

Affektive Erkrankungen

7.1 Allgemeiner Teil – 154

7.2 Spezieller Teil – 158

7.2.1 Depressive Episode – 158

7.2.2 Anhaltende depressive Störungen – 166

7.2.3 Manie (manische Episode) – 172

7.2.4 Bipolare Störungen – 177

7.2.5 Komorbidität bei affektiven Erkrankungen – 185

7.1 Allgemeiner Teil

Definition

Als Affektive Erkrankungen (Affektive Störungen; ICD-10: ☞ F 3) wird eine Gruppe von Erkrankungen bezeichnet, bei der die Störung der Gestimmtheit (Affektivität) gemeinsam mit Störungen des Antriebs und der Psychomotorik als charakteristisch angesehen wird. Grundsätzlich lassen sich im Verlauf von affektiven Erkrankungen zwei Syndrome unterscheiden, die als einander entgegengesetzte Pole aufgefasst werden: das depressive Syndrom und das manische Syndrom. Eine psychotische Realitätsverzerrung kann bei schwerer Krankheitsausprägung vorkommen. Unterschieden werden im wesentlichen:

Depressive Erkrankungen:

- Depressive Episode, einzeln oder rekurrend; starke Überschneidung zwischen Depressiver Episode (ICD-10) und Major Depression (DSM-IV)
- Dysthymia

Manische Erkrankungen:

- Manische Episode
- Hypomanie

Bipolare Erkrankungen:

- Bipolar I Störung
- Bipolar II Störung
- Zykllothymia

Depressive Episoden nach ICD 10 werden im DSM IV als Major Depression (majore Depression) bezeichnet.

Im Kontext mit den affektiven Erkrankungen (obwohl in der ICD-10 an anderer Stelle systematisiert) sind aber auch zu sehen: depressive Reaktionen und Trauerreaktionen (► Kap. 10).

Anmerkung: Gerade im Hinblick auf die affektiven Erkrankungen hat der Übergang von einer typologisch bestimmten und an der vermuteten Ätiologie orientierten hin zu einer empirisch-deskriptiv basierten Klassifikation einige Verwirrung ausgelöst. Die heute gültigen, zu jedenfalls weiten Teilen auf empirischen Datenerhebungen beruhenden und auf diagnostischen Kriterien basierenden Klassifikationssysteme (ICD-10, DSM-IV) stellen jedoch einen wichtigen wissenschaftlichen Fortschritt dar und haben auch in der Praxis viele

Vorteile. Ihre Anwendung ist außerdem inzwischen in vielen Ländern obligatorisch. Die auf diesen Systemen beruhende Diagnostik birgt aber auch Gefahren, so z. B. dass typische klinische Symptomkonstellationen nicht mehr erlernt und in der Praxis erkannt werden (melancholische Depression) oder auch dass die neurotischen und beziehungsbedingten Hintergründe von Erkrankungen verstellt werden (z. B. bei der Dysthymia). Diese Gefahr kann dadurch gemindert werden, dass neben der kriterienbasierten Diagnose der Erkrankungseinheit auch klinische Typologien beachtet werden und die psychologischen, sozialen sowie, wenn möglich, biologischen Ursachenzusammenhänge beim jeweiligen Erkrankten sorgfältig herausgearbeitet werden. Erst ein solches diagnostisches Vorgehen auf zwei Erkenntnisebenen (der deskriptiv-nomothetischen und der eher hermeneutisch orientierten) ergibt für das Verständnis der Erkrankung und die jeweiligen Therapiemöglichkeiten optimale Ausgangsbedingungen. Die diagnostische Arbeit auf den beiden genannten Ebenen sollte im Übrigen bei Beginn der Therapie nicht beendet sein, sondern währenddessen mit dem Ziel einer immer präziseren Einschätzung und sich hieraus möglicherweise ergebenden Therapiemodifikationen fortgeführt werden.

Die Darstellung der einzelnen affektiven Erkrankungen in diesem Buch ist weitgehend an der ICD-10 orientiert, wird jedoch durch Inhalte des DSM-IV und klinische Beobachtungen ergänzt.

Epidemiologie

Häufigkeit: Die Prävalenz depressiver Erkrankungen (insgesamt) im zeitlichen Querschnitt beträgt etwa 8 %, davon betreffen etwa 3–5 % schwere depressive Störungen (depressive Episoden, bzw. major depression). Lebenszeitprävalenz etwa 15–20 % bzw. 10–15 %. Lebenszeitprävalenz der Bipolar I Störung (manisch-depressive Erkrankung) 1 %, der Bipolar II Störung (depressive und hypomanische Phasen) 1 %, der Zylothymia 1 %, der unipolaren Manie 0,2 %, der Hypomanie ca. 2 %. Bei phasenhaft (episodisch) verlaufenden Erkrankungen: Polyphasische, unipolare Depression am häufigsten. Familiäre Häufung affektiver Erkrankungen, insbesondere bei bipolaren Störungen: Eltern, Geschwister, Kinder 10–15 %, beide Eltern krank: 30–40 %. Konkordanz bei Zwillingen: zweieiig 20 %, eineiig 70 %.

Geschlecht: Erkrankungshäufigkeit depressiver Störungen: Männer: Frauen etwa 1:2; bei bipolaren Erkrankungen etwa gleich.

Alter: Bei **monopolaren** affektiven Erkrankungen 2 Gipfel bzgl. Erstmanifestation: zwischen 20 und 29 sowie zwischen 50 und 59 Jahren (vgl. Angst

1987)¹; kein Prävalenzanstieg im höheren Lebensalter. Dysthymien beginnen früher. Häufigste Erstmanifestation **bipolarer** affektiver Erkrankungen um das 3.–4. Lebensjahrzehnt.

Ätiologie und Pathogenese

Enge Durchdringung biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren.

Genetische Faktoren: Komplexe genetische **Prädisposition**, insbesondere bei bipolaren, aber auch z. T. unipolaren affektiven Erkrankungen. Entsprechende genetisch-epidemiologische Befunde in Familien-, Adoptiv- und Zwillingsstudien, aber auch Kopplungsbefunde mit Hinweisen auf mögliche Prädispositionsgene auf den Chromosomen 3p, 4p, 10q, 12q, 13q, 18p, 22q. Assoziationsbefunde: mögliche Beteiligung des Serotonin-Transporter-Gens (17q) und des Catecholamin-O-Methyltransferase-Gens (22q).

Biochemische Befunde: Antidepressiva hemmen u. a. die präsynaptische Wiederaufnahme von biogenen Aminen an der Nervenendigung: Entwicklung der Monoaminhypothese: Mitverursachung von Depressionen (und Manien) durch Balancestörung der biogenen Amine im ZNS: Serotonin, Noradrenalin und Dopamin. Herabgesetzte (bei Manien: gesteigerte) monoaminerge Neurotransmission, Neurotransmittermangel im synaptischen Spalt, komplexe Dysfunktionen prä- und postsynaptischer Rezeptoren.

Verschiedene endokrine Regulationsstörungen nachweisbar; häufig insbesondere bei schwerer Depression: Hochregulation der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (Hyperkortisolismus, Dexamethason-Hemmtest pathologisch).

Bildgebung: Strukturell Volumenminderung der Frontal- und Parietallappen, des Hippokampus sowie der Basalganglien; **funktionell** (PET) vermehrter Blutfluss im lateralen inferioren präfrontalen Cortex, anteriorem Cingulum und Amygdala; vermindert im orbitofrontalen Cortex und Thalamus; funktionelle Veränderungen bestehen z. T. im symptomfreien Intervall.

Neuropsychologische Befunde: Insbesondere bei längerem und mehrphasigem Verlauf Störungen der Aufmerksamkeit, der Lernfähigkeit und exekutiver Funktionen.

Chronobiologische Befunde: Bedeutsamkeit des zirkadianen Systems bei affektiven Erkrankungen; Desynchronisation rhythmischer Funktionen, z. B.

¹ Angst J (1987) Epidemiologie der affektiven Psychosen. In: Psychiatrie der Gegenwart, Bd 5, S 51–66. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo.

Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus bei Depressiven und Manikern, und Tagesschwankungen bei Depressiven; REM-Schlaf-Latenz verkürzt, REM-Anteil am Schlaf erhöht, Tiefschlafanteil vermindert. Antidepressive Therapie, z. B. mit Schlafentzug, kann die zirkadiane Rhythmik regulierend beeinflussen.

Psychosoziale Risikofaktoren: Traumatische Erlebnisse in der Kindheit, Gewalt und Missbrauchserfahrungen, aber auch emotionale Kühle/Abwendung oder Abwesenheit der signifikanten Bezugspersonen (Eltern), Arbeitslosigkeit, Armut, soziale Verelendung und Isolation (selbst und in der Herkunftsfamilie).

Prämorbidie Persönlichkeit: keine spezifische, zu Depression prädisponierende Persönlichkeitsstruktur. Bei depressiver Episode (major depression) mit melancholischer Symptomatik oft sog. **Typus melancholicus** (Tellenbach) mit Überangepasstheit, Übergewissenhaftigkeit, starker Ordnungsliebe, Zwanghaftigkeit, Autoritätskonflikten. Bei Patienten mit bipolaren Erkrankungen, insbes. der Bipolar I Störung oft **hyperthyme Persönlichkeit** mit meist guter Stimmung, aber ebenso Mangel an emotionaler Tiefe und Selbstkritik, Antriebsreichtum, aber Schwierigkeit der Fokussierung.

Auslösende Faktoren:

- **somatische Faktoren:** körperliche Erkrankungen (z. B. auch Grippe), hormonelle Störungen, Operationen, Abmagerungskuren, Wochenbett, Klimakterium;
- **psychosoziale Faktoren:** unspezifische Auslöser privater und beruflicher Art, z. B. Trennungs- und Verlusterlebnisse, chronische Konflikte, Einsamkeit/Vereinsamung, Umzug, schwere Kränkungen, Entlastung nach anhaltender Belastung u. a. kritische Lebensereignisse. Subjektive psychische Belastung ausschlaggebender als objektiver Schweregrad. Ausmaß der subjektiven Belastung dem Patienten oft nur teilweise bewusst.

