen gegen Psychosen, Depressionen, Angststörungen usw. zur Verfügung. Allerdings haben wir im Bereich der Psychopharmakotherapie auch großen Verbesserungsbedarf. Probleme wie häufige Non-Response, hohe Rezidivraten, Wirklatenzen und teilweise schwerwiegende Nebenwirkungen wie u. a. massive Gewichtszunahme oder metabolische Effekte warten auf eine Lösung.

Nicht unerwähnt bleiben soll, dass in den letzten Jahren einige bedenkliche Studienergebnisse veröffentlicht wurden, deren Bedeutung und Tragweite noch weitere Untersuchungen notwendig machen. So wurde eine Volumenminderung der grauen und weißen Hirnsubstanz bei Schizophrenen, die eine Antipsychotikatherapie erhielten, festgestellt. Inwieweit hier ein Zusammenhang mit der medikamentösen Therapie besteht, ist bis dato unklar, da Vergleichsgruppen von Schizophrenen, die überhaupt keine Antipsychotika bekommen hatten, nur schwer zu finden sind. Hier müssen weitere Untersuchungen abgewartet werden, bevor die Sachlage eindeutiger bewertet werden kann. Weiterhin wurde in verschiedenen Studien gezeigt, dass schizophrene Patienten eine deutlich geringere Lebenserwartung (10–20 Lebensjahre weniger) haben als Menschen ohne die Diag-

nose Schizophrenie (Mortality gap). Einer der Gründe könnte darin liegen, dass z. B. Patienten mit Schizophrenie nicht im gleichen Ausmaß vom medizinischen Fortschritt in der Medizin profitieren wie die Allgemeinbevölkerung. Erschwerend kommt hinzu, dass die Häufigkeit von u. a. arterieller Hypertonie, Diabetes mellitus und metabolischen Störungen bei Patienten mit Schizophrenie höher ist als in der Normalbevölkerung. In diesem Kontext könnte eine Therapie mit Antipsychotika, die ein metabolisches Nebenwirkungsprofil besitzen, einen zusätzlichen negativen Effekt haben.

Die Tatsache, dass Psychopharmaka schwere UAW verursachen können (z. B. Teratogenität bei Valproat) hat in enger Zusammenarbeit europäischer und internationaler Überwachungsbehörden dazu geführt, dass Fachinformationen relativ rasch überarbeitet und im Bedarfsfall auch Rote-Hand-Briefe schnell publiziert werden. Behandlungsleitlinien, Interaktionsprogramme, Websites, wie www.crediblemeds.org, die sich auf bestimmte UAW spezialisiert haben (z. B. für Substanzen, welche eine QTc-Verlängerung verursachen können) oder die sich mit Reproduktionstoxikologie befassen, können für eine möglichst nebenwirkungsarme Psychopharmakotherapie sinnvoll genutzt werden. Gerade in der sehr häufig komplexen Materie der Psychopharmakologie ist es essenziell, dass auch Hausärzte sich entsprechendes Fachwissen aneignen, um Patienten bei Fragen zur Psychopharmakotherapie beraten zu können. Hierzu soll dieses Buch einen Beitrag leisten.

Literatur

- Fusar-Poli P, Smieskova R, Kempton MJ et al. Progressive brain changes in schizophrenia related to antipsychotic treatment? A meta-analysis of longitudinal MRI studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 37: 1680–1691, 2014
- Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Nervenarzt* 85: 77–87, 2014
- Leucht S et al. Putting the efficacy of psychiatric and general medicine medication into perspective: review of meta-analyses. *British Journal of Psychiatry* 200: 97–106, 2012
- Moilanen J, Huhtaniska S, Haapea M et al. Brain morphometry of individuals with schizophrenia with and without antipsychotic medication – The Northern Finland Birth Cohort 1966 Study. *European Psychiatry* 30: 598–605, 2015
- Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Archives of General Psychiatry* 64: 1123–1131, 2007
- Wittchen HU et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* 21: 655–679, 2011

Affektive Störungen



1 Epidemiologie, Ätiologie, Diagnose

Affektive Störungen stellen für das Gesundheitswesen eine außerordentlich ins Gewicht fallende Krankheitsgruppe dar. Dabei sind Hausärzte oftmals diejenigen Fachpersonen, welche zuerst von Betroffenen konsultiert werden. Vor allem zwei prominente Störungen sind klinisch relevant: Die **unipolaren Depressionen**, welche sich meist durch mehrmalige depressive Phasen manifestieren, und die **bipolaren affektiven Störungen**, welche sich ebenfalls durch lange Phasen der Depression und zusätzlich auftretende manische Episoden äußern. In diesem Kapitel werden unipolare Depressionen und bipolare affektive Störungen abschnittsweise zusammen behandelt. Dem Leser bietet sich dadurch die Möglichkeit, beide Formen der affektiven Störungen zu vergleichen.

