

Fall des Jahres 2019 Psychiatrie

Ambulante Krisenintervention bei akuter manischer Episode

Fallvignette Herr S., 70-jährig

- Bekannte bipolare Störung, St. n. mehreren stationären Behandlungen (letztmals vor mehr als 10 Jahren), damals mit äFU, Polizei, traumatisch erlebt.
- Über Jahre stabil unter Lithium-Therapie, im Frühjahr 2019 selbständig abgesetzt.
- 05/2019 notfallmässige Zuweisung durch den HA zur psychiatrischen Beurteilung.

Klinischer Befund bei Aufnahme

- Gepflegtes Äusseres, im Verhalten etwas distanzgemindert (duzt die Untersucher), in der Untersuchung kooperativ und lenkbar. Konzentration leicht vermindert, mnestisch leichte Zeitgitterstörung, das formale Denken sprunghaft, weitschweifig, etwas beschleunigt wirkend. Kein Wahn im engeren Sinn, Grössenideen, keine Halluzinationen. Stimmung insgesamt gehoben, stark schwankend, vermindertes Schlafbedürfnis. Antrieb gesteigert, nicht gespannt oder aggressiv, nicht akut suizidal.
- Labor: TSH minimal supprimiert bei normalem fT3 und fT4, ansonsten bland
- EKG ohne für die Therapie relevanten Befund.
- Bildgebung wurde verzichtet (Unruhe, nicht Erstepisode)

- Arbeitshypothese: manische Dekompensation nach Sistieren der stimmungsstabilisierenden Medikation

Verlauf

- Stationäre Behandlung wird von Herrn S. abgelehnt.
- Ambulante Behandlung mit:
 - sofortigem Beginn einer medikamentösen Behandlung (Lithium, Olanzapin, Temesta), entspricht früherer Akutbehandlung
 - engmaschigen Terminen im Ambulatorium (zunächst 2 Termine pro Woche) und Kontrollen bei Hausarzt (Lithium-Spiegel)
- Zu Beginn der Behandlung noch Rückmeldungen vom Umfeld wegen umtriebigen, teils inadäquaten Verhaltens
- Innerhalb von 2 Wochen Abklingen der Manie, subjektiv vom Patienten nicht angenehm erlebt, fühlte sich antriebsgehemmt und energiearm, selbständige Reduktion der Medikation auf frühere Erhaltungsdosis.
- Im Verlauf Remission, Abschluss der Behandlung 10/2019

Klassifikation bipolares Spektrum

- Bipolar-I-Störung: manische Phasen (und) Major Depression
- Bipolar-II-Störung: hypomane Phasen und Major Depression
- Zykllothyme Störung: zahlreiche hypomane und depressive Phasen ohne die Kriterien für Depression oder Manie zu erfüllen
- «Hyperthyme Menschen»

Epidemiologie

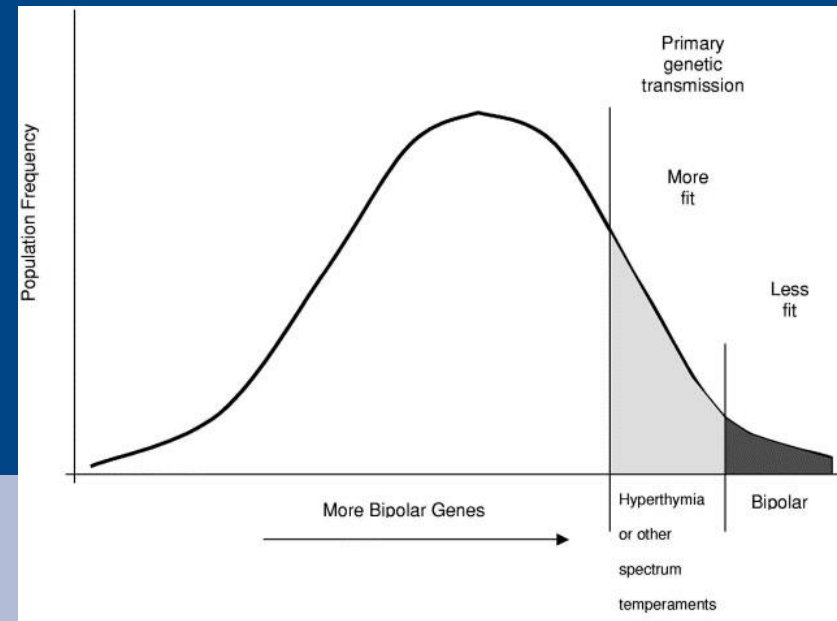
- Lebenszeitprävalenz,:
 - BP I: 1%, w=m, Ersterkrankungsalter 18.2J
 - BP II: 1.1%, w>m, Ersterkrankungsalter 23.3J
 - BP gesamt 3.9-4.4%
- Risiko 10fach erhöht bei erstgradig Verwandten