Verlauf und Prognose

- **Unipolar vs. bipolar:** nur depressive bzw. manische Phasen vs. depressive und manische Phasen im Wechsel;
- **monophasisch vs. polyphasisch:** einmalige Depression bzw. Manie vs. mehrmalige Depressionen und/oder Manien;
- **anhaltend:** Vorliegen der Symptomatik in unterschiedlicher Ausprägung über einen längeren Zeitraum (etwa 2 Jahre);
- **Phasisch verlaufende Erkrankungen:** Phasendauer im Mittel zwischen 4 und 8 Monaten, aber auch längere Phasen sind beschrieben; manische

Phasen häufig kürzer als depressive. Jede Phase erhöht die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Phase, Bindung an Auslöser nimmt von Phase zu Phase ab (Sensitivierung?): Gefahr der Chronifizierung/dauerhaften Destabilisierung, u. a. durch Akzelleration des Auftretens von Phasen bis hin zu dauerhafter affektiver Instabilität, z. B. schnellem Phasenwechsel (rapid cycling, ► unten) bei bipolaren Erkrankungen. Bei depressiven Episoden im Mittel 5 Phasen; nur einzelne Phase in 20 %; Vollremission nach abgeklungener Phase bei etwa 60–70 %, ansonsten Residualzustand mit persistierenden Störungen von Stimmung, Antrieb aber auch kognitiver Fähigkeiten. Bipolare Störungen: höhere Phasenhäufigkeit als unipolare Depression; Verhältnis depressive:manische Phasen etwa 3:1; nur etwa 20 % bleiben über 5 Jahre oder länger phasenfrei. In ca. 30 % Residualzustände. Etwa 15 % der Patienten beider Gruppen sterben durch Suizid (Suizidrisiko >40-fach erhöht!); Prognostisch ungünstig: psychiatrische oder somatische Komorbidität, Rückfallgefährdung und Chronifizierung; Rückfallgefährdung durch mangelnde Compliance (z. B. Medikamenteneinnahme) oder durch chronische Stressoren, interpersonelle oder berufliche Konflikte, Mangel an sozialer Integration und Unterstützung;

- **Anhaltende affektive Erkrankungen:** Dysthymia und Zykllothymia verlaufen chronisch-persistierend, Beginn im frühen Erwachsenenalter, können lebenslang bestehen bleiben. Wechselhaft ausgeprägte (undulierende) Symptomatik, mit der sich viele Betroffene im Laufe der Jahre unter Hin- und Herbewegung deutlicher Leistungsinsuffizienz arrangieren.

7.2 Spezieller Teil

7.2.1 Depressive Episode (► F 32, ► F 33)

Symptome der depressiven Episode

- **Affektivität:** Verstimmung im Sinne von Traurigkeit, Bedrücktheit, »Herabgestimmtsein« bis hin zu Gefühlen völliger innerer Leere, Verlust der affektiven Modulationsfähigkeit (»Gefühl der Gefühllosigkeit«, d. h. Unfähigkeit sowohl zu positiven Gefühlen z. B. gegenüber Bezugspersonen oder religiösen Inhalten, als auch zu Traurigkeit, Weinen), Gefühle von Sinn- und Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, Resignation (»Es wird nie besser werden!«); Unfähigkeit zur Freude und Verlust von Interessen. Ge-

fühle von Insuffizienz und eigener Wertlosigkeit, aber auch Aggressivität gegenüber sich selbst (Suizidgefahr!). Häufig quälende innere Unruhe und/oder Angst (z. B. vor ganz alltäglichen Aufgaben, aber auch irreal und tiefe existentielle Angst). Tagesschwankungen (meist Morgentief mit abendlicher Besserung) von Stimmung und Antrieb (s. u.) typisch für melancholischen Subtyp (ICD-10: somatisches Syndrom)

■ **Antrieb:**

- **Antriebshemmung** (gehemmte Depression): Energielosigkeit; Verlust von Initiative und Schwung; noch kürzlich bewältigte Alltagsaktivitäten werden zum Problem, erhöhte Ermüd- und Erschöpfbarkeit; Arbeitsunfähigkeit; schwerste Form der Antriebshemmung: depressiver Stupor (kaum Reaktionen auf Ansprache, kaum Bewegung);
- **Antriebssteigerung** (agitierte Depression): Depression mit starker innerer und/oder motorisch geäußerter Unruhe, deutlich geäußerte Verzweiflung

■ **Denken:**

- **formal: Denkhemmung.** Das Denken ist verlangsamt, einförmig, unproduktiv, reduziert auf wenige Inhalte (Schlaf, Stuhlgang, negative Kognitionen), geringe Aufnahmefähigkeit für neue Gedanken und Anregungen; intellektuelle Funktionen erhalten, aber krankheitsbedingt nicht voll verfügbar
- **inhaltlich:** bei schwerer Depression oft (**stimmungskongruenter = symthymen**) **depressiver Wahn mit Schuld- und Versündigung:** extreme Selbstvorwürfe, z. T. wegen lange zurückliegender, harmloser Verfehlungen; entsprechend irrationale Angst vor den Folgen
- **Verarmung:** Krankenkasse bezahlt Behandlung nicht, eigene Existenz und die der Familie wird durch Krankheitskosten vernichtet usw.
- **hypochondrischer Krankheitswahn:** unkorrigierbare Gewissheit, eine schwere, evtl. zum Tode führende Krankheit zu haben (z. B. Krebs, Syphilis, AIDS); Körperfunktionen (z. B. Darm) völlig blockiert; leichtere Form: irrationale Sorge um die eigene Gesundheit
- **nihilistischer Wahn (Cotard-Syndrom):** Existenzvernichtung, bezogen auf die eigene Existenz, die Familie, die ganze Welt
- **Zwangsgedanken:** können führende Rolle spielen (anankastische Depression), z. B. Kontrollzwänge, aber auch Tötungsimpulse (!) gegen den Partner, die eigenen Kinder oder sich selbst

- **Kognitive Leistungen:** subjektiv quälende Unfähigkeit zu Aufmerksamkeit, Konzentration, Auffassung und Lernen (z. B. Lesen oder Fernsehen nicht möglich), wird durch depressives Erleben noch potenziert (»Pseudodemenz«). Aber auch objektivierbare (geringgradigere) Störungen entsprechender Leistungsbereiche, die z. T. auch im symptomfreien Intervall persistieren können (DD: beginnende Demenz)
- **Vitalstörungen und vegetative Symptome:** Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafen), »zerhackter« Schlaf, häufig mit Früherwachen (dann Grübelneigung), aber auch Hypersomnie (atypische Depression); Appetitlosigkeit und Gewichtsabnahme (aber auch -zunahme bei atypischer Depression), Verlust von Libido und Potenz; nicht selten sekundäre Amenorrhoe. Gefühl ständiger Abgeschlagenheit und Erschöpfung. Leibnahe Missempfindungen wie Druckgefühle oder Schmerzen in Brust- und Bauchraum, Rücken; Übelkeit, Obstipation. Manchmal qualitativ eigenartige Missempfindungen (z. B. Stromgefühl): Zoenästhesien

Diagnose

Diagnosestellung gelingt aufgrund charakteristischer Symptomkonstellationen (Kriterien) und typischer Verlaufskriterien (Frage nach früheren abgrenzbaren Phasen, ggf. manischen/hypomanischen Phasen, kontinuierlicher bzw. undulierender Verstimmung, Auslöser).

Differentialdiagnose

Depressive Verstimmungen bei Schizophrenien, depressiv-organisches Psychosyndrom (kognitive Störungen objektivierbar, andersartiger Verstimmungstyp); Depressionen aufgrund somatischer Grunderkrankungen (z. B. Hypothyreose, M. Cushing), pharmakogene Depression.

Spezielle Formen der depressiven Episode (☉ F 32, ☉ F 33)

- **Melancholische Depression:** in der ICD-10 als **depressive Episode mit somatischem Syndrom** klassifiziert; bei mittelschwerer und schwerer depressiver Episode typischer Symptomenkomplex; ausgeprägte Unfähigkeit zur Freude bei fehlender Auslenkbarkeit durch angenehme Außenreize; Gefühl innerer Leere und Gefühllosigkeit, psychomotorische Hemmung, Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust, häufig Insuffizienz- und Schuldgefühle. Erschwertes Einschlafen, schlechtes Durchschlafen, Früherwachen

oft mit Grübelneigung, Stimmungstief am Morgen mit Besserung im Tagesverlauf (► Fallbeispiel 7.1)

- **Psychotische Depression:** schwere depressive Episode, weit überwiegend vom melancholischen Subtypus, mit psychotischen Merkmalen; Stimmungskongruente (synthyme) psychotische Symptome: Verarmungswahn, Versündigungswahn, nihilistischer Wahn, synthyme (Pseudo)halluzinationen (z. B. Stimme der Mutter ruft ins Grab)
Stimmungsinkongruente (parathyme) psychotische Symptome: Gedankenausbreitung oder -eingung, Verfolgungswahn, Halluzinationen (Stimmenhören). Abgrenzung zu schizoaffectiver bzw. schizophrener Psychose schwierig
- **Atypische Depression:** depressive Episode mit Muster charakteristischer »atypischer« Merkmale, erhaltene affektive Reagibilität und Modulationsfähigkeit, gesteigerter (!) Appetit und Gewichtszunahme, Hyper(!)somnie, Gefühl bleierner Gliederschwere, hohe Kränkbarkeit (auch außerhalb der Phase), z. T. Komorbidität mit Dysthymia/neurotische Depression; oft Patienten mit schwerwiegenden neurotischen Konflikten

Tipps und Tricks:

Die atypische Depression wird trotz ihres typischen Krankheitsbildes sehr oft übersehen bzw. als rein neurotischer, d. h. lebensgeschichtlich zu verstehender Krankheitsvorgang aufgefasst, vermutlich auch deshalb, weil dies Krankheitskategorie nur im DSM-IV, nicht aber in der ICD-10 vorkommt. es scheint sich aber um eine valide Kategorie zu handeln, die auch eine differenzierte Behandlung erfordert!

Kurzfristige rezidivierende depressive Störung: kurze depressive Episoden (deutlich weniger als 2 Wochen, oft nur 1–3 Tage oder nur Stunden) von zum Teil erheblichem Schweregrad; oft melancholische Symptomatik, Suizidgefährdung (!); **cave: Wird oft übersehen; gefährlich!**

- **Saisonale Depression:** jahreszeitliche Gebundenheit der depressiven Episode (Herbst/Winter), meist leichte bis mittelschwere Episoden, Remission im Frühling; Fehldiagnosen durch Überschneidungen mit psychosozialen Bedingungen (z. B. saisonale Arbeitslosigkeit)

Tipps und Tricks:

Unter dem Einfluß der amerikanischen Psychiatrie wurde seit etwa 1975 die Bedeutung der Psychopathologie und damit auch die klinische Subklassifizierung der depressiven Erkrankungen vernachlässigt. Diese Situation ändert sich im Moment, nachdem u.a. immer deutlicher wird, dass die Amalgamierung aller Subtypen nach dem Prinzip des Schweregrads in den großen Topf der »major depression« in der biologisch-psychiatrischen Forschung zu wenig zukunftsweisenden Ergebnissen führt. Insbesondere die Ergebnisse von genomweiten Assoziationsstudien fallen (auch angesichts des erheblichen Aufwands) extrem dürrtig aus, so daß der Eindruck entsteht, dass ein wenig differenzierter »psychiatrischer input« in hoch differenzierte technologische Verfahren eingebracht wurde und dementsprechend enttäuschende Ergebnisse zustande kommen. Ob die jetzt mit hoher Intensität betriebene Suche nach einer (auch biologisch validen) Subdifferenzierung weiter führt bleibt abzuwarten, leuchtet jedoch aus klinischer Perspektive seit langem ein.