Therapien der affektiven Störungen umfassen psychotherapeutische Verfahren und Psychopharmakotherapie, aber auch nichtpharmakologische Strategien wie Schlafentzug, Lichttherapie, repetitive transkranielle Magnetstimulation oder Elektrokonvulsions-therapie.

Neben den Depressionen und den bipolaren Störungen werden unter Affektstörungen zwei weitere klinisch relevante Zustandsbilder in der ICD-10 genannt:

Zyklothymie: Eine Störung mit anhaltender Stimmungsinstabilität, mit Phasen von leichten Depressionen und leicht gehobener Stimmung (F34.0).

Dysthymie: Eine langdauernde depressive Verstimmung, welche nicht ausgeprägt genug ist, um die Kriterien für eine depressive Störung nach ICD-10 zu erfüllen (F34.1).

Die folgende Tabelle (■ Tab. 1.1) enthält Angaben zur **Epidemiologie** und **Ätiologie** der unipolaren Depressionen und der bipolaren affektiven Störungen.

- **SCHLAGLICHT** Für ein schnelles Screening einer möglichen unipolaren Depression bietet sich der „Zwei-Fragen-Test“ an (DEGAM Leitlinie S2e: Schutz vor Über- und Unterversorgung, 2018):
 - Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos?
 - Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

Werden beide Fragen verneint, kann eine schwere Depression mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Werden jedoch eine oder sogar beide Fragen bejaht, müssen zusätzliche Symptome erfragt werden: siehe unter „Zusatzsymptome“ bei Depression in diesem Kapitel. Dazu muss auch nach vermehrtem oder verringertem Bewegungsdrang gefragt werden.

In der ICD-10 werden bei der **Depression** Haupt- und Zusatzsymptome unterschieden. **Hauptsymptome** einer depressiven Episode nach ICD-10 sind:

- depressive, gedrückte Stimmung,
- Interessenverlust und Freudlosigkeit,
- Verminderung des Antriebs mit erhöhter Ermüdbarkeit (oft selbst nach kleinen Anstrengungen) und Aktivitätseinschränkung.

Zusatzsymptome:

- verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit,
- vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen,
- Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit,
- negative und pessimistische Zukunftsperspektiven,
- Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen,
- Schlafstörungen,
- verminderter Appetit.

Für die Diagnose einer Depression wird in der ICD-10 eine Mindestsymptomdauer von zwei Wochen bei gleichzeitigem Vorliegen von mindestens zwei der drei Hauptsymptome gefordert. Es werden folgende Schweregrade einer depressiven Episode unterschieden:

- leichte depressive Episode (F32.0), mindestens 2 Haupt- und 2 Zusatzsymptome,
- mittelgradige depressive Episode (F32.1), mindestens 2, besser 3 Hauptsymptome und mindestens 3, besser 4 Zusatzsymptome,
- schwere depressive Episode (F32.2/F32.3), alle 3 Hauptsymptome und mindestens 4 besser 5 Zusatzsymptome.

Bei der leichten und mittelgradigen depressiven Episode kann zusätzlich ein **somatisches Syndrom** diagnostiziert werden, d. h. es treten zusätzliche Symptome von beeinträchtigten Körperfunktionen auf:

- Interessenverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten,
- mangelnde Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung oder freudige Ereignisse emotional zu reagieren,
- frühmorgendliches Erwachen, zwei oder mehr Stunden vor der gewohnten Zeit,
- Morgentief,
- der objektive Befund einer psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit,
- deutlicher Appetitverlust,
- Gewichtsverlust, häufig mehr als 5 % des Körpergewichts im vergangenen Monat,
- deutlicher Libidoverlust.