Voderholzer et al

Genetik

- Theorie vom polygenetischen Kontinuum, je mehr Polygene jemand hat, desto ausgeprägter die Störung (hyperthym -> cyclothym -> BP II -> BP I)

Voderholzer et al



Symptome der manischen Episode

- Gehobene Stimmungslage, nicht situationsangepasst, von sorgloser Heiterkeit bis fast unkontrollierbare Erregung
- Überaktivität, Rededrang, gesteigerter Antrieb
- Vermindertes Schlafbedürfnis (kein Leidensdruck wegen wenig Schlaf)
- Verlust sozialer Hemmungen
- Konzentration reduziert, starke Ablenkbarkeit, Desorganisation
- Grössenideen, Selbstüberschätzung, massloser Optimismus
- Aggression
- Bei schwerer Ausprägung auch Wahn, Halluzinationen, Zerfahrenheit
- Dauert mind. eine Woche, berufliches und soziales Funktionieren ist weitgehend verunmöglicht (im Gegensatz zur Hypomanie)
- Oft wenig Leidensdruck (im Gegensatz zur Depression)

Symptome der manischen Episode

- Gehobene Stimmungslage, nicht situationsangepasst, von sorgloser Heiterkeit bis **fast unkontrollierbare Erregung**
- Überaktivität, Rededrang, gesteigerter Antrieb
- Vermindertes Schlafbedürfnis (kein Leidensdruck wegen wenig Schlaf)
- Verlust sozialer Hemmungen
- Konzentration reduziert, starke Ablenkbarkeit, Desorganisation
- Grössenideen, Selbstüberschätzung, massloser Optimismus
- **Aggression**
- **Bei schwerer Ausprägung auch Wahn, Halluzinationen, Zerfahrenheit**
- Dauert mind. eine Woche, berufliches und **soziales Funktionieren ist weitgehend verunmöglicht** (im Gegensatz zur Hypomanie)
- Oft **wenig Leidensdruck** (im Gegensatz zur Depression)

Therapie

- Unterscheidung zwischen kurativer (für die akute Erkrankungsphase) und rezidivprophylaktischer (Verhindern zukünftiger Episoden) Therapie.
- «4 Säulen»:
 - Psychopharmakologische und andere biologische Therapien
 - Psychotherapie und Psychoedukation
 - Sozialtherapeutische Massnahmen inkl. Reha
 - Selbsthilfe

Grundsatz!

- Ausschliesslicher Einsatz von Antidepressiva ist kontraindiziert wegen deutlich erhöhter Gefahr eines Switchs in eine manische Phase, immer mood stabilizer plus ggf. Antidepressiva
- AD OR 2.98 für Switch in den ersten drei Monaten
- AD+MS keine erhöhte OR

Licht et al, 2008

Viktorin et al, 2014

Akuttherapie (Manie)

- Lithium, 1. Wahl
- Valproat (Depakine®, Orfiril®) gut wirksam bei Rapid Cycling, 1. Wahl
- Carbamazepin (Tegretol®) 2. Wahl
- Atypika (Olanzapin, Quetiapin, Aripiprazol) 1. Wahl, ggf. auch als Augmentation zu Lithium oder Valproat
- Zusätzlich Benzodiazepine

Akuttherapie (bipol. Depression)

- Lithium (ggf. Dosiserhöhung falls vorbestehend, cave Intoxikation)
- Lamotrigin (Problem langsame Aufdosierung)
- Quetiapin oder andere Atypika, insbesondere bei psychotischer Depression
- Kombi mit einem AD oft notwendig
 - Switch-Risiko bei Trizyklika > NSRI > SSRI

Rezidivprophylaxe

- Möglichst frühzeitig, bei BP I >90% Rezidivwahrscheinlichkeit ohne Ther.
- Bei Herrn S. ist genau das passiert
- Ziel eine normale Lebensführung ermöglichen
- Mood stabilizer!
- Plus die 3 anderen Säulen

Auswahlkriterien

- Wirksamkeit in Akut- und Erhaltungstherapie
- Früheres Ansprechen in der Eigen- und Familienanamnese
- Verträglichkeit, Sicherheitsprofil
- Verlaufscharakteristika der Erkrankung
- Compliance (->Thema Depotmedikation)
- Komorbide Erkrankungen
- Suizidgefährdung (-> Lithium protektiv)

Take-Home-Message

- Rezidivwahrscheinlichkeit bei bipolarer Störung ohne Medikation ist hoch
- Frühzeitiges Reagieren bei sich anbahnender manischer Episode kann Hosp. verhindern
- Keine alleinige antidepressive Medikation, immer stimmungsstabilisierende M. plus AD