7

Klinisch wichtige Konstellationen

Konstellationen mit charakteristischer Symptomkonstellation und -ausprägung, z. T. auch unter bestimmten Lebensbedingungen, die nicht die Einordnung in eine spezielle Depressionsform (Subtypus) rechtfertigen, aber klinisch prägnant sind und eine speziell abgestimmte Behandlung erfordern.

- **Postpartale Depression:** postpartale Depression etwa 10mal häufiger als in der Schwangerschaft. Auftreten: während der ersten 8 Wochen post partum, besonders in den ersten beiden Wochen. Häufigkeit: 0,4–2 %. Symptomatik: psychopathologisch unspezifisch; Rezidive auch ohne erneute Schwangerschaft/Wochenbett möglich; bei postpartalen Depressionen häufig Suizidgefahr, auch im Sinne von erweitertem Suizid (Mutter und Kind)
- **Erschöpfungsdepression:** insbesondere nach Dauerbelastungen; häufig bei neurotischen Grundkonflikten bzw. zu Abhängigkeit und Anpassung neigender Persönlichkeitsstruktur. Symptomatik: Reizbarkeit und Nervosität, affektive und vegetative Labilität, Schlafstörungen, rasche Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwäche, körperliche (nichtorganische) Beschwerden wie Kopf-, Rücken- oder Bauchschmerzen, oft als »burn-out« verharmlost und ungenügend behandelt.
- **Somatisierte (»Larvierte«) Depression:** depressive Verstimmung eher im Hintergrund spürbar, deutliche körpernahe Beschwerden wie Rücken-

und Kopfschmerzen, Übelkeit, Erschöpfbarkeit und Schlafstörungen. Stimmungsqualität wird nicht berichtet, Antriebsstörungen und Vitalstörungen häufig gut nachweisbar. Patienten mit somatisiert depressiver Symptomatik werden oft als somatisch krank fehlagnostiziert; verlangen selbst (und erhalten!) weit über das sinnvolle Maß hinausgehende organmedizinische Untersuchungen

- **Involutionsdepression:** depressive Syndrome mit Erstmanifestation zwischen dem 45.–65. Lebensjahr; häufig psycho- oder auch somatogene Auslösung; psychogene Auslöser: z. B. Bilanzierungsfragen, Trennung vom Lebenspartner, Bewältigung von Schwierigkeiten mit Kränkungen (u. a. Altern als Kränkung!) und somatischen Erkrankungen, bevorstehendes Ausscheiden aus dem Berufsleben
- **Depression im Senium:** depressive Syndrome nach dem 65. Lebensjahr, häufig in Verbindung mit somatischen Erkrankungen bzw. hirnorganischen Abbauprozessen, aber auch Einsamkeit und sozialer Isolierung; Suizidgefahr besonders groß – in höherem Alter auch Bilanzsuizid

Therapie

Vorrangiges Behandlungsziel ist die möglichst zuverlässige und rasche Therapie der depressiven Symptomatik. Vor Therapiebeginn Diagnosesicherung! Bei körperlich (mit)bedingten affektiven Störungen: Therapie der Grunderkrankung. Bei gesicherter Diagnose ist kombinierte psychotherapeutische und psychopharmakologische Behandlung wichtigstes Behandlungsprinzip. Zusätzliche therapeutische Wirkprinzipien: Beschäftigungstherapie, Musiktherapie, Körperorientierte Verfahren, Physiotherapie und physikalische Therapie.

Bei schwerer Ausprägung: stationäre Therapie (intensivere Behandlungsmöglichkeit, Entlastung von Patienten und Angehörigen; aber auch wegen Suizidgefahr; besonderes Suizidrisiko bei beginnender Besserung beachten!).

Bei der **somatischen Therapie** bestehen folgende Therapiemöglichkeiten:

- **Antidepressiva:** selektive Serotonin- bzw. Serotonin/Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer oder herkömmliche trizyklische Antidepressiva; bei Versagen der Monotherapie: Kombinationstherapie (z. B. Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmung) und/oder Augmentation mit Lithiumsalzen oder T3/T4. Erfolge auch mit Monoaminoxidasehemmer (eher Mittel der 2. Wahl). Kombination mit Neuroleptika bei psycho-

tischen Symptomen. Rezidivprophylaxe durch Dauergabe von Antidepressiva; auch Lithiumsalze manchmal erfolgreich

- **Ausdauertraining:** Nützliches Adjunktum mit nachgewiesener Wirksamkeit. Am besten 4x wöchentlich 50 min mäßige Belastung.
- **Elektrokrampftherapie (EKT):** bei Versagen von zwei aufeinander abgestimmten Versuchen mit Pharmakotherapie und qualifiziertem Versuch mit Psychotherapie. Hochwirksam bei depressiven Episoden vom melancholischen Subtypus, insbes. bei synthymem Wahn; bzgl. Indikation, Durchführung und Nebenwirkungen/Komplikationen der EKT (► Kap. 16.2). Die grundsätzliche Ablehnung der EKT ist wissenschaftlich nicht haltbar sondern irrational.
- **Schlafentzug (Wachtherapie):** durch totalen (ganze Nacht) oder partiellen (2. Nachthälfte) Schlafentzug Milderung von depressiven Beschwerden, evtl. auch Rückgang der depressiven Tagesschwankungen; Effekt hält meist nur kurze Zeit an (► Kap. 16.3)
- **Lichttherapie:** Applikation von hellem Licht (z. B. aus Fluoreszenzlampen), bevorzugt morgens; häufig rascher Eintritt von Besserung (bereits nach 3–4 Tagen), Behandlungsdauer 1–3 Wochen bei ca. 1–2 h/Tag; keine gravierenden Nebenwirkungen; bei Winterdepression
- **Vagusnerv- und Tiefenhinstimulation:** Implantation von elektrischen Stimulatoren am Vagusnerv, bzw. stereotaktisch (vgl. M. Parkinson!) überwiegend in die Strukturen des ventralen Striatum/N. accumbens und das subgenuale Cingulum. Insbes. letztere sind experimentelle Verfahren für ansonsten therapie-refraktäre schwere Depressionen, die aber z.T. erstaunliche Erfolge zeigen.

💡 Tipps und Tricks:

In der somatischen Behandlung der Depression werden immer wieder die gleichen Fehler gemacht; dies obwohl die derzeit vorliegenden S3-Leitlinien gut verständlich und handhabbar sind: 1. Antidepressiva (AD) werden nicht ausreichend hoch dosiert, 2. AD werden nicht lange genug gegeben, 3. Augmentation wird nicht probiert, 4. Bewährte Kombination werden nicht gegeben, 5. Irrationale oder gefährliche Kombinationen werden eingesetzt, 6. MAO-Hemmer werden nicht eingesetzt, 7. EKT wird nicht erwogen, nicht eingesetzt 8. EKT wird technisch unzureichend durchgeführt. Außerdem gilt immer: Möglicherweise werden psychosoziale Faktoren übersehen, weil sie



nicht bewusst sind, in ihrer Bedeutsamkeit unterschätzt oder verschwiegen werden. Es ist außerdem ein grundsätzlicher Fehler, die Indikation für eine systematische Psychotherapie nicht frühzeitig sorgfältig zu überlegen, bzw. diese nicht adäquat im Krankheitsverlauf einzuleiten.

Psychotherapie ist bei allen Formen depressiver Erkrankungen geboten, muss aber dem Schweregrad, dem Subtypus der Erkrankung, aber auch der jeweiligen Persönlichkeit angepasst werden. Dem Patienten darf nur die Anforderung in der Psychotherapie zugemutet werden, die auch produktiv umgesetzt werden kann! Viele Fehler durch falsche Diagnostik des Depressionstypus, des Erkrankungszustands (Phase) und Fehleinschätzung der Belastbarkeit (Dysthymia: eher hoch; melancholischer Subtypus: eher gering)!

Grundhaltung: kontinuierliche Zuwendung im Gespräch, Vermittlung von Verständnis und Geduld, Informieren über die Erkrankung, Betonung des Krankheitscharakters der Depression und ihrer guten Behandelbarkeit, Ansprechen möglicher Suizidgedanken, Einbeziehung der Angehörigen, insbesondere des Partners.

Spezielle Methoden zur Depressionsbehandlung

- **Supportive Psychotherapie:** gezielte Unterstützung von persönlichen Ressourcen
- **Psychodynamische Psychotherapie:** Herausarbeiten und Verstehen ungelöster und pathogener, oft nur teilweise bewusster Konflikte (die sich z. B. in aktuellen Partnerkonflikten abbilden); auf dieser Grundlage Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten
- **Gesprächstherapie (GT):** nach Rogers, der Therapeut vermittelt Empathie und Verständnis für die Problemlage des Patienten
- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** z. B. kognitive Psychotherapie nach Beck als strukturierte Methode zum Abbau negativer Einstellungen und dysfunktionaler Kognitionen (Kognitive Triade: negative Sicht von sich selbst, der Umwelt und der Zukunft)
- **Interpersonale Psychotherapie (IPT):** nach Klerman und Weissman, fokussierte Form der Kurztherapie, in am Krankheitskonzept wie auch an zwischenmenschlichen Problemen, die mit der depressiven Episode verknüpft sind, gearbeitet wird
- **Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP):** nach McCulloch, strukturiertes, pragmatisches Konzept zur Therapie von Men-

schen mit chronischer Depression, in dem Elemente aus der KVT, der IPT und psychodynamischer Verfahren kombiniert werden.

Tipps und Tricks:

Die gezielte Indikationsstellung für eine bestimmte Form der Psychotherapie bei einem bestimmten Patienten ist nicht einfach. Generell gilt: Die Wirksamkeit des Verfahrens muss für ein bestimmtes Krankheitsbild (hier: depressive Episode/ chronische Depression) belegt sein (wie dies bei den zur kasernenärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung zugelassenen Verfahren der Fall ist), es muss ein entsprechend gut ausgebildeter Therapeut zur Verfügung stehen, der Patient muss aufgrund seiner persönlichen Voraussetzungen für das Verfahren geeignet sein, dem Patienten selbst muss die Vorgehensweise im Verfahren einleuchten, Patienten und Therapeut müssen eine gewisse »Passung« herstellen können.

Tipps und Tricks:

Die Behandlung von Menschen mit Depressionserkrankungen erfordert oft einige Geduld. Auch bei intensiver, z. B. klinischer Behandlung mit Kombination von komplexer Pharmakotherapie und Psychotherapie verläuft die Erkrankung bei Weitem nicht immer im Sinne einer raschen, linearen Besserung. Besonders bei schon länger bestehenden Erkrankungen kann die Besserung auf sich warten lassen und der Verlauf durchaus wechselhaft, mit teilweisen oder gänzlichen Rückschlägen belastet sein. Es ist äußerst wichtig, dass Art und Patient in derart kritischen Situationen nicht die Geduld verlieren, sondern in der Behandlung logisch, konsequent mit allem Nachdruck fortschreiten. Immer wieder gilt es hierbei auch die Entwicklung von Suizidalität zu beachten, die sehr plötzlich entstehen kann! Grundlage für eine so gestaltete Therapie ist allerdings das therapeutische Bündnis.