Nach der ICD-10 müssen wenigstens vier dieser Symptome vorhanden sein, um ein somatisches Syndrom zu diagnostizieren (leichte depressive Störung mit somatischem

■ **Tab. 1.1** Epidemiologie und Ätiologie der unipolaren Depressionen und der bipolaren affektiven Störungen

| Unipolare Depressionen | Bipolare affektive Störungen |
|---|--|
| Epidemiologie | |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Lebenszeit-Prävalenz von 13–26 %, ■ bei Frauen 1,5–3-mal häufiger als bei Männern, ■ Manifestation während der gesamten Lebensspanne, ■ bis zu 80 % mit Rezidiven, ■ gehäuft psychiatrische und somatische Komorbiditäten, ■ Depressionen gehäuft bei somatischen Leiden und umgekehrt, v. a. Herz-Kreislauferkrankungen, ■ Suizidrisiko: 30-mal so hoch wie in der Normalbevölkerung | <ul style="list-style-type: none"> ■ Lebenszeit-Prävalenz von 4 %, ■ Frauen häufiger mit depressiven Symptomen i. R. der bipolaren Störung, ■ fast 100 % Wahrscheinlichkeit von Rezidiven, ■ gehäuft psychiatrische und somatische Komorbiditäten, im Mittel 10 Jahre vom Ausbruch der Erkrankung bis zur Diagnose, ■ hohes Suizidrisiko: Im Vergleich zu unipolaren Depressionen gleich bzw. zusätzlich erhöht |
| Ätiologie | |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ zahlreiche psychosoziale und biologische Faktoren sowie deren Interaktion, ■ Life-Events, ■ Monoamin-Hypothese (►Kap. 3.3), ■ genetisch mit ca. 50%-igem Anteil | <ul style="list-style-type: none"> ■ hoher genetischer Anteil von bis zu 80 %, ■ prädisponierende Faktoren: Depression im Jugendalter, Panikattacken mit frühem Beginn, generalisierte Angststörung, ADHS, Impulsivität, kriminelles Verhalten etc. |

Syndrom: F32.01; mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom: F32.11). Ergänzend sollte bemerkt werden, dass sich eine Depression atypisch auch mit vermehrtem Schlafbedürfnis und Gewichtszunahme äußern kann.

Bei schweren depressiven Episoden können **psychotische Symptome** hinzukommen: Wahnhaftes Erleben, welches stimmungskongruent, also synthym ist (Schuldwahn, Verarmungswahn), Halluzinationen, depressiver Stupor: schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3).

Bei Auftreten von mindestens zwei depressiven Episoden spricht man von rezidivierenden depressiven Störungen (F33). Diese können leicht (F33.0), mittelgradig (F33.1) oder schwer sein (ohne psychotische Symptome: F33.2; mit psychotischen Symptomen: F33.3).

Die **Diagnostik** der Depression ist häufig aus folgenden Gründen herausfordernd:

- potenziell besteht ein enger Zusammenhang mit somatischen Leiden, wie z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Tumorerkrankungen → somatische Komorbiditäten,
- Suchtleiden, zum Beispiel Alkohol- oder Kokainmissbrauch, aber auch Persönlichkeitsstörungen u. v. m., können zu einem komplexeren Verlauf einer Depression führen → psychiatrische Komorbiditäten,

- Erkrankungen des ZNS wie Multiple Sklerose, Schlaganfall usw. können eine depressive Symptomatik hervorrufen,
- hormonelle Umstellungen (postpartal, peri- oder menopausal) können eine Depression auslösen,
- Pharmaka können Depressionen verursachen, wie z. B. Corticosteroide, Betablocker, Immunologika, antiretrovirale Substanzen u. v. m.,
- etwa ein Viertel aller therapieresistenten Depressionen (Angst, 2013) erweist sich im Verlauf als Depression im Rahmen einer bipolaren Störung, eine sogenannte bipolare Depression. Sorgfältiges Erfragen der Anamnese und Ausschluss von stattgefundenen manischen oder hypomanischen Episoden kann sich hier als hilfreich erweisen,
- eine abgeklungene Depression muss sorgfältig überwacht werden, denn das Risiko eines Rückfalls ist hoch.

Wenn eine **bipolare affektive Störung** diagnostiziert wird, bedeutet dies, dass der Patient sowohl depressive als auch manische oder hypomanische Episoden aufweist. Die Diagnose erfolgt im Durchschnitt zehn Jahre nach Krankheitsausbruch. Oftmals werden diese Patienten vorher als Depressive behandelt.

Gemäß ICD-10 wird der **Schweregrad der Manie** (manische Episode: F30) folgendermaßen unterteilt:

- Hypomanie – eine leichte Ausprägung der Manie (F30.0),
- Manie ohne psychotische Symptome (F30.1),
- Manie mit psychotischen Symptomen (F30.2).

