



Psychotische („wahnhafte“) Depression

- Besonders schwere, den Realitätsbezug des Patienten massiv beeinträchtigende Form einer Depression
- in aller Regel stationär und intensiv psychopharmakologisch behandlungsbedürftig; stellt auch schnelle Indikation zur Elektrokrampftherapie (EKT) dar
- massive Suizidgefährdung
- paranoide Phänomene
 - Versündigungs-/Verschuldungswahn
 - Verarmungswahn
 - hypochondrischer Wahn
 - nihilistischer Wahn
- mögliches Auftreten akustischer Halluzinationen (bekannte oder unbekannte Stimmen, z.B. die des Teufels, die dem Betroffenen sein Versagen, seine Schuldhaftigkeit und Wertlosigkeit vorhält, ggfls. zum Suizid auffordert)



Depression und Angst

- Angst (meist Zukunftsangst, bei ca. 60% der Depressionen) ist häufig ein wesentlicher Bestandteil der Depression
- Angst im Rahmen komorbider, spezifischer Angststörungen (Panikstörung, generalisierte Angststörung, Phobien)
- Angststörungen gehen mit der Zeit häufig in Depressionen über, aber seltener umgekehrt
- bei Komorbidität von Angst und Depression gestaltet sich der Verlauf schwerer und chronifizierter
- bei Komorbidität von Angst und Depression besteht erhöhte Suizidalität



Depression im Alter



- Diagnose häufig schwierig
 - Symptome werden fälschlicherweise als natürliche Folge des Alterungsprozesses betrachtet
 - ausgeprägte Fluktuationen in der Symptomatik
 - Komorbidität mit altersassoziierten Hirnerkrankungen (z.B. Alzheimer-Demenz, M. Parkinson, vaskuläre Demenz)
 - Polypharmazie (depressiogener Einfluss bestimmter Pharmaka)
 - psychopathologisch dominieren im Alter: somatische Symptome, hypochondrische Befürchtungen, Angst, klagsam-dysphorischer Affekt, kognitive Störungen, paranoide Symptomatik)
- häufiges Auftreten von life events (z.B. körperliche Erkrankung, Tod von Angehörigen)
- steigende Suizidrate über 65 Jahre (v.a. bei Männern)
- Risikofaktoren: Depressionen in der Vorgeschichte, soziale Isolierung, körperliche Erkrankungen
- Verlauf: bei wiederholtem Auftreten im Alter Chronifizierungstendenz, bei Erstmanifestation im Alter Prognose wie bei Jüngeren



Suizidalität



- Risikofaktoren: früherer Suizidversuch, Schizophrenie, affektive Störung, Alkoholabhängigkeit
- bei unter 12jährigen tritt Suizidalität kaum auf
- Suizide gehören zu den häufigsten Todesursachen bei den über 15jährigen Jugendlichen
- Suizide begehen häufiger Männer, Suizidversuche häufiger Frauen
- mit zunehmendem Alter nimmt die Suizidrate zu; die Hochrisikogruppe stellen alleinstehende Männer über 65 Jahre dar
- meist handelt es sich um Intoxikationen in häuslicher Umgebung
- im Monat vor Suizidversuch kommt es oft zum Arztkontakt
- Lithium hat einen suizidpräventiven Effekt
- die Suizidraten lassen sich durch Öffentlichkeitsarbeit und Schulung von Berufsgruppen, die mit potentiell Suizidgefährdeten in Kontakt stehen (Hausärzte, Altenpfleger, Seelsorger, Gefängniswärter), senken („Nürnberger Bündnis gegen Depression“)
- wichtig ist das Ansprechen von Suizidalität bei Risikopatienten; hierdurch wird meist Entlastung erreicht, keineswegs aber Suizidalität induziert



Elektrokrampftherapie (EKT)



- Therapeutisches Prinzip: Auslösung eines zerebralen Krampfanfalls durch elektrische Stimulation des Gehirns in Kurznarkose mit Muskelrelaxation
- Ind.: pharmakoresistente Depression, Kontraindikation für Medikamente (z.B. Schwangerschaft, alte Pat.), Katatonie, malignes neuroleptisches Syndrom, pharmakoresistentes manisches Syndrom, schwere Suizidalität, rasche körperliche Verschlechterung
- KI: keine absoluten, aber relative; frische kardiopulmonale und zerebrale Erkrankungen (v.a. mit Hirndruck), Elektrolytentgleisungen
- NW in ca. 25%: v.a. passagere Kopfschmerzen und kognitive Störungen, nur extrem selten bleibende Gedächtnislücken
- unilaterale Stimulation besser verträglich als bilaterale
- in der Regel Serienbehandlung zwei- bis dreimal wöchentlich, insgesamt meist 6 bis 12 EKTs
- Erfolgsquote ca. 70%
- Wegen hoher Rezidivgefahr (>50% innerhalb 6 Mon.) medikamentöse Anschlussbehandlung und/oder Erhaltungs-EKT