7.2.2 Anhaltende depressive Störungen

Dysthymia (☞ F 34.1)

Symptome

Die Symptomatik ähnelt derjenigen der depressiven Episode (Major Depression), ist jedoch nie so schwer, dass die Kriterien dieser Störung erfüllt werden.

Die Symptomatik ist von wechselndem (undulierendem) Ausprägungsgrad. Insbesondere kommen keine Symptome der melancholischen Depression und keine psychotischen Symptome vor.

- **Stimmung:** traurig-gedrückte Verstimmung, Verlust von Freude, Hoffnungslosigkeit
- **Antrieb:** Minderung von Interesse und Initiative, Schwierigkeiten bei alltäglichen Anforderungen
- **Denken:** oft einformige Denkinhalte, Grübelneigung (z. B. Vergangenheit), pessimistische Zukunftssicht
- **Vitalstörungen und vegetative Symptome:** Ein- und Durchschlafstörung, aber auch Hypersomnie; unspezifische körperliche Beschwerden wie Schweregefühl, Kopfschmerzen, Rücken- und Bauchschmerzen

Diagnose

Zur Diagnosestellung ist es notwendig, dass die Symptomatik mindestens 2 Jahre lang besteht und nicht von einer normalen Stimmung von mehr als etwa 2 Monaten unterbrochen wird. Die Dysthymia entspricht in vieler Hinsicht der neurotischen Depression (► Kap. 9), wie sie in älteren, typologisch orientierten Klassifikationen (z. B. ICD-9) systematisiert ist. Die Diagnose der Dysthymia schließt (sinnvollerweise) aufgrund ihres deskriptiven Charakters eine neurotische Genese der Erkrankung nicht a priori ein. Andererseits sollte gerade bei dieser Diagnose auf neurotische Merkmale (z. B. Art der Beziehungsgestaltung, dysfunktionale Überzeugungen, Wiederholungszwänge, hohe Kränkbarkeit) geachtet werden.

Differentialdiagnose

Abgrenzung in erster Line von der depressiven Episode (Schweregrad, Dauer), der depressiven Reaktion (Bindung an traumatisches Lebensereignis), aber auch von organischen Depressionsformen (kognitive Beeinträchtigung).

Therapie

Es gelten die gleichen Prinzipien wie bei der Behandlung der depressiven Episode, jedoch kommt einer qualifizierten Psychotherapie noch größere Bedeutung zu. Psychodynamische Psychotherapie, Kognitive Verhaltenstherapie und Interpersonelle Psychotherapie und CBASB sind wirksam.

Persistierende depressive Episode

Die insbesondere in der ICD-10 vertretene Auffassung, dass depressive Erkrankungen weitgehend entweder episodisch und eher schwer oder anhaltend und eher leicht verlaufen, trifft nicht immer zu. Es kommen Erkrankungen von der Schwere depressiver Episoden mit den Merkmalen eines Subtypus (Melancholie, atypische Depression) vor, bei denen die einzelne Phase (?) z. T. jahrelang persistiert. Diese Erkrankungsverläufe werden aufgrund von Kenntnismängeln nicht selten als Dysthymia/neurotische Depression oder Persönlichkeitsstörung fehlagnostiziert, obwohl bei genauer Analyse der Psychopathologie eine sichere diagnostische Zuordnung möglich ist. Die Patienten und ihre Angehörigen stehen unter einem anhaltenden hohen Leidensdruck. Die fehlende Einleitung einer in diesen Fällen meist notwendigen intensiven antidepressiven Therapie (einschließlich EKT) führt zur weiteren Chronifizierung.

Aus der Praxis:

Schwere Depression Herr D. ist ein 56jähriger verheirateter Manager in einem mittelgroßen Industrieunternehmen. Er lebt mit seiner Frau und zwei Kindern in einer westdeutschen Kleinstadt. Nach einer erfolglosen einmonatigen ambulanten psychiatrischen Therapie und zunehmender Verschlimmerung der Symptomatik wird er in die Klinik überwiesen.

Herr D. sitzt zusammengesunken mit hängenden Schultern und ausdrucksarmer Mimik in seinem Stuhl und knetet unbewusst seine Hände. Er spricht mit leiser Stimme und gibt zögernd aber doch bereitwillig Auskunft über seinen gegenwärtigen Zustand.

Ärztin: Herr D., ich glaube es ist gut, dass Ihr Nervenarzt Sie hier in die Klinik überwiesen hat, denn hier kann Ihnen doch mit einer intensiveren Behandlung geholfen werden.

Herr D.: Meinen Sie? Ich weiß gar nicht mehr was ich hoffen soll, so kann es nicht mehr weitergehen; ich weiß überhaupt nicht mehr, was ich machen soll.

Ärztin: Herr D. versuchen Sie doch bitte einmal zu formulieren, unter welchen Gefühl bzw. welcher Wahrnehmung Sie am meisten leiden.

Herr D.: Ich kann eigentlich überhaupt nichts mehr fühlen. Es ist grässlich, als ob ich innerlich tot wäre. Ich sehe zwar meine Frau und meine Kinder, kann mich aber überhaupt nicht darüber freuen.

Ärztin: Ja, das stelle ich mir sehr belastend vor. Gibt es noch etwas, das Sie quält



Herr D.: Ich kriege nichts mehr erledigt. Ich liege zwar schon früh morgens wach im Bett, kann aber kaum aufstehen, schon die übliche Morgentoilette ist für mich eine Quälerei.

Ärztin: Wieso? Schildern Sie das doch bitte einmal.

Herr D.: Es ist so, als ob ich überhaupt keine Energie mehr hätte, so lächerlich es klingt, aber ich habe manchmal das Gefühl, ich könnte die Zahnbürste gar nicht mehr hochheben und mir die Zähne nicht mehr putzen. Außerdem fällt es mir schwer, die einzelnen Verrichtungen bei der Morgentoilette zu koordinieren. Auch tagsüber ist mit mir nichts mehr los, ich sitze nur noch rum und kann mich zu keiner vernünftigen Tätigkeit mehr aufraffen.

Ärztin: Das würde ja heißen, dass Sie sich zu nichts mehr motivieren können und dass Sie auch keinen Antrieb mehr haben, etwas zu tun.

Herr D.: Ja, genau so ist es auch; so, als ob innerlich bei mir der Strom ausgeschaltet worden wäre.

Ärztin: Wie ist es denn mit dem Lesen, das ja offenbar früher eine Art Hobby von Ihnen war? Geht das noch?

Herr D.: Das ist entsetzlich! Ich kann mich überhaupt nicht mehr konzentrieren, wenn ich drei Sätze gelesen habe, mich ich schon schlapp, außerdem kann ich mir gar nicht mehr merken, was ich gelesen habe, ich habe ehrlich gesagt große Angst, dass ich gar nicht depressiv bin sondern an Alzheimer erkrankt.

Ärztin: Nach unseren Untersuchungen besteht für diese Angst gar kein Anlass. Sie haben eine schwere Depression und solche Störungen der Konzentration der Auffassung und des Gedächtnisses sind bei schweren Depressionen häufig und bilden sich meistens vollständig zurück.

Herr D.: Das kann ich kaum glauben; dieses Herumhängen und nichts machen können und diese entsetzliche Vergesslichkeit, ich kann nicht glauben, dass das jemals aufhört. Wie soll ich jemals wieder in meinem Beruf zurechtkommen?

Ärztin: Die Wahrscheinlichkeit, dass Sie bei einer guten Behandlung hier ganz aus den jetzigen Beschwerden herauskommen und wieder zu Ihren alten Fähigkeiten zurückkommen, ist sehr hoch. Das Wichtigste ist, dass wir uns gegenseitig vertrauen und gemeinsam gegen die Krankheit angehen. Aber ich habe noch eine Frage: Sie haben vorhin erwähnt, dass Sie morgens früh wach liegen und grübeln, schildern Sie mir doch bitte wie Sie einschlafen und durchschlafen und wie Sie morgens aufwachen.

Herr D.: Ja, das ist auch alles völlig durcheinander. Abends bin ich so fertig, dass ich schon um 21 Uhr ins Bett gehe, aber ich weiß ganz genau, dass ich nicht schla-



fen kann. Ich habe deshalb versucht später ins Bett zu gehen, aber das bringt auch nichts. Ich liege lange wach, vielleicht zwei Stunden und schlafe dann kurz ein. Nach ein bis zwei Stunden wache ich wieder auf. So geht es die ganze Nacht, ich komme kaum zur Ruhe, immer wenn ich wach liege, grüble ich und wälze mich hin und her. Morgens um 5 Uhr ist die Nacht völlig vorbei. Während ich sonst bis etwa 7 oder 8 Uhr schlafen kann, wache ich jetzt viel früher auf. Ich liege dann herum, weil ich nicht weiß, was ich mit mir anfangen soll und denke ständig daran, wie ich aus diesem schrecklichen Zustand herauskomme. Ich hätte lieber eine Herzerkrankung oder ein gebrochenes Bein oder irgendwas, aber nicht diese Krankheit. Das würde man seinem Feind nicht gönnen.

Ärztin: Leiden Sie tagsüber vielleicht insbesondere morgens unter einer besonderen inneren Unruhe oder Anspannung.

Herr D: Ja, das ist ganz entsetzlich, ich weiß gar nicht, wie ich damit fertig werden soll, ich könnte ständig hin und her rennen, manchmal ist es dann am Tag wieder besser aber dann kommt es plötzlich wieder.

Ärztin: Haben Sie denn der Pflege oder Ihrem Therapeuten davon berichtet?

Herr D: Nein, ich habe gedacht, ich muss damit selber fertig werden, das wird schon irgendwie besser werden, aber es wird nicht besser.

Ärztin: Wenn Ihre Unruhe so schwer aushaltbar ist, dann scheuen Sie sich bitte nicht uns darauf anzusprechen. Wir können Ihnen ein Beruhigungsmittel geben, denn Sie müssen uns sollen diese Quälerei nicht ertragen, das führt ja zu nichts. Habe Sie eigentlich an den letzten Tagen oder Wochen mal daran gedacht, sich etwas anzutun?

Herr D: Ja der Gedanke ist mir schon ab und zu gekommen, insbesondere, wenn ich so hoffnungslos bin und denke, das dieser Zustand sich nie mehr ändern wird. Wozu soll ich dann weiterleben? Um meiner Familie auf den Wecker zu gehen und die Gesellschaft für mich zahlen zu lassen? Aber dann schöpfe ich doch wieder Hoffnung; und Sie sagen ja auch jetzt, wie mein Nervenarzt, das es wieder besser wir.

Ärztin: Ich glaube, dass ich Ihren Zustand gut verstehen kann. Wir werden tun, was wir können um Sie aus dieser Situation herauszuziehen und ich bin sehr optimistisch, dass uns das gelingt. Sie selbst können auch bei Ihrer Behandlung mithelfen, wir werden noch besprechen, wie das geht. Wie gesagt, Ihre Chancen wieder gesund zu werden, stehen meiner Erfahrung nach gut.