Die Manie kann folgende Symptome umfassen:

- gehobene Stimmung bis zu fast unkontrollierbarer Erregung,
- vermehrter Antrieb mit Rededrang bis zur Logorrhoe; vermindertes Schlafbedürfnis,
- soziale Enthemmung,
- ausgeprägte Ablenkbarkeit,
- verminderte Aufmerksamkeit,
- Vorhandensein von Größenideen,
- Wahrnehmungsstörungen.

Singuläre Manien sind selten und meistens ergibt sich eher die Diagnose einer bipolaren affektiven Störung (F31):

- bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode (F31.0),
- bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome (F31.1),
- bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen (F31.2),
- bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode (F31.3),
- bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F31.4),
- bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F31.5),
- bipolare affektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode (F31.6).

Der Vollständigkeit halber hier erwähnt und ohne nähere Erläuterungen definiert das DSM-5, je nach Schweregrad und Ursache, folgende bipolare affektive Störungen: Bipolar-I-Störung, Bipolar-II-Störung, zylothyme Störung, substanz-/medikamenteninduzierte bipolare Störung, bipolare Störungen aufgrund eines anderen medizinischen Krankheitsfaktors und weitere.

- **MERKE** Eine Depression kann sich mit unterschiedlichen Symptomen manifestieren und betrifft etwa ein Fünftel der Bevölkerung. Die Vielfalt der Symptome erklärt, warum nach dem heutigen Stand des Wissens die Ätiologie als multifaktoriell angenommen wird. Depressive Störungen besitzen ein relativ hohes Rückfallrisiko. Noch höher ist das Rezidivrisiko bei bipolaren affektiven Störungen, welche während der überwiegenden Zeit depressive Phasen aufweisen. Oftmals kann es bis zu zehn Jahre dauern, bis die Diagnose gestellt werden kann.

1.1 Symptome und Behandlungsziele

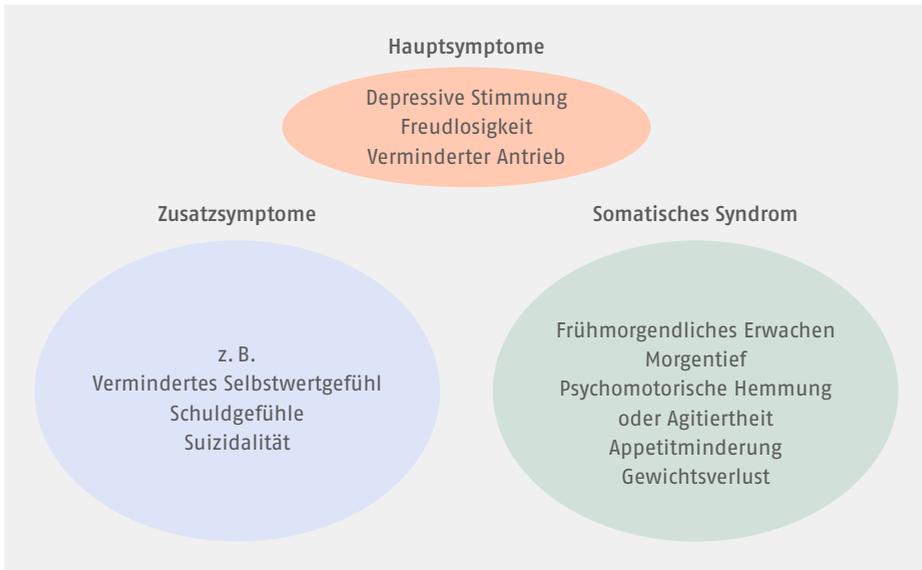
1.1.1 Depressionen

Bei der **unipolaren Depression** stehen gedrückte Stimmung und ein verminderter Antrieb in sehr vielen Fällen im Vordergrund, oft mit einem Morgentief: Der Patient berichtet in der Sprechstunde über eine schlechte Stimmung und Antriebsmangel beim Aufwachen und in den Morgenstunden – im Tagesverlauf ergibt sich dann eine Besserung. Damit einhergehend findet sich oftmals eine quälende Grübelneigung. Schlafstörungen sind in diesen Fällen meistens vorhanden und zwar als verfrühtes Aufwachen, aber auch als Ein- und Durchschlafstörungen. Die Patienten teilen mit, sie seien bereits um 3 oder 4 Uhr morgens wach, könnten nicht wieder einschlafen, hätten quälende Gedanken und eine innere Unruhe. Dieses Erleben kann derart im Vordergrund stehen, dass normale alltägliche Aktivitäten wie Haushaltsführung, essen und sich pflegen nicht mehr möglich sind. Folglich muss der Kliniker sein Augenmerk auch auf den Allgemein- und Ernährungszustand des Patienten richten und nach einer Veränderung des Gewichts und dessen Umfang in der letzten Zeit fragen (► Kap. 1 „Diagnose“). In ◉ Abb. 1.1 sind die Symptome einer unipolaren Depression nach ICD-10 dargestellt.

