

Bachelorarbeit

Medizinische Universität Graz
Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Affektive Störungen

Anja Hattenberger 0933381

Geb. 20.05.1990

Lehrveranstaltung:

Physiologie

Betreuerin:

Ao. Univ. Prof. Dr. Anna Gries

Institut für Physiologie

Harrachgasse 21/V, 8010 Graz

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
1. Definitionen	7
1.1 Affekt.....	7
1.2 Affektivität.....	7
1.3 Affektive Störung.....	7
2. Klassifikation	8
2.1 ICD-10.....	8
2.2 DSM-IV.....	9
3. Unipolar	10
4. Bipolar	11
4.1 Bipolar I.....	12
4.2 Bipolar II.....	12
5. Ursachen unipolar und bipolar affektiver Störungen	13
5.1 genetische Ursachen.....	14
5.2 neurofunktionale Ursachen.....	15
5.2.1 Die Nervenzelle.....	15
5.3 psychologische Ursachen.....	17
5.3.1 Das Kindling Modell.....	19
6. Manie	19
6.1 Symptome.....	19
6.2 Verlauf.....	21
6.3 Kriterien.....	23
7. Hypomanie	23
7.1 Symptome.....	24
7.2 Verlauf	25
7.3 Kriterien.....	25
8. Depression	26
8.1 Symptome.....	27
8.2 Verlauf.....	28
8.3 Kriterien.....	29
9. Gemischt bipolare Episode	30
9.1 Symptome.....	30
9.2 Verlauf	31
9.3 Kriterien	31

10. Rapid Cycling	32
11. Anhaltende affektive Störungen	33
11.1 Zylothymia.....	33
11.2 Dysthymia.....	33
12. Epidemiologie	33
13. Therapie	35
13.1 medikamentöse Therapie.....	37
13.1.1 Stimmungsstabilisierer.....	38
13.1.2 Antidepressiva.....	38
13.1.3 Antiepileptika.....	39
13.1.4 Antipsychotika/Neuroleptika.....	40
13.1.5 Benzodiazepin.....	40
13.2 nicht-medikamentöse Behandlung.....	40
13.2.1 Elektrokrampftherapie.....	41
13.2.2 Psychotherapie.....	41
Zusammenfassung	43
Diskussion	44
Literaturverzeichnis	45
Abbildungsverzeichnis	47

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzen Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz am,

Unterschrift

Anja Hattenberger
(Anja Hattenberger)

Einleitung

„Jeder Mensch hat bei sich selbst bestimmt schon Stimmungsschwankungen festgestellt. Wir ärgern uns, wenn wir zu unrecht gerügt werden oder freuen uns über ein Lob. Diese Stimmungsveränderungen sind ganz normale Reaktionen auf entsprechende Lebenssituationen und ein wesentlicher Bestandteil unseres täglichen Lebens. Im Gegensatz dazu kommt es bei Menschen, die an bipolaren Störungen leiden, zu völlig übersteigerten Stimmungsschwankungen“ (DGBS, 2011, S.1).

Mit dem Thema der affektiven Störungen kam ich erstmals in der Lehrveranstaltung des freien Wahlfaches „Psychiatrie“ in Berührung. Ebenfalls leidet in meinem persönlichen Umfeld jemand an schweren Depressionen. Die Depression allein hat mich jedoch nie so fasziniert wie die affektiven und dabei vor allem die bipolaren Störungen.

Aus Interesse zum Thema habe ich mich weiter damit beschäftigt und erste Literatur dazu gesucht. Als ich mir sicher war, dass ich meine Bachelorarbeit zu „affektiven Störungen“ verfassen möchte, bekam ich von Frau Dr. Gries die Möglichkeit, dies im Rahmen der Lehrveranstaltung „Physiologie“ zu machen.

Die Hauptfrage die ich mir am Beginn der Arbeit gestellt habe und auf der meine Arbeit aufbaut ist: „Was sind affektive Störungen, wo liegen ihre Ursachen und wie können sie wirksam behandelt werden?“

Auf Grund dieser Frage begann ich mit der Literaturrecherche und stellte mir weiter relevante Fragen. „Wie äußert sich die Erkrankung und wie lässt sie sich unterteilen?“ „Welche Symptome treten auf und welche Kriterien müssen erfüllt sein damit man von einer affektiven Störung sprechen kann?“

Am Beginn meiner Arbeit bearbeite ich verschiedene Definitionen und Klassifikationen. Danach beschäftige ich mich mit den verschiedenen Erscheinungsformen, den Ursachen sowie Symptomen, Verlauf und Kriterien zur Unterteilung.

Am Ende gebe ich einen kurzen Überblick zur Epidemiologie und zu den verschiedenen Therapieformen. Bei der Therapie habe ich nur einzelne Formen ausgewählt, da die

Bearbeitung aller bekannter Therapien den Rahmen gesprengt hätte.

Bei den affektiven Störungen handelt es sich um ein relevantes Thema, obwohl es nicht erst zu einer Erscheinung der Neuzeit gehört. Bereits in der Antike beschrieben erste Beobachter eine Zusammengehörigkeit von Melancholie (Depression) und Manie. Doch das Unwissen über diese Erkrankung und die Scheu, sich mit psychischen Erkrankungen überhaupt auseinanderzusetzen, ist in der Öffentlichkeit immer noch sehr groß.

Die Bipolar affektive Störung, unter der etwa fünf Prozent der Menschen leiden, zählt zu den häufigsten psychischen Erkrankungen in Mitteleuropa. In Österreich sind es etwa 400.000 Menschen, die täglich ein Leben zwischen Manie und Depression führen (Kasper et al., 2006, S.3).

1. Definitionen

1.1 Affekt

Das Wort Affekt stammt vom lateinischen „affectus“ Gemütsverfassung ab. Es bezeichnet eine kürzer oder länger anhaltende und intensive Gefühlsregung (z.B. Freude, Wut, Trauer), die das Denken, Fühlen und Handeln eines Individuums prägt. In der Regel ist der Affekt mit physiologischen (vegetativen) Korrelaten wie zum Beispiel Gesichtsrötung, Schwitzen, einem verminderten oder erhöhten Muskeltonus verbunden. Der Affekt ist eindeutig von der Stimmung oder der Emotion zu unterscheiden, da es sich hierbei um länger andauernde Grundbefindlichkeiten handelt (Psychyrembel Premium Online, 2012, Affekt).

1.2 Affektivität

Das Wort Affektivität kommt von dem lateinischen „afficere“ und bedeutet einwirken oder befallen.

Es ist eine Bezeichnung für die Gesamtheit des Gefühls- und Gemütslebens mit Stimmungen, Emotionen und Trieben. Affektivität bestimmt die persönliche Tönung des Erlebens. Die Grundstimmung beeinflusst auch das Ausmaß und die Qualität der Affekte (Psychyrembel Premium Online, 2012, Affektivität).

1.3 Affektive Störung

Diese Gruppe enthält Störungen, deren Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität entweder in Richtung Depression - mit oder ohne begleitende(r) Angst - oder in Richtung gehobene Stimmung charakterisiert sind. Der Stimmungswechsel wird meist von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Rückfälle treten bei PatientInnen mit bipolaren Störungen sehr häufig auf. Der Beginn der einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen (DIMDI, 2011, S.186).

Affektive Störungen sind psychiatrische Erkrankungen, die sich vor allem in Veränderung von Stimmung und Affekt, Motivation, Antrieb und Kognition zeigen. Charakteristisch ist der phasenhafte Verlauf, wobei diese in verschiedenen Formen auftreten können. Weiters kann man die unipolare Psychose (Depression, Melancholie) von einer bipolaren Psychose abgrenzen. Der Begriff der affektiven Störung (im englischen: disorder) wird

heute verwendet, um Ausdrücke wie „Krankheit“ oder „Erkrankung“ zu vermeiden. „Störung“ ist jedoch kein exakter Begriff, sondern beschreibt einen klinisch erkennbaren Komplex von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten, eine Beeinträchtigung von Funktionen und/oder eine individuelle oder soziale Belastung.

Viele PatientInnen definieren ihr Befinden nicht als Depression sondern eher damit, sich niedergeschlagen, verzweifelt, minderwertig, schuldig, schlecht oder verloren zu fühlen, ohne dass sie sich bewusst sind, dass diese Gefühle durch eine Krankheit verursacht werden. Auch in manischen Episoden fällt es den Betroffenen häufig schwer, ihre gehobene Stimmung, Antriebssteigerung, Selbstüberschätzung und Gereiztheit als Krankheit einzuordnen (Lemke, 2004, S.1).

2. Klassifikation

Zur Klassifikation von affektiven Störungen werden die derzeit gültigen diagnostischen Klassifikationssysteme DSM-IV der American Psychiatric Association und ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herangezogen. Die Einordnung affektiver Störungen in standardisierte Systeme ist zur Verbesserung der Reliabilität von Krankheitsbezeichnungen, Verbesserung internationaler Vergleichbarkeit von Diagnosen zu epidemiologischen statistischen Zwecken, besseren Verständigung zwischen Kliniken und Ärzten, Strukturierung in der Weiter- und Fortbildung, Vereinheitlichung der Verrechnung ärztlicher Maßnahmen und der Unterstützung der Sicherung medizinischer Qualität sinnvoll und notwendig (Lemke, 2004, S.2).

2.1 ICD-10

Die ICD-10 (International Classification of Diseases) wurde von der WHO erstellt und ist seit 1994 bei den Mitgliedsstaaten in Verwendung. Dieses Diagnoseinstrument wird gebraucht, um die Inzidenz und Prävalenz von Krankheiten und Gesundheitsproblemen aufzuzeichnen. Es wird verwendet um Gesundheitsprobleme sowie wichtige Datensätze zu klassifizieren (<http://www.who.int/classifications/icd/en/>).

Die Diagnose wird bei der ICD-10 kriterienorientiert gestellt. Das bedeutet, dass das Vorliegen entsprechender Kriterien im Einzelfall überprüft werden muss bevor eine Diagnose gestellt werden kann. Diese Kriterien differenzieren eine affektive Störung nach Symptomen, Dauer der Erkrankung, Schwere und Rezidivrisiko.

Bei der ICD-10 Klassifizierung werden die affektiven Störungen eingeteilt in:

F30 Manische Episoden

- Hypomanie
- Manie ohne/mit psychotischen Symptomen
- sonstige manische Episoden
- und manische Episoden, nicht näher bezeichnet

F31 Bipolare affektive Störung

- Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode
- Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne/mit psychotischen Symptomen
- Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode
- Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne/mit psychotischen Symptomen
- Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig gemischte Episode
- Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig remittiert
- Sonstige bipolare affektive Störungen
- Bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnet

F32 Depressive Episode

- Leichte depressive Episode
- Mittelgradig depressive Episode
- schwere depressive Episode ohne/mit psychotischen Symptomen
- sonstige depressive Episoden
- depressive Episode, nicht näher bezeichnet

F33 Rezidivierende depressive Störung

F34 Anhaltende affektive Störung

- Zylothymia
- Dysthymia

F38 Andere affektive Störungen

F39 Nicht näher bezeichnete affektive Störung (DIMDI, 2011, S.186-190)

2.2 DSM-IV

DSM-IV wird auch als Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder bezeichnet, welches von der American Psychiatric Association erstellt wurde (Lemke, 2004, S.3).

Im DSM-IV werden die bipolaren Störungen eingeteilt in

- Bipolar I Störungen
- Bipolar II Störungen
- die zyklotyme Störung und
- die „nicht näher bezeichnete bipolare Störung“ (Marneros, 2000, S.11).

Bipolar I bezeichnet in dieser Klassifikation das Vollbild einer Manie und Depression. Als Bipolar II wird eine Hypomanie und eine Depression bezeichnet. „Die Dysthymie beschreibt eine anhaltende, chronifizierte (nach DSM-IV mind. zwei Jahre) leichtere Depressionsform, die Zyklotymie entspricht einer Störung, die durch anhaltende (nach DSM-IV mind. zwei Jahre) depressive und hypomane Stimmungsschwankungen leichter Ausprägung charakterisiert ist“ (Lemke, 2004, S.3).

„Die beiden Klassifikationssysteme DSM-IV und ICD-10 stellen speziell im Bereich der affektiven Störungen eine vorläufige Lösung zur Einteilung von diagnostischen Entitäten dar, die weiterer wissenschaftlicher Überprüfung bedarf. Im deutschsprachigen Raum hat sich die Klassifikation nach ICD-10 durchgesetzt, was auch für die Kostenträger als Abrechnungsgrundlage gilt. Das DSM-IV ist in den USA und im internationalen Wissenschaftsbetrieb gebräuchlich“ (Lemke, 2004, S.4).

3. Unipolar

Erst mit der Zeit wurde erkannt, dass sich affektive Störungen unterscheiden lassen und dass eine Unterteilung in unipolare und bipolare Erkrankungen notwendig ist (Walden et al., 2000, S.8).

Als Unipolar werden überwiegend nur Depressionen beschrieben, unipolare Manien sind zwar möglich aber sehr selten. Unipolare depressive Störungen sind mit einer Lebenszeitprävalenz von bis zu 20 % weitaus häufiger als bipolar affektive Störungen, die nur eine Lebenszeitprävalenz von etwa einem Prozent haben (Nöthen et al., 2004, S.3343). Die Grenzen zwischen unipolar und bipolar sind fließend, denn jede reine Depression bleibt in ihrer Diagnose unsicher und kann jeder Zeit in eine Phase der Bipolarität kippen. Dieses Risiko bleibt mit steigendem Lebensalter konstant und beträgt in etwa 1,25% pro Lebensjahr (Angst, 2012, S. 903).

4. Bipolar

Als bipolare Erkrankungen werden psychische Störungen, deren Erscheinungsbild durch eine krankhafte Polarität von Affektivität und Aktivität (Antrieb) geprägt ist, bezeichnet (Marneros, 2000, S.1).

Im Volksmund ist die „manisch-depressive“ Erkrankung die bekannteste der Gruppe der bipolaren Störungen. Zu den bipolaren Erkrankungen zählen jedoch mehrere Kategorien nicht nur die bipolar affektive Erkrankung sondern auch die gemischt-bipolaren Formen, Zylothymia, bipolar schizoaffektive Erkrankungen, Hypomanien und viele mehr (Marneros, 2000, S.2).