Kommentar:

Dieses Gespräch zu Behandlungsbeginn hat zwei Ebenen: Zum einen soll die psychopathologische Symptomatik geklärt werden, zum anderen aber soll auch ein Vertrauensverhältnis zum Patienten hergestellt werden. Deshalb wird auch die psychopathologische Symptomatik nicht systematisch abgefragt sondern in der Reihenfolge, wie der Patient sie am Nachdrücklichsten, d.h. am Belastendsten erlebt. Die Systematik kann dann im Befund immer noch hergestellt werden. Wichtig ist aber, dass der Patient von Anfang an spürt, dass er ernst genommen und verstanden wird und dass von Anfang an deutlich gemacht wird, dass es Hoffnung zur Besserung eines Zustandes gibt, in dem der Patient selbst dabei ist, jede Hoffnung auf Besserung zu verlieren. Die Patienten erleben unterschiedliche Aspekte ihrer Depressionserkrankung als besonders quälend: Für manche ist es die Verarmung des Gefühlslebens und die Freudlosigkeit bzw. die ständige Traurigkeit und Bedrückung (wie für den hier vorgestellten Patienten), für andere die schwere Antriebshemmung, für andere wiederum ist die mit schweren Depressionen fast immer einhergehende kognitive Leistungsminderung nahezu unerträglich. Wichtig ist es auch zu beachten, dass viele Patienten mit schweren Depressionen unter einer starken inneren Unruhe und Anspannung stehen. Die Anspannung kann so stark sein, dass sie, gepaart mit ausgeprägter Hoffnungslosigkeit Patienten zu abrupten, kaum vorhersehbaren Suizidhandlungen (»suizidaler Raptus«) treiben kann.

Depressiver Residualzustand

Depressive Episoden bilden sich auch nach fachgerechter Behandlung nur in ca. 80 % der Fälle vollständig zurück. Hieran schließt sich, insbesondere nach Ablauf mehrerer Phasen, ein depressiver Residualzustand (chronisches subdepressives Syndrom) an, der durch persistierende, in der Ausprägung aber wechselhafte Verstimmung (traurig, gedrückt, reizbar), v. a. aber leichtgeradigere Antriebsdefizite (leichtere Erschöpfbarkeit, Vitalitätsmangel, Initiative-mangel) gekennzeichnet ist. Symptomatik ähnlich wie Dysthymia. Leidensdruck für Betroffene und Familien, Erlebnis- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt; Prognose wegen Persistenz ungünstig; Behandlung schwierig; Versuche mit antriebssteigernden Antidepressiva (auch Kombinationen), insbes. Mao-Hemmer (Tranlylcypromin); T3- oder T4-Augmentation; bei melancholischer Charakteristik: Versuch mit EKT. Psychotherapie zur Bewältigung, ggf. aber auch zur Bearbeitung bisher unbekannter/unbewusster depressionsaufrechterhaltender Probleme.

7.2.3 Manie (manische Episode ➤ F 30)

»Manie« von griech. **mania**: Begeisterung, Besessenheit, Raserei! Patienten mit manischer Psychose fehlt meist subjektives Krankheitsgefühl.

Symptome

- **Affektivität:** gehobene Stimmung (Hochgefühl, beste Laune, Tendenz zu anhaltender, mitreißender, grundloser Heiterkeit), Selbstüberschätzung (»grandioses Selbst«), aber auch Gereiztheit mit Aggressivität (gereizte Manie), Distanzlosigkeit und Kritiklosigkeit im Verhalten anderen gegenüber
- **Antrieb:** starke Antriebssteigerung (erhöhte Aktivität, Tatendrang, Rededrang, unermüdliche Betriebsamkeit), evtl. starke (psychomotorische) Erregung, Enthemmung, Promiskuität, Umsetzung der sich selbstüberschätzenden Größenideen in Taten (sinnlose Käufe mit hohen Geldausgaben, wahlloses Verschenken von Gegenständen aus dem Privatbesitz, mit z. T. schädigenden Folgen für den Patienten und seine Familie); auch Aggressivität und aggressive Handlungen. Leistungsfähigkeit häufig zunächst gesteigert, dann durch Mangel an Zielorientiertheit und Fokussierung stark gemindert;
- **Denken:**
 - **formal:** Ideenflucht (Denken beschleunigt, häufig auch das Sprechen, Gedankenjagen, ständig neue Einfälle, dabei leichte Ablenkbarkeit und Sprunghaftigkeit); gelockerter Zusammenhang zwischen Gedanken und sprachlichen Äußerungen; extrem: verworrene Manie
 - **inhaltlich:** Wahnformen, synthym als Größenwahn als Ausdruck von Selbstüberschätzung und Hochstimmung, aber auch stimmungsinkongruente (parathyme) Wahnbildungen (Beobachtungs- und Verfolgungsthematik)
- **Kognitive Leistungsfähigkeit:** Subjektiv eher gesteigert, objektiv z. T. ausgeprägt mangelhafte Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit, erschwertes Lernen; kann teilweise nach Ablauf der Phase persistieren
- **Vitalsymptome:** Schlafstörungen (z. T. extremes Schlafdefizit wird subjektiv häufig nicht als quälend empfunden); gesteigerte Libido/Potenz; evtl. Gewichtsabnahme (ohne Appetitstörung)

Diagnose

Aufgrund eindrucksvoller Psychopathologie in der Regel wenig problematisch; auch hier entscheidend: charakteristischer Symptomenkomplex, typischer Verlauf. Anamnese beachten; Fremdanamnese besonders wichtig! Diagnosesicherung auch unter forensischem Gesichtspunkt wichtig. Aufgrund häufig fehlender Krankheitseinsicht u. U. Frage der Geschäfts- oder Schuldunfähigkeit. Bei (parathymen) psychotischen Symptomen ist die Manie jedoch schwierig von schizoaffektiven und schizophrenen Psychosen abzugrenzen.

Neben Manie auch:

Hypomanie: Zustand von deutlich gehobener oder gereizter Stimmung und anderen Symptomen der Manie, der mindestens vier Tage anhält, symptomatisch insgesamt weniger ausgeprägt ist und damit weniger stark in das Leben des Betroffenen eingreift. Wird häufig von Betroffenen nicht nur als angenehm, sondern als »normal« empfunden, von Angehörigen bagatellisiert und von Ärzten/Psychologen oft nicht oder fehldiagnostiziert. Medizinische und forensische Konsequenzen bei Nichtbeachtung.

Differentialdiagnose

Hyperthyme Persönlichkeit (keine Phase, sondern als dauerhafte Persönlichkeitsmerkmale meist durchgehend gehobene Stimmung, aber auch affektive Oberflächlichkeit, Kritikarmut, Schwierigkeit der Antriebsfokussierung), manische Syndrome bei somatischen Erkrankungen (psychische Begleitsymptomatik bei organischen Grundstörungen), maniforme Syndrome bei Schizophrenien (kein phasenhafter Verlauf, häufig durchsetzt mit anderen Schizophreniesymptomen), schizomanische Störung.

Therapie

Oft stationäre Therapie (auch mit Unterbringung nach dem psychiatrischen Krankengesetz) erforderlich.

- **Somatische Therapie** mit zwei verschiedenen Strategien (auch kombinierbar)

stimmungsstabilisierend: Lithium oder Valproat oder (Ox)carbamazepin, auch in Kombination miteinander

hochpotent neuroleptisch, überwiegend dann zusätzlich (!), wenn stimmungsstabilisierende Medikation nicht ausreichend, vorzugsweise sog. atypische Neuroleptika, wenn nicht ausreichend herkömmliche Neuroleptika; Phasenprophylaxe ► Kap. 16!

- **Psychotherapie:** psychotherapeutische Arbeit i. e. S. bei manischen Patienten symptombedingt äußerst schwierig (psychotische Realitätsverzerrung), psychotherapeutisch-supportive Interventionen aber immer versuchen (Beziehungsaufbau, Förderung der Compliance und der Realitätskontrolle). Bei Rückbildung der Phase Psychoedukation: Aufklärung der auslösenden Bedingungen, Vermittlung von Kenntnissen über die Erkrankung, Erlernen von Fähigkeiten zur Vermeidung von Gefährdungen. Später Versuch der Klärung und ggf. Analyse persönlicher Konfliktsituationen (häufig)

Aus der Praxis:

7

Frau M. ist eine 35jährige verheiratete Verkäuferin in einem Schuhgeschäft; sie hat zwei Kinder. Sie wird von ihrem Mann ins Krankenhaus gebracht, nachdem sie vom Hausarzt im Sinne einer Notfalleinweisung hierzu überredet wurde.

Herr M: Meine Frau ist völlig durcheinander, ich weiß überhaupt nicht, was mit ihr los ist. Sie hat seit Tagen nicht geschlafen, rennt ständig im Haus hin und her und schreit herum.

Frau M: Halt doch den Mund, Du hast überhaupt keine Ahnung, es geht mir gut, geradezu spitze, endlich mal passiert das, was ich will und dann schleppst Du mich hierher, was soll ich hier in dieser Klapsmühle?

Arzt: Frau M. könnten Sie mir aus Ihrer Sicht einmal schildern, was mit Ihnen derzeit geschieht bzw. was sich verändert hat?

Frau M: Da gibt es nichts zu schildern, Sie sehen das doch, es geht mir super und ich fühle mich frei, frei, frei und das lasse ich mir jetzt von keinem mehr nehmen. Meine Kinder müssen von der Schule abgeholt werden, aber das kann jetzt mein Mann machen, ich brauche jetzt Zeit für mich.

Arzt: Seit wann fühlen Sie sich so gut und wie befreit?

Frau M: So hätte ich mich eigentlich mein ganzes Leben lang fühlen müssen, aber jetzt geht das so seit ein paar Tagen oder ein paar Wochen oder was weiß ich was. Aber wichtig ist doch, dass ich jetzt verstanden habe, worum es überhaupt geht. Es ist einfach ein tolles Gefühl, mal so ganz aus dem vollen Leben zu können. Haben Sie das schon mal gehabt? Das würde ich Ihnen auch wünschen, das würde ich überhaupt jedem wünschen. Ich könnte mir vorstellen, dann sehe es auch in der Welt viel besser aus. Wenn ich da an unsere Politiker denke, diese verknöselten Langweiler, da muss doch mal Schwung in die Bude kommen.



Herr M.: Meine Frau hat in den letzten zwei Tagen 3000 € für Schuhe und für andere Kleidung ausgegeben, obwohl wir uns das nicht leisten können, aber sie ist nicht zu bremsen.

Frau M.: Ja das muss auch mal sein, ich will endlich mal vernünftig aussehen. Auch die Kinder brauchen mal was. Du mit Deiner ewigen Sparsamkeit gehst mir auf die Nerven, lange mache ich das nicht mehr mit.

Herr M.: Ich bin gar nicht so sparsam, wir haben doch ein ganz gutes Auto.