Eine unipolare Depression kann sich aber auch völlig anders äußern – zum Beispiel mit einer somatischen Symptomatik wie Schmerzen im Brustkorb. Beim Ausschluss einer somatischen Ursache muss dann an eine Depression gedacht werden.

Suizidalität ist bei unipolaren Depressionen regelmäßig aktiv und empathisch zu erfragen. Das Suizidrisiko tritt bei dieser Erkrankung bis zu 30-mal häufiger auf als in der Normalbevölkerung. Bei akuten depressiven Episoden haben mehr als zwei Drittel aller Patienten Suizidgedanken. Aus der klinischen Erfahrung erleben Patienten das Erfragen der Suizidalität unterschiedlich, viele fühlen sich aber entlastet, wenn sie darüber berichten können. **Der Hausarzt ist wegen seiner Schlüsselrolle im Medizinsystem von essenzieller Bedeutung bei der Versorgung suizidaler Patienten** (► Kap. 2, Faktenblatt ①).

Nach klinischer Erfahrung kann es vorkommen, dass sich Suizidalität in wechselnder Intensität manifestiert. Es ist wohl der Krankheit geschuldet, dass Suizidalität nicht etwas Konstantes ist, sondern eine dynamische Qualität aufweist – u. U. kann nach einer Phase



○ **Abb. 1.1** Wesentliche Symptome einer unipolaren Depression nach ICD-10

der Zustandsbesserung oder überwunden geglaubter Depression Suizidalität akut auftreten und in einen vollendeten Suizid münden.

Die vorrangigen Behandlungsziele in der Therapie der unipolaren Depression sind:

- Stimmungsaufhellung,
- Verbesserung des Antriebs,
- Verminderung der Suizidalität,
- Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit, des psychosozialen Funktionsniveaus,
- Reduktion der Schlafstörungen,
- Verminderung des Rückfallrisikos.

1.1.2 Bipolare affektive Störungen

Bipolare affektive Störungen zeichnen sich neben der gehobenen (manischen) Stimmungslage durch überwiegend depressive Symptome aus. Dabei sind die Art und der Umfang der Depression meistens nicht von einer unipolaren depressiven Störung zu unterscheiden.

Im Zustand der **Manie oder Hypomanie** finden sich in vielen Fällen eine Antriebssteigerung, eine gehobene Stimmung und möglicherweise auch Hinweise auf psychotische Symptome. Diese Symptome müssen im Fall der Hypomanie einige Tage und im Fall der Manie nach ICD-10 mindestens eine Woche andauern. Oftmals finden sich ein vermindertes Schlafbedürfnis, Streitlustigkeit und übermäßige finanzielle Ausgaben. In vielen Fällen gehen nach und nach die sozialen Bindungen kaputt, Familien und Beziehungsnetze fallen auseinander.

Komplizierend können sogenannte gemischte Episoden im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung auftreten. Bei dieser Form der bipolaren affektiven Störung kommen gleichzeitig Symptome einer Depression als auch einer Manie vor.

Das **Suizidrisiko** ist bei bipolaren affektiven Störungen im Vergleich zur Normalbevölkerung ebenfalls deutlich erhöht und, je nach Literatur, sogar noch höher als bei unipolaren Depressionen (▣ Tab. 1.1). Es gibt verschiedene Risikofaktoren:

- weibliches Geschlecht,
- junges Erkrankungsalter,
- Erstmanifestation mit depressiven Symptomen,
- depressive Symptome in aktueller oder kürzlicher Episode,
- Komorbidität(en),
- familiäre Belastung mit Suiziden.

Diese Risikofaktoren überschneiden sich teilweise mit denjenigen der unipolaren Depression. Aus klinischer Erfahrung sollte zudem auf vorhergehende Suizidversuche, insbesondere auf besonders schwere Suizidversuche (sich erschießen, erhängen, verbrennen, vor den Zug laufen, Einnahme von Säure oder Lauge usw.), geachtet werden und auch darauf, ob diese intensivpflichtig waren (▣ Tab. 1.2).

