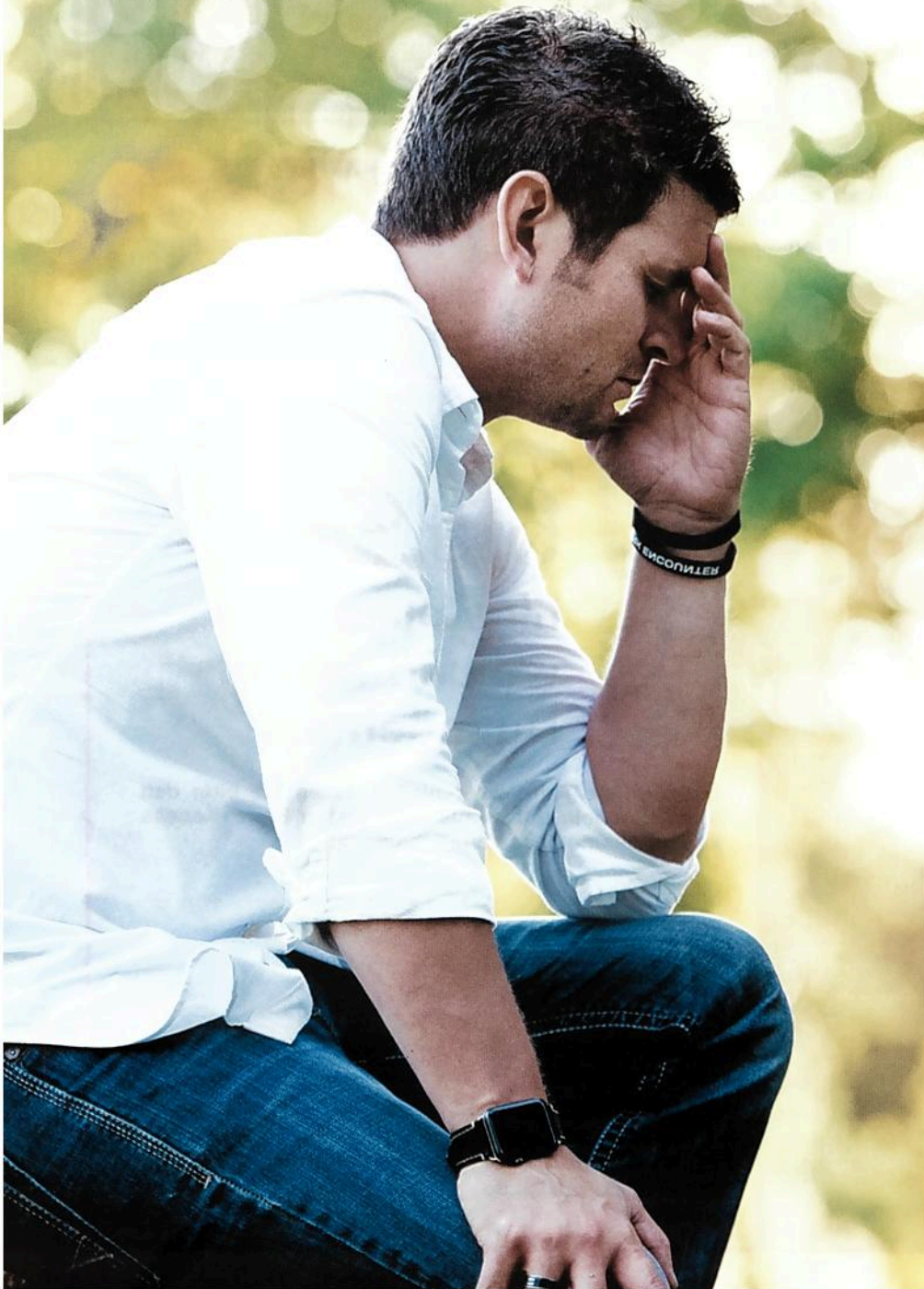


Depression nach Schlaganfall

Die sogenannte Poststroke Depression ist eine häufige psychiatrische Begleiterkrankung nach einem Schlaganfall, die sich auch negativ auf körperliche und kognitive Einschränkungen auswirken kann.



Es ist bekannt, dass es nach Schlaganfällen für die Betroffenen häufig zu ernsthaften Beeinträchtigungen kommt. Insbesondere, wenn durch den Schlaganfall lebensnotwendige Funktionen betroffen sind, liegt das medizinische Hauptaugenmerk zunächst auf der Diagnose und Behandlung dieser zentralen Vitalfunktionen und weiterer körperlicher Beeinträchtigungen. Später konzentriert sich die Diagnostik und Behandlung der Patienten zusätzlich auf kognitive und sprachliche Funktionen durch Neuropsychologen, Logopäden und Ergotherapeuten.