Frau M.: Ja wenn es um Deine Hobbys geht, aber jetzt bin ich dran und jetzt gehe ich eben so oft zur Kosmetikerin, wie ich will und als nächstes mache ich Urlaub, und zwar wo ich will und mit wem ich will, und dann nehme ich die Kinder mit, damit die auch mal aus ihrem ewigen grauen Schulalltag rauskommen. Wissen Sie, ich kann problemlos von Schuhdesign leben. Ich habe da tolle Ideen, wie man Supermodelle machen kann, ich weiß gar nicht, warum ich da noch nicht früher draufgekommen bin, aber da kann man jetzt mit neuen Materialien unheimlich viel machen. Was soll ich jetzt eigentlich hier? Ich will jetzt endlich Urlaub machen, was soll das hier eigentlich noch?

Arzt: Ich habe den Eindruck, dass Sie sich in einer Weise verändert haben, die für Sie bislang ganz untypisch ist.

Frau M.: Na klar habe ich das, und das ist auch gut so, denn jetzt kommen endlich mal die verborgenen Fähigkeiten raus, und ich kann das alles mal richtig rauslassen und mich endlich mal so entfalten wie ich will und daran wird mich auch keiner hindern.

Arzt: Ich glaube nicht, dass Sie jemand daran hindern möchte, Ihre Fähigkeiten zu entwickeln, aber mein Eindruck ist eher, dass es Ihnen im Moment schwer fällt, Ihre Gedanken und Handlungen zu ordnen, so dass Sie aus den wohl in Ihnen verborgenen Fähigkeiten auch wirklich etwas machen können.

Frau M.: Na ja, das mag schon sein, aber erst einmal bin ich völlig begeistert davon, dass das alles so aus mir rauskommt und da gibt es noch ganz andere Ideen. Zum Beispiel will ich endlich ein Buch über die Geschichte meiner Familie schreiben. Wissen Sie, meine Großmutter ist aus Ostpreußen geflohen im Krieg und hat Schreckliches durchgemacht, aber hat sich auch nicht unterkriegen lassen und da wollte ich schon lange ein Buch drüber schreiben, denn das sollen die Leute mal hören, was da los war, ich finde das gerät viel zu leicht in Vergessenheit. Die Politiker kümmern sich heute sowieso nur um ihren ganzen Finanzmist und es geht gar nicht mehr um das Schicksal der Menschen, überhaupt habe ich mir vorgenommen, mich da mal ganz kräftig einzumischen.



Arzt: Vorhin sagten Sie noch, Sie wollten sich mit der Gestaltung von Schuhen beschäftigen.

Frau M.: Ja, das mache ich auch, aber es gibt auch noch andere Aufgaben. Es muss schließlich auch politisch etwas bewegt werden, so geht das nicht weiter mit dem Unrecht in unserem Land.

Arzt: Welches Unrecht?

Frau M.: Ja mit Hartz IV und so. Das ist alles ein riesiges Unrecht, wie die Erderwärmung, da muss endlich etwas geschehen und ich fühle mich durchaus in der Lage, da an den entsprechenden Rädern zu drehen. Alle Räder stehen still, wenn ... wie war das noch mal? Da gibt es doch so einen Spruch.

Kommentar:

Die Patientin macht es einem einerseits sehr schwer die **Symptomatik zu erfragen**, auf der anderen Seite aber auch **Vertrauen aufzubauen**. Es ist kaum möglich, auch nur einigermaßen systematisch eine Symptomatik zu erfragen, da die Patientin ständig aufgrund ihrer **Ideenflucht** und **Logorrhoe** von einer zur nächsten Idee springt und diese auch ganz ungehemmt in den Diskurs einbringt. Auch interagiert sie **antriebsgesteigert** und **distanzgemindert** sehr stark mit ihrem Partner aber auch dem aufnehmenden Arzt. Es gelingt dem Arzt aber nach und nach, der Patientin das Gefühl zu vermitteln, dass sie mit ihren doch z.T. übertriebenen Phantasien von eigenen Möglichkeiten (**Größenvorstellung**) auch ernst genommen wird. Hierauf reagiert sie mit weiterer Öffnung statt mit Aggression: sie wird noch deutlicher und äußert immer mehr Ideen und so entsteht vielleicht ein erster Anflug von tragfähiger **therapeutischer Beziehung**, wenn auch vermutlich noch in sehr brüchiger Weise. Es ist sehr wichtig, sich klar zu machen, dass in der Manie allerlei in bestimmte Größenvorstellungen übertriebene Ideen auch einen **wahren Kern** besitzen können. So kann es durchaus sein, dass sich die Patientin von ihrem Mann dauerhaft eingeengt und bevormundet fühlt, in finanzieller Hinsicht drangsaliert. Ebenso ist es durchaus möglich, dass die Patientin ein bisher nicht genütztes oder gar aktiv unterdrücktes gestalterisches Talent besitzt oder auch ein durchaus vernünftiges und für sie wichtiges Interesse an politischen Fragen hat. Solche Wirklichkeitskerne in der Manie bedingten Übertreibung als Unsinn abzutun, wäre fatal und wird den betroffenen Patienten oft nicht gerecht. Außerdem verscherzt man sich hierdurch die Möglichkeit, das Vertrauen der Patienten zu erlangen, den bestimmte Themen werden von ihnen



oft nicht ganz zu Unrecht angesprochen, kommen jedoch sozusagen in der Verkleidung der manischen Übertreibung in den Diskurs. Nur wenn die Patienten spüren, dass das ärztliche Gegenüber **Verständnis für ihre Problematik** hat, wird eine freiwillige Behandlung möglich sein. Andererseits fühlen sich manische Patienten, insbesondere wenn ihre Symptomatik weniger durch **Euphorie** als durch **Reizbarkeit** geprägt ist, von sich aus leicht unverstanden und provoziert und lassen sich auf keine Behandlung ein. Hierdurch können Situationen entstehen, die dann, wenn sich die Lage zur Selbst- oder Fremdgefährdung zuspitzt, eine **Zwangsbehandlung** nach dem psychiatrischen Krankengesetz erforderlich machen. Da solche Behandlungen letztlich für die Betroffenen immer **traumatisch** sind, sollte versucht werden, solche Zuspitzungen auf dem Vorwege zu vermeiden.

7.2.4 Bipolare Störungen

Im Verlauf der Erkrankung depressive Episoden und manische Episoden bei symptomfreien (ggf. auch nur symptomarmen) Intervallen. Die depressiven Episoden sind im Querschnitt von unipolaren Depressionen nicht zu unterscheiden und oft durch eine melancholische Symptomatik gekennzeichnet. Aber auch unspezifische oder atypische Formen kommen vor. Bei der Neigung vieler Patienten, (hypo)manische Phasen zu bagatellisieren, kommt der Fremdanamnese große Bedeutung zu.

Bipolar I Störung

Die jeweiligen Erkrankungsphasen erfüllen die Kriterien für depressive bzw. manische Episoden. Insbesondere in der manischen Phase, aber auch im symptomfreien Intervall, kann Substanzmissbrauch vorkommen. Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen häufig, z. T. dissoziale Entwicklungen. Aufgrund der oft hyperthymen Primärpersönlichkeit Neigung zur Bagatellisierung der Erkrankung und der hierdurch hervorgerufenen Probleme. Familiäre Häufung von Bipolar I Störungen.

Fallbeispiel 7.1

Anamnese

Ein 52-jähriger, in zweiter Ehe verheirateter kaufmännischer Angestellter kommt mit einer schweren depressiven Symptomatik und Suizidalität zur stationären Aufnahme. Die jetzige Depression besteht seit 2 Monaten, zuvor war der Patient 1 Jahr lang gesund. Er macht sich Vorwürfe, den Kunden gegenüber versagt zu haben und befürchtet die Kündigung, die zu recht käme, da er nichts mehr wert sei, zu nichts mehr taue. Er habe seine Firma in große Schwierigkeiten gebracht. Sein Haus werde man demnächst pfänden; seine Familie stünde dann vor dem finanziellen Ruin. Am besten bringe er sich um. Alle diese Befürchtungen sind nach Angaben der Ehefrau völlig ungerechtfertigt.

Zur Vorgeschichte war zu erfahren, dass der Patient seit seinem 38. Lebensjahr an einer manisch-depressiven Erkrankung leidet, die durch die Trennung von seiner ersten Ehefrau ausgelöst worden war. Er hatte bisher 5 depressive und 2 eindeutig manische Phasen gehabt und war deshalb mehrfach in stationärer Behandlung. Im Laufe dieser Vorbehandlung war der Patient auch auf Lithium eingestellt worden, was er aber einige Zeit vor der Phase abgesetzt hatte, da er diese Medikation als nicht mehr notwendig empfand.

Befund

Der stark gehemmt wirkende, mimisch erstarrte Patient leidet während des ganzen Tages unter seiner ausgeprägt gedrückten Verstimmung. Er ist nahezu antriebslos, kann sich zu nichts aufraffen; interesselos: nichts, auch nicht sein geliebter Garten, interessiert ihn mehr. Er schläft schwer ein, wacht gegen 4 Uhr auf, ohne danach noch Schlaf zu finden, grübelt nur noch über sein vermeintliches Versagen. Seit Wochen hat er keinen Appetit, und er hat 9 kg Gewicht verloren. In der internistischen und neurologischen Untersuchung (einschließlich apparativer Verfahren) keine Hinweise auf eine relevante körperliche Erkrankung.

Diagnose

Bipolare affektive Erkrankung: Bipolar I Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit (synthymen) psychotischen Symptomen (☞ F 31.5).



Therapie und Verlauf

Die klinisch-stationäre Behandlung mit Antidepressiva brachte im Laufe von 8 Wochen eine deutliche Besserung. Der Patient konnte sich von seinem Schuld- und Verarmungswahn distanzieren. Gegen Ende der stationären Behandlung bekam er eine »hypomane Nachschwankung«, die jedoch nicht weiter exazerbierte, sondern von selbst abklang. Die Lithiumprophylaxe wurde schon während der klinischen Behandlung wieder aufgenommen.

Die Ehefrau des Patienten nahm an einer Angehörigengruppe teil und konnte dadurch mehr Verständnis für die Erkrankung ihres Mannes und den Umgang damit entwickeln.

Bipolare affektive Erkrankung: Bipolar I Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit (synthymen) psychotischen Symptomen
(☞ F 31.5)

Bipolar II Störung

Die depressiven Erkrankungsphasen erfüllen die Kriterien für die depressive Episode. Hinzu treten jedoch hypomane Episoden. Wird häufig als unipolare Erkrankung fehldiagnostiziert, wodurch mögliche therapeutische Konsequenzen (Stimmungsstabilisierung, Suizidvermeidung) zu wenig beachtet werden. Erhöhte Suizidgefahr. Substanzmissbrauch und Angsterkrankungen kommen als komorbide Störungen gehäuft vor. Primärpersönlichkeit der Patienten eher wie bei depressiven Episoden vom melancholischen Subtypus (Typus melancholicus). Homotypische familiäre Häufung von Bipolar II Störungen (► Fallbeispiel 7.2).