Eine besondere Stellung hat der erweiterte Suizid, also die Tötung meist von Verwandten mit anschließender Selbsttötung. Dieses zum Glück seltene und sehr tragische Ereignis kommt v. a. bei Depressionen vor.

Bei der bipolaren affektiven Störung ergeben sich die folgenden vorrangigen Behandlungsziele:

- Manie:
 - Normalisierung der Stimmung,
 - Normalisierung des Antriebs,
 - im Falle psychotischer Symptome: z. B. Reduktion der Größenideen,
 - Reduktion der Selbst- und Fremdgefährdung,
 - Therapie der komorbiden Störungen,
 - Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus,
 - Verminderung des Rückfallrisikos,
- Depression analog zu ►Kap. 1.1.1.

1.1.3 Agitation

Wie bei Psychosen können Patienten mit affektiven Störungen zur Agitation neigen. Patienten mit bipolarer affektiver Störung können in einer manischen Episode sehr deutlich antriebsgesteigert und aggressiv sein. Es finden sich oft Reizbarkeit, Distanzlosigkeit, Enthemmung und Größenideen. Neben der Selbstgefährdung besteht auch das Risiko von Fremdgefährdung.

- **MERKE** Die Behandlungsziele sowohl bei der unipolaren Depression als auch bei der bipolaren affektiven Störung sind in erster Linie die Normalisierung des Antriebs und der Stimmung. Akute Suizidalität und Fremdgefährdung v. a. bei bipolaren affektiven Störungen können vorkommen und erfordern eine sofortige Intervention.

1.2 Verläufe

Unipolare Depressionen: Sie können unterschiedliche Verläufe aufweisen: einmalig oder rezidivierend, mit oder ohne psychotische Symptome, leicht, mittelschwer oder schwer ausgeprägt bzw. kurze oder lange Episodendauer. Somatische und psychiatrische Komorbiditäten können den Verlauf der Erkrankung verkomplizieren. Wie in diesem Kapitel bereits erläutert, neigen Depressionen sehr häufig, in ca. $\frac{3}{4}$ der Fälle, zu Rückfällen. Dies ist zu beachten, wenn der Patient eine depressive Episode überwunden hat und sich in Remission befindet.

Prädiktoren eines günstigen Verlaufs sind z. B. fehlende familiäre Belastung, erstmalige Episode oder kein Substanzkonsum. Die Leitlinie der World Federation of Societies of Biological Psychiatry hat die Risikofaktoren eines ungünstigen Verlaufs systematisch zusammengefasst (▣ Tab. 1.2).

- **MERKE** Suizidalität stellt bei Patienten mit Depression einen sehr wichtigen klinischen Aspekt der Erkrankung dar und ist bei der Erstuntersuchung wie auch im Verlauf regelmäßig zu erfragen, weil sie in jeder Phase einer Depression vorkommen kann.

In der klinischen Praxis sieht man immer wieder Patienten, die neben vielen Prädiktoren für einen ungünstigen Krankheitsverlauf, auch retrospektiv, Phasen aufweisen, in welchen sie über Jahre, manchmal über Jahrzehnte, keine depressiven Episoden haben. Es lohnt sich, diese Patienten danach zu fragen, welche Faktoren für eine stabile Phase verantwortlich gewesen sein könnten, um sie mit diesen Informationen im Falle einer

▣ **Tab. 1.2** Risikofaktoren für einen Rückfall der Depression

| Kategorie | Risikofaktoren |
|-------------------------------|---|
| Krankheitsverlauf | <ul style="list-style-type: none"> ■ Drei oder mehr depressive Episoden, ■ Depression mit psychotischen Symptomen in der Anamnese, ■ Suizidversuche in der Anamnese, ■ hohe Rezidivrate, ■ vorherige Episode im vorangegangenen Jahr, ■ Rückfall nach Absetzen der Medikamente, ■ längere Episoden in der Anamnese |
| Soziodemographische Variablen | <ul style="list-style-type: none"> ■ Erkrankungsbeginn vor dem 30. Lebensjahr |
| Symptome | <ul style="list-style-type: none"> ■ Residualsymptome, ■ Dysthymie |
| Hereditäre Belastung | <ul style="list-style-type: none"> ■ Depression bei Verwandten 1. Grades |