Wachtherapie



- in der Depression besteht eine gestörte Schlafarchitektur, v.a. in der zweiten Nachthälfte (klinisch: typische Durchschlafstörung)
- vermehrte REM- und weniger Non-REM-Phasen haben einen depressionsfördernden Effekt
- Schlafentzug in der zweiten Nachthälfte wirkt depressionslösend
- ca. 60%ige Chance auf Besserung bei melancholischer Depression, mit typischem Morgentief sogar bis ca. 85%
- nach wieder „krankhaft“ durchschlafener Nacht lässt der Effekt anfangs häufig nach; daher ist die Wachtherapie immer eine Serienbehandlung (z.B. zweimal wöchentlich), wodurch Stabilität eintritt
- Verfahren:
 - partieller/totaler Schlafentzug
 - Schlafphasenvorverlagerung
- bietet sich als Kombination mit Antidepressiva an
- cave: Wachtherapie kann bei Bipolaren den Wechsel in eine Manie provozieren (manic switch)



Lichttherapie



- Evidenzbasierte Wirksamkeit bisher nur bei saisonal abhängiger Depression
- vereinzelte Studien bei nicht saisonaler Depression, prämenstrueller Depression, Jet lag und Schichtarbeitern
- der antidepressive Effekt wird über das Auge vermittelt
- Abstand Lichtquelle/Auge ca. 90 cm, einmal pro min kurz direkt ins Licht schauen, 2500 - 10000 lux, mind. 30 min täglich, über mind. 2 Wochen
- Anwendung während des Tageslichtes weniger effektiv
- morgens wirksamer als abends
- Lichttherapie + antidepressive Medikation empfehlenswert
- NW: gering, selten Kopfschmerzen, Augenbrennen, Irritabilität, evtl. Hypomanie. Bei Kombination mit Trizyklika sowie Lithium augenärztliche Kontrolle empfehlenswert
- relative Kontraindikation bei diversen Augenerkrankungen (UV-Licht induzierter Katarakt)



Zukunftsperspektiven in der Depressionsbehandlung



- Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-(HPA-)System
 - CRH1-Rezeptor-Antagonisten
 - Glukokortikoid-Rezeptor-Antagonisten (Mifepriston)
 - Steroidsynthese-Inhibitoren (Ketoconazol, Metyrapon)
- Neuropeptidmodulatoren
 - Substanz-P-(NK1)-Rezeptor-Antagonisten
- Glutamaterges System
 - NMDA-Rezeptor-Antagonisten
 - Memantine, Riluzol
- Postrezeptormechanismen
 - Beeinflussung intrazellulärer Signaltransduktionswege (Targets u.a. Phosphodiesterase, Proteinkinase A)
- Pharmakogenomik, Genetik- und Proteomforschung
- repetitive transkranielle Magnetstimulation
- Vagusnervstimulation



ICD-10-Kriterien der Hypomanie

- Die Stimmung ist in einem für die Betroffenen deutlich abnormen Ausmaß an mindestens vier aufeinander folgenden Tagen gehoben oder gereizt.
- Mind. 3 der folgenden Merkmale
 - gesteigerte Aktivität oder motorische Ruhelosigkeit
 - gesteigerte Gesprächigkeit
 - Konzentrationsschwierigkeiten oder Ablenkbarkeit
 - vermindertes Schlafbedürfnis
 - gesteigerte Libido
 - übertriebene Einkäufe oder andere Arten von leichtsinnigem oder verantwortungslosen Verhalten
 - gesteigerte Geselligkeit oder übermäßige Vertraulichkeit



ICD-10-Kriterien der akuten Manie



- vorwiegend gehobene, expansive oder gereizte Stimmung für mind. 1 Woche oder bis zur Krankenhauseinweisung
- mind. 3 der folgenden Merkmale
 - gesteigerte Aktivität oder motorische Ruhelosigkeit
 - gesteigerte Gesprächigkeit („Rededrang“)
 - Ideenflucht oder subjektives Gefühl von Gedankenrasen
 - Verlust normaler sozialer Hemmungen
 - vermindertes Schlafbedürfnis
 - überhöhte Selbsteinschätzung oder Größenwahn
 - Ablenkbarkeit oder andauernder Wechsel von Aktivitäten oder Plänen
 - tollkühnes oder leichtsinniges Verhalten (z.B. Kaufrausch, rücksichtsloses Fahren)
 - gesteigerte Libido oder sexuelle Taktlosigkeit
- Wahnideen oder Halluzinationen können vorliegen (aber nicht typisch schizophrene, d.h. nicht bizarrer oder kulturell unangemessener Wahn, keine kommentierenden Stimmen)