Zyklothymia

Persistierende, mit fluktuierender bipolarer Symptomatik einhergehende Erkrankung. Beide Pole erfüllen jedoch nicht die Kriterien für depressive bzw. manische Episoden; es liegen jeweils lediglich **subdepressive** und **hypomane** Symptomkonstellationen vor. Die Erkrankung sollte nur diagnostiziert werden, wenn die Symptomatik etwa 2 Jahre lang besteht und in dieser Zeit keine anhaltende Symptomfreiheit (2 Monate) vorgekommen ist. Zyklothymien kommen sowohl in Familien mit gehäuftem Auftreten von Bipolar I, wie von Bipolar II Störungen vor; daher eventuell symptomatisch leichtere Form bei-

der Erkrankungen. Bei Zykllothymien handelt es sich um eher seltene, aber durchaus krankheitswertige Störungen, nicht nur um Persönlichkeitsvariationen. Das diagnostische Konzept, aber auch die sich hieraus ergebenden Konsequenzen sind jedoch noch nicht genügend validiert.

Differentialdiagnose

Die Differentialdiagnose der Erkrankungsformen untereinander kann Schwierigkeiten bereiten. Die Abgrenzung von Manie und Hypomanie ist nicht einfach, aber häufig notwendig und praktisch relevant. Organische und substanzbedingte Störungen müssen ausgeschlossen werden. Letzteres kann insbesondere dadurch erschwert werden, dass bei Patienten mit bipolaren Störungen ein Substanzmissbrauch (Alkohol, Benzodiazepine, Kokain, Analeptika) nicht selten ist. Bei Vorliegen stimmungsinkongruenter (parathymer) psychotischer Symptome kann die (therapeutisch relevante) Abgrenzung von schizoaffektiven Psychosen und Schizophrenien schwierig sein und gelingt manchmal erst im Krankheitsverlauf.

Therapie

Zwei unterschiedliche Therapiestrategien:

- Therapie zunächst auf depressive oder manische Akutsymptomatik ausgerichtet: bei depressiver Phase Gabe von Antidepressiva, bei manischer Phase Gabe von hochpotenten Neuroleptika (atypische, bei Nichtansprechen typische), in Kombination mit schwach bis mittelpotenten, sedierenden Neuroleptika, eventuell Benzodiazepine. Erst anschließend (2. Schritt) stimmungsstabilisierende und phasenprophylaktische Behandlung (s. u.). Bei Manie auch akut Einsatz von Lithiumsalzen möglich wegen direkt antimanischer Wirkung; auch Antiepileptika (Valproat, Carbamazepin). Vorteil von (1): (vergleichsweise rasche und zuverlässige) Beherrschung der Akutsymptomatik, Nachteil: Risiko eines abrupten Phasenwechsels (»switch«) mit dem Risiko der Phasenakzeleration;
- Therapie zunächst auf Stimmungsstabilisierung ausgerichtet (Standard in USA): Gabe von Lithiumsalzen und/oder Valproat, (Ox)carbamazepin, ggf. Lamotrigin, auch in Kombination. Nur bei unzureichendem Ansprechen (2. Schritt) Gabe von Antidepressiva bzw. hochpotenten Neuroleptika (atypische, bei Nichtansprechen typische). Atypische Neuroleptika wie Clozapin, Olanzapin und Quetiapin haben ebenfalls stimmungsstabilisierende Wirkungen. Vorteil: Vermeidung von Phasenwechseln, Nachteil:

eventuell unzureichende Besserung der Akutsymptomatik mit entsprechender Gefährdung. In jüngster Zeit Zunahme der Bedeutung der initialen Neuroleptikatherapie zur Stimmungsstabilisierung, u.a. durch Zulassung Quetiabin, sowohl zur Monotherapie der Manie wie zur Behandlung depressiver Episoden bei bipolaren Störungen.

Langzeitprophylaxe: unumstritten notwendig; oft nicht sachgerecht durchgeführt und überwacht (!). Lithiumsalze 1. Wahl, wenn ungenügende Stabilität bzw. Wiederauftreten von Phasen, Kombination mit Antiepileptika: Valproat, Oxcarbamazepin, Lamotrigin. Wenn weiterhin instabil, Kombination von Antiepileptika. Auch Kombination mit Clozapin oder Olanzapin bzw. Quetiapien bei Versagen o. g. Vorgehensweisen möglich. Psychotherapie ist wirksam: sowohl spezifisch auf die Behandlung von Stimmungsstabilität ausgerichtete KVT wie auch die für Menschen mit bipolaren Erkrankungen eignes entwickelte »Soziale Rhythmus Therapie« nach Frank, bei der insbesondere zur Herstellung eine gleichmäßigen, strukturierten Lebensführung angeleitet wird.

Besondere Erkrankungsformen im Verlauf bipolarer Störungen

Die im Folgenden beschriebenen Störungen werden gegenwärtig nicht als eigenständige Erkrankungseinheiten, sondern als besondere Syndrome bzw. Verlaufsformen i. S. von Komplikationen bei bestehenden Bipolar I oder Bipolar II Störungen angesehen. Es handelt sich um schwerwiegende Krankheitszustände, die oft zu einer erheblichen Beeinträchtigung führen und mit ausgeprägtem Leidensdruck für die Betroffenen selbst und ihre Angehörigen verbunden sind.

Mischzustand (☉ F 31.6)

Im psychopathologischen Querschnittszustand (!) für mindestens 2 Wochen (ICD-10; DSM-IV: 1 Woche) gleichzeitiges Bestehen von Symptomen sowohl einer manischen (auch hypomanischen) als auch einer depressiven Episode (Kriterien der jeweiligen Klassifikationen müssen erfüllt sein). Typischerweise schneller Wechsel zwischen Niedergeschlagenheit, Bedrücktheit und Euphorie oder Reizbarkeit. Dabei wechselndes Antriebsverhalten mit oft durchgängiger psychomotorischer Unruhe; Ein- und Durchschlafstörung; psychotische Symptome kommen vor (meist synthym). Die Diagnose darf nur gestellt werden, wenn anamnestisch mindestens eine depressive, manische, hypomanische oder gemischte Episode vorgelegen hat.

Derart klassifizierbare Mischzustände sind selten (Zeitkriterium!), häufiger sind hingegen nur Stunden bis wenige Tage anhaltende **Mischzustände beim Phasenübergang** von der depressiven in die manische Phase oder umgekehrt.

Bei anhaltendem Mischzustand (hoher Leidensdruck, gefährlich wegen Suizidalität) stimmungsstabilisierend ausgerichtete Behandlung mit Lithium oder Valproat/(Ox)carbamazepin (auch in Kombination), ggf. zusätzlich Olanzapin; bei Versagen: EKT, anschließend erneute Pharmakotherapie. Supportive psychotherapeutische Begleitung. Beratung der Angehörigen!

Rapid Cycling

Besondere Verlaufsform bei Bipolar I oder Bipolar II Störung (bei letzterer häufiger), die sich meistens erst im Verlauf der entsprechenden Erkrankung entwickelt. Zur Diagnosestellung müssen mindestens 4 affektive Episoden innerhalb der letzten 12 Monate bestehen. Wird vermutlich begünstigt durch hohe Phasenhäufigkeit, langdauernde Behandlung mit Antidepressiva, weibliches Geschlecht, Menopause, Hyperthyreose, Stimulanzen und Alkoholmissbrauch. Schwerwiegender Krankheitszustand, der insbesondere dann zur ausgeprägten Beeinträchtigung führt, wenn nur noch kurze oder sogar keine euthymen Intervalle mehr vorkommen.

Therapie stimmungsstabilisierend; keine Antidepressiva; gute Erfahrungen mit Valproat (Lithiumsalze wirken oft nicht mehr), Kombination mit Lamotrigin oder/und Olanzapin, ggf. Clozapin. Versuch mit EKT, anschließend erneute stimmungsstabilisierende Therapie. Supportive psychotherapeutische Begleitung. Beratung der Angehörigen!

Fallbeispiel 7.2

Anamnese

Eine 48-jährige, mit einem Rechtsanwalt verheiratete und in einem kleinen Ort lebende Büroangestellte (2 Söhne am Ort in Berufsausbildung) wird vom Ehemann zur Aufnahme gebracht. Der sehr ordentliche und kontrollierende Ehemann hat über die Stimmungsschwankungen seiner Ehefrau seit Jahren sorgfältig Buch geführt. Seit 2 Wochen zeigt seine Ehefrau (erneut) ein auffälliges, diesmal jedoch die Familie sehr beunruhigendes Verhalten. Sie verbringt viel Zeit in Gaststätten, hat sich mit mehreren Männern ange-



freundet, mit einem spontan sexuellen Kontakt aufgenommen. Ebenso hat sie vermehrt Einkäufe getätigt, ohne dass diese jedoch deutlich unsinnig erschienen. Das Schlafbedürfnis ist auf etwa 4 Stunden reduziert. Es besteht ein erhebliches, für die Patientin untypisches Mitteilungsbedürfnis, wobei der formale Gedankengang leicht beschleunigt und etwas gelockert, aber im Wesentlichen geordnet bleibt. Die plötzliche Umtriebigkeit der Patientin hat viel Aufsehen im Ort erregt; der Ehemann und die Söhne fühlen sich in ihrem Ansehen zunehmend beschädigt. Versuche, auf die Patientin einzuwirken, werden von ihr zurückgewiesen. Der alarmierte Hausarzt verfügt die Krankenhauseinweisung.

Eine weiterführende Anamnese ist von der Patientin selbst nur bruchstückhaft zu erhalten. Sie berichtet von depressiven Phasen, die früher über Monate angehalten haben, in letzter Zeit jedoch nur noch 1–2 Wochen gedauert haben. Sie möchte hierüber jedoch nicht sprechen, das läge alles hinter ihr, sei nicht mehr wichtig. So gut wie derzeit habe sie sich bereits früher, in letzter Zeit jedoch öfters gefühlt; hierdurch zeige sich, dass sie sich jetzt selbst aus ihrer Krankheit befreie. Fremdanamnestisch lässt sich (bei überangepasst wirkender, zwanghaft-sorgfältiger und leistungsorientierter Persönlichkeit) eine erste, 6 Monate anhaltende schwere depressive Episode vor 15 Jahren sichern, danach weitere 2 abgrenzbare schwere depressive Phasen bis vor zwei Jahren, jeweils mit Ansprechen auf ambulante nervenärztliche Behandlung. Bis vor 2 Jahren auch 2 Phasen von etwa 3 Monaten Dauer, in denen die Patientin ähnlich hochgestimmt war wie derzeit; hier keine Behandlung, wurde aber von der Umgebung als persönlichkeitsfremd empfunden. Seit 2 Jahren ständiger Wechsel von kürzeren depressiven Episoden (mit Gefühl innerer Leere und ausgeprägter Antriebslosigkeit) und Phasen von Hochstimmung (für jeweils etwa 4 Wochen); nur wenige Tage dazwischen »wie früher«; innerhalb von 2 Jahren lassen sich etwa 18–20 Phasen abgrenzen. Ambulant längerfristige Behandlung mit Antidepressiva.