PSD gefährdet den Reha-Erfolg

Oft kommt es nach Schlaganfällen allerdings auch zu psychischen Veränderungen. Zum einen werden häufig spezifische neuropsychiatrische Syndrome beobachtet wie das pathologische Weinen, psychische Labilität, Apathie oder Agitation, zum anderen treten aber auch psychische Störungen auf, wie sie bei psychiatrischen Patienten ohne umschriebene Hirnläsion bekannt sind. Schon allein die Depression nach Schlaganfall, die Poststroke Depression (PSD), entwickelt sich in den ersten fünf Jahren bei circa einem Drittel der Patienten (Hackett & Pickles, 2014). Als ursächlich gelten sowohl schlaganfallbezogene Faktoren, wie zum Beispiel die Schädigung depressionsrelevanter neuronaler Netzwerke bei linksfrontalen (und basalganglienbezogenen) Schädigungen (Illut et al., 2017; Zhang, Zhao, Fang, Wang, & Zhou, 2017), ein allerdings kontrovers diskutierter Faktor (Nickel & Thomalla, 2017; Robinson & Jorge, 2016), und prä-morbid bestehende Faktoren (Anm. der Red.: bereits vor dem Schlaganfall bestehend), wie etwa eine Vorgeschichte mit psychischen Störungen (De Ryck, Brouns, et al., 2014). Weiterhin sind auch psychosoziale Faktoren beispielsweise eine fehlende familiäre Unterstützung nach dem Schlaganfall, für die Depressionsgenese relevant (De Ryck, Brouns, et al., 2014). Mittlerweile ist bekannt, dass die PSD nicht nur eine schwere Belastung für die Patienten und ihre

Angehörigen darstellt, sondern zusätzlich die kognitiven Leistungen verschlechtert, das Rehabilitationspotenzial beeinträchtigt und die Wahrscheinlichkeit für einen weiteren Schlaganfall erhöht (Robinson & Jorge, 2016). Die vorliegenden Studien belegen sogar eine erhöhte Mortalitätsrate für depressiv erkrankte Schlaganfall-Patienten gegenüber Schlaganfall-Patienten ohne Depression (Robinson & Jorge, 2016).

Eine valide Diagnose ist unerlässlich

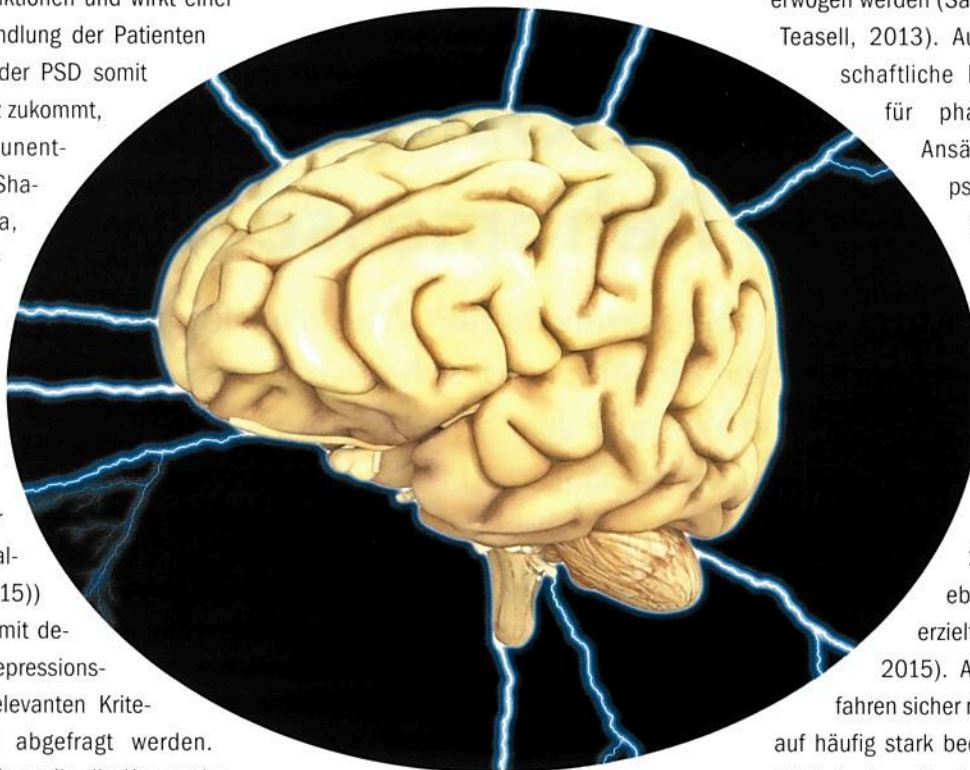
Eine PSD ist somit nicht nur eine für die Patienten äußerst belastende Erfahrung. Zusätzlich beeinflusst sie also auch weitere gesundheitliche Funktionen und wirkt einer erfolgreichen Behandlung der Patienten entgegen. Obwohl der PSD somit eine große Relevanz zukommt, bleibt sie häufig unentdeckt (Dafer, Rao, Shaareef, & Sharma, 2008). Für eine valide Depressionsdiagnose müssen interviewbasierte Diagnostikverfahren (z.B. das Strukturierte Klinische Interview für DSM, das SKID (Falkai & Wittchen, 2015)) eingesetzt werden, mit denen die für eine Depressionsdiagnosestellung relevanten Kriterien systematisch abgefragt werden. Dabei hat sich größtenteils die Konvention durchgesetzt, bei Schlaganfall-Patienten die gleichen Kriterien wie bei psychiatrisch erkrankten Patienten einzusetzen (insbesondere die Kriterien für die Major Depression bzw. die Depressive Episode). Für die Feststellung des Depressionsschweregrades und für ein erstes Screening können Selbst- und Fremdratingverfahren zum Einsatz kommen. Eine besondere Herausforderung stellt die Depressionsdiagnose bei aphasischen Patienten dar (Laures-Gore, Farina, Moore, & Russell, 2017). Im Rahmen von Interviews

muss dann oft auf anderweitig verfügbare Informationen zurückgegriffen werden, zum Beispiel aus der Krankenakte oder durch die Befragung der Angehörigen. Selbstratingverfahren sind bei schwereren Aphasien insgesamt nicht zielführend. Dieses diagnostische Problem ist besonders relevant, da die PSD bei aphasischen Patienten vermehrt auftritt, zumindest in den ersten Monaten nach dem Schlaganfall (De Ryck, Franssen, et al., 2014).

Wie wird PSD behandelt

Nicht nur bei der Diagnostik, sondern auch bei der Therapie der PSD, wird sich an dem bei psychiatrischen Patienten bewährten

stimulation (McIntyre, Thompson, Burhan, Mehta, & Teasell, 2016) deuten sich an. Insgesamt zeigt sich, dass mit diesen bewährten Verfahren nicht nur die PSD selbst behandelbar ist, sondern auch depressionsassoziierte Komplikationen, wie insbesondere die erhöhte Mortalität, verringert werden (Jorge, Robinson, Arndt, & Starkstein, 2003). Eine weitere Strategie im Umgang mit der PSD besteht darin, nach einem Schlaganfall bereits depressionspräventiv tätig zu werden. Erste Daten zeigen, dass bei vielen präventiv behandelten Patienten tatsächlich eine PSD verhindert werden kann. Insbesondere bei Patienten mit vielen Risikofaktoren für die Entwicklung einer PSD sollte deshalb eine präventive Behandlung erwogen werden (Salter, Foley, Zhu, Jutai, & Teasell, 2013). Auch hier liegt wissenschaftliche Evidenz insbesondere für pharmakotherapeutische Ansätze vor. Studien mit psychiatrischen Patienten deuten jedoch an, dass mit psychotherapeutisch orientierten Verfahren, beispielsweise mit der Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT, (Segal, Williams, & Teasdale, 2012)) zumindest ebenso gute Ergebnisse erzielt werden (Kuyken et al., 2015). Auch wenn solche Verfahren sicher nicht immer eins zu eins auf häufig stark beeinträchtigte Schlaganfall-Patienten übertragen werden können, wäre eine wissenschaftlich begleitete Erprobung solcher Ansätze wünschenswert.



psychotherapeutischen und somatischen Verfahren orientiert. Leider ist die Datenbasis insbesondere für die Psychotherapie noch dünn, wobei erste Studien belegen, dass psychotherapeutische Behandlungsansätze wirksam sind (Stalder-Luthy et al., 2013). Psychopharmakotherapeutische Ansätze zeigen gute Erfolge (Robinson & Jorge, 2016) und auch die Wirksamkeit anderer somatischer Behandlungsverfahren wie die elektrokonvulsive Therapie (Currier, Murray, & Welch, 1992) oder transkraniale Magnet-

kontakt

Prof. Dr. Thomas Beblo
Gesellschaft für Neuropsychologie
e.V. (GNP) Geschäftsstelle
Postfach 11 05, 36001 Fulda
☎ 0661/9019665
www.gnp.de