Behandlung der manischen Episode



- Bei mittelschweren manischen Episoden: Monotherapie
- Die Monotherapie besteht aus entweder Lithium, Valproat oder einem atypischen Neuroleptikum
- Bei schweren manischen Episoden: Lithium + Valproat oder Valproat + Atypikum
- Bei Non-Response: Dosiserhöhung, Wechsel des Atypikums
- Bei Response: Beibehaltung der Medikation
- antimanische Behandlung ist auch mit typischen Neuroleptika (z.B. Haloperidol) möglich, diese geht jedoch mit einer erhöhten Gefahr von extrapyramidalmotorischen Nebenwirkungen einher (Parkinsonoid, Zungen-Schlund-Krämpfe, Blickkrämpfe)
- allgemein bei akuter Manie
 - oft richterliche Unterbringung wegen fehlender Krankheitseinsicht, Medikation muss bisweilen auch gegen den Willen des Patienten verabreicht werden
 - initiale Behandlung auf einer geschützten Akutstation



Affektiver Mischzustand

- Mischung oder schneller Wechsel (d.h. innerhalb von wenigen Stunden) von hypomanischen, manischen und depressiven Symptomen
- typisch manische Symptome (z.B. vermindertes Schlafbedürfnis, psychomotorische Agitation, Gereiztheit) bestehen gleichzeitig neben typisch depressiven (gedrückte Stimmung, Anhedonie, Hoffnungslosigkeit, Suizidalität, Schuldgefühle, Erschöpfung)
- kann klinisch leicht übersehen und als reine Manie gedeutet werden
- Erkennen wichtig, da der affektive Mischzustand
 - mit einer erhöhten Wiedererkrankungswahrscheinlichkeit einhergeht
 - die Suizidgefahr besonders hoch ist
 - per definitionem die Diagnose einer Bipolar-I-Störung begründet



Das so genannte bipolare Spektrum



- Bipolar I mindestens eine manische oder gemischte Episode in der Vorgeschichte
- Bipolar II rezidivierende Depressionen mit Hypomanien
- Zykllothyme Störung mindestens 2 Jahre andauernder Wechsel von leicht gehobenen und leicht depressiven Stimmungslagen, die aber nicht so schwer ausgeprägt sind, dass eine Manie oder Depression diagnostiziert werden muss
- Bipolar III rezidivierende Depressionen ohne Hypomanien, aber mit hyperthymem Grundtemperament
- Bipolar IV rezidivierende Depressionen ohne Hypomanien, aber mit bipolar Erkrankten in der Blutsverwandtschaft



Merkmale bipolarer Störungen



- Lebenszeitprävalenz 1-5%
- Früher Erkrankungsbeginn mit biographischen Knick
- initial zumeist depressive Phase
- Suizidalität und psychotische Merkmale gerade bei jungen Pat.
- besonders hohes Suizidrisiko (>30fach gegenüber Normalbevölkerung, ca. doppelt so hoch wie bei unipolarer Depression, 15-20% Suizide bei Unbehandelten)
- erhöhte Mortalität durch Unfälle und Stoffwechselstörungen
- häufig Rapid Cycling (>4 switches im Jahr)
- lange Latenz zu Diagnose und Behandlung wegen Maskierung durch hohe Komorbidität mit Angststörungen und Sucht, Verkennung als Schizophrenie oder Persönlichkeitsstörung
- hohe Wiedererkrankungsrate (>80% innerhalb 5 Jahren) mit beträchtlichem Chronifizierungsrisiko
- erniedrigtes Funktionsniveau in allen Bereichen
- den Krankheitsverlauf prägen die depressiven, weniger die hypo-/manischen Episoden



ICD-10-Kriterien der schizoaffektiven Störungen



- Die Störung erfüllt die Kriterien für eine affektive Störung
- aus mind. einer der folgenden Symptomgruppen müssen während derselben Störungsepisode gleichzeitig Symptome für mind. 2 Wochen vorliegen (i.d.R. schizophrene Erstrangsymptome):
 - Gedankenlautwerden, -eingebung, -entzug, -ausbreitung
 - Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen
 - kommentierende oder dialogische Stimmen, die über die Pat. sprechen, oder andere Stimmen, die aus bestimmten Körperteilen kommen
 - anhaltender, kulturell unangemessener bizarrer und völlig unrealistischer Wahn (d.h. nicht ausschließlich Größen- oder Verfolgungswahn)
 - Danebenreden oder deutlich zerfahrene Sprache, oder häufiger Gebrauch von Neologismen
 - katatone Symptome wie Haltungstereotypien, wächsernde Biagsamkeit, Negativismus