Befund

Bei der Aufnahme ist die Patientin leicht euphorisch verstimmt, aber auch reizbar, insbesondere bei als kränkend empfundener Konfrontation mit



möglicherweise problematischem Verhalten. Sie empfindet ihren Zustand als völlig in Ordnung und als innere und äußere Befreiung von behindernder bürgerlicher Konvention. Ihr Antrieb ist gesteigert; sie scheint sich für alles, was auf der Station passiert, zu interessieren, möchte überall mithelfen; es gelingt ihr jedoch nur schwer, eine Aufgabe vollständig zu bewältigen. Nachts schläft die Patientin spontan etwa vier Stunden; sie wirkt morgens besonders rastlos und unruhig, dabei stimmungslabil.

Diagnose

Bipolar II Störung mit Rapid Cycling (☞ F 31.8).

Behandlung und Verlauf: Zunächst stationär rein stimmungsstabilisierend mit Lithiumcarbonat in Kombination mit Valproat; hierunter deutliche Besserung, dann leichter depressiver Stimmungseinbruch, der mit einem SSRI aufgefangen werden konnte und in der Folge wieder herunterdosiert wurde. Psychotherapeutische Intervention unter regelmäßigem Einbezug der Familie: Aufklärung über die Erkrankung, Vermeidung von Auslösesituationen, aber auch Aufgreifen langjähriger gegenseitiger Frustration zwischen den Ehepartnern, Herausarbeiten eigener Ziele der Patientin und Möglichkeiten zu deren Verwirklichung. Nach 4-monatiger stationärer Behandlung anhaltende Stimmungsstabilisierung.

Klinischer Hinweis

Das Beispiel zeigt auch, wie schwierig die Abgrenzung eines symptomatisch eher milde ausgeprägten Krankheitszustands (hier: Hypomanie) von einer »normalen« und zumindest z. T. nachvollziehbaren Reaktion auf problematische Lebensumstände sein kann, insbesondere dann, wenn beide Sachverhalte einander durchdringen. Es wird so vorstellbar, wie weit Beurteilungen von Laien und Psychiatern bei entsprechenden Sachlagen divergieren können. Bei der Patientin lag jedoch (bei aller Anerkennung persönlicher und gesellschaftsgebundener Konflikte) eine eindeutig erkennbare affektive Erkrankung vor, deren Nichtbehandlung vermutlich fatale Folgen für alle Beteiligten gehabt hätte. Die Behandlung muss auch die Einbettung der Erkrankung in psychosoziale Bedingungen und die Persönlichkeitsentwicklung mitberücksichtigen.

Bipolar II Störung mit Rapid Cycling (☞ F 31.8)

7.2.5 Komorbidität bei affektiven Erkrankungen

Die modernen, deskriptiv orientierten Klassifikationen lassen das Nebeneinanderbestehen mehrerer psychischer Störungen zu.

Es ist jedoch diagnostisch und therapeutisch besonders wichtig zu prüfen, ob ein tatsächliches Nebeneinanderbestehen zweier Erkrankungseinheiten vorliegt, oder aber ob sich eine krankheitstypische Symptomatik erst in engem Zusammenhang mit einer bestimmten Krankheitsentität entwickelt. So handelt es sich bei der anhaltenden Angst, Unruhe und Neigung zum Sich-Sorgen, das im Rahmen einer depressiven Episode recht häufig vorkommt, nur dann um eine echte generalisierte Angststörung (☞ F 41.1), wenn diese Symptomatik auch unabhängig von der depressiven Episode bestanden hat. Ist dies nicht der Fall, gehen die genannten Symptome in der Symptomatik der depressiven Episode auf, mit der therapeutischen Konsequenz der Einleitung einer Depressionsbehandlung. Das Vorliegen einer echten Komorbidität stellt generell eine komplexe Situation dar, die intensive Behandlungsmaßnahmen erfordert.

Klinisch relevante Konstellationen

- **Komorbidität von Dysthymia und depressiver Episode (»double depression«):** bei bestehender Dysthymia tritt eine depressive Episode auf; i. A. schwere Beeinträchtigung und hoher Leidensdruck; erfordert systematische und intensive Therapie mit Antidepressiva (ggf. EKT) und Psychotherapie, wobei letztere insbesondere nach Rückbildung der depressiven Episode erforderlich ist; sonst hohe Rückfallgefahr
- **Komorbidität mit Angsterkrankungen:** hohe Komorbidität sowohl bei depressiven Episoden, Dysthymia und bipolaren Erkrankungen. Komorbidität über die Lebensspanne ca. 50 %, in erster Linie mit Panikstörung, Agoraphobie, sozialer Phobie, generalisierter Angsterkrankung; die Angststörung darf nicht im Rahmen der affektiven Störung aufgetreten sein und sich mit ihr zurückbilden; zunächst Behandlung der Depression, danach störungsspezifische Behandlung der Angsterkrankung
- **Komorbidität mit Zwangserkrankungen:** kommt wesentlich seltener vor; Lebenszeitkomorbidität bei bipolaren Störungen höher (ca. 20 %?) als bei unipolaren (ca. 10 %?); etwa 1/3 der Patienten mit Zwangserkrankungen entwickeln mindestens eine depressive Episode; Abgrenzung gegen zwanghafte (anankastische) Depression, bei der die depressive Sympto-

matik i. e. S. von einer Zwangssymptomatik nahezu maskiert wird (► oben)

- **Komorbidität mit Essstörung:** häufig Depression bei Essstörungen, seltener E. bei vorausgehenden affektiven Erkrankungen; bei vorliegender Anorexie/ Bulimie in etwa 75 % Dysthymia oder depressive Episode; gleichzeitige Behandlung von Essstörung und Depression
- **Komorbidität mit somatoformen Störungen:** selten auf dem Boden einer affektiven Störung; andersherum jedoch häufig, Lebenszeitkomorbidität von affektiven Störungen (depressive Episoden, Dysthymien) etwa 75 %; antidepressive Behandlung
- **Komorbidität mit Substanzmissbrauch und -abhängigkeit:** Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit bei etwa 15 % der Patienten mit unipolaren Depressionen (aber selten bei Melancholie), bei etwa 30 % mit Dysthymia, aber bei etwa 60–70 % mit bipolaren Störungen; Cannabis-, Kokain- und Analeptikamissbrauch ebenfalls häufig; therapeutisch: Absetzen der Substanzen ggf. Entzug, danach antidepressive bzw. stimmungsstabilisierende Behandlung; Langzeitprophylaxe!
- **Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen:** bei etwa 50 % aller Patienten mit affektiven Erkrankungen; häufig: ängstlich-vermeidende, abhängige, aber auch emotional instabile und histrionische sowie »gemischte« Persönlichkeitsstörung; bei bipolaren Erkrankungen nicht selten dissoziale Persönlichkeitsentwicklungen; bei ausgeprägter Störung erschwerte Behandlung der affektiven Symptomatik (besonders schwierig und nicht selten: Persönlichkeitsstörung und »double depression«); zunächst Behandlung der depressiven Symptomatik, dann der Persönlichkeitsstörung in geeignetem Setting (vorzugsweise ambulant)

Tipps und Tricks:

In der Diagnostik und Therapie depressiver Erkrankungen können viele Fehler gemacht werden und werden auch gemacht! Dieses kurze Kapitel zeigt schon die Komplexität der Materie! Sie wird noch komplexer, wenn man die organisch (mit) verursachten depressiven Syndrome einerseits und andererseits die Komorbidität mit organischen Erkrankungen (Diabetes mellitus, Z. n. zerebralem Insult, koronare Herzerkrankung u.a.) miteinbezieht. Es ist daher ratsam, wenn Patienten im Verlauf der Behandlung, wenn nicht gleich von Beginn an, von mehr als einem Behandler sorgfältig untersucht werden



(auch körperlich!), so wie dies in jeder guten Klinik auch geschieht (und viel Zeit und Mühe in Anspruch nimmt). Eine solche Vorgehensweise wäre auch im ambulanten Bereich, insbesondere bei diagnostisch nicht ganz sicher einzuordnenden Patienten klug (also z. B. Untersuchung durch Psychiater und psychologischen/ärztlichen Psychotherapeuten)!

Fallbeispiel 7.3

Anamnese

Eine 64 jährige, verwitwete Frau kommt nach einem Suizidversuch in klinische Behandlung. Zu Belastungen in ihrem derzeitigen Leben war zu erfahren, dass ihr Ehemann 6 Monate vor der Aufnahme nach längerem Krebsleiden verstorben war. Die gezieltere psychiatrische Exploration zeigte, dass die Patientin den Tod ihres Mannes in besonderer Weise wahnhaft verarbeitet hatte: Sie wähnte, ihren Mann mit einer Dosis eines Schmerzmittels umgebracht zu haben, was nun auch in den Zeitungen stünde und sogar über die Nachrichten verbreitet würde: Sie sei eine Mörderin!

Befund

Bei der Aufnahme wirkt die Patientin ausgeprägt traurig-verstimmt. Sie war stark antriebsgemindert, gehemmt und in der mimischen Modulation herabgesetzt. Sie wirkte erheblich abgemagert, da sie in den letzten 4 Monaten keinen Appetit hatte. Ferner berichtet sie über Ein- und Durchschlafstörungen, Früherwachen und quälendes morgendliches Grübeln. Die ausgeprägte morgendliche Verstimmung und Antriebshemmung besetzte sich regelhaft gegen Abend etwas. Synthymes Wahnerleben im Sinne eines Schuldwahns. Keine Hinweise auf eine relevante körperliche Erkrankung.

Diagnose

Unipolare affektive Erkrankung: Depressive Episode, melancholischer Subtypus mit (synthymen) psychotischen Symptomen (☞ F 32.3).



Therapie und Verlauf

Diese Wahngewissheit war eng mit der depressiven Symptomatik verknüpft und hatte in diesem Fall auch einen ganz spezifischen lebensgeschichtlichen Hintergrund: Die Mutter der Patientin hatte ihren Ehemann (den Vater der Patientin) mit Tabletten vergiftet, nachdem dieser sie mehrfach betrogen und mit einer Geschlechtskrankheit angesteckt hatte. Die Mutter war daraufhin für viele Jahre ins Zuchthaus gekommen, und die Patientin war bei Verwandten aufgewachsen. Die Erkrankung und der dann folgende Tod des Ehemannes hatten möglicherweise diese frühe Szene wiederbelebt und zu einer wahnhaften Verarbeitung durch eine Identifizierung mit einer »mörderischen Mutter« geführt.

Nach einer längeren antidepressiven Pharmakotherapie und einer vorsichtig aufdeckenden Psychotherapie, die genau dieses eine biographische Detail schwerpunktartig beinhaltete, löste sich die depressiv-wahnhafte Symptomatik nach einer Behandlungsdauer von 3 Monaten allmählich auf.

Unipolare affektive Erkrankung: Depressive Episode, melancholischer Subtypus mit (synthymen) psychotischen Symptomen (☞ F 32.3)

Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie

Arolt, V.; Reimer, C.; Dilling, H.

2011, XX, 516 S., Softcover

ISBN: 978-3-642-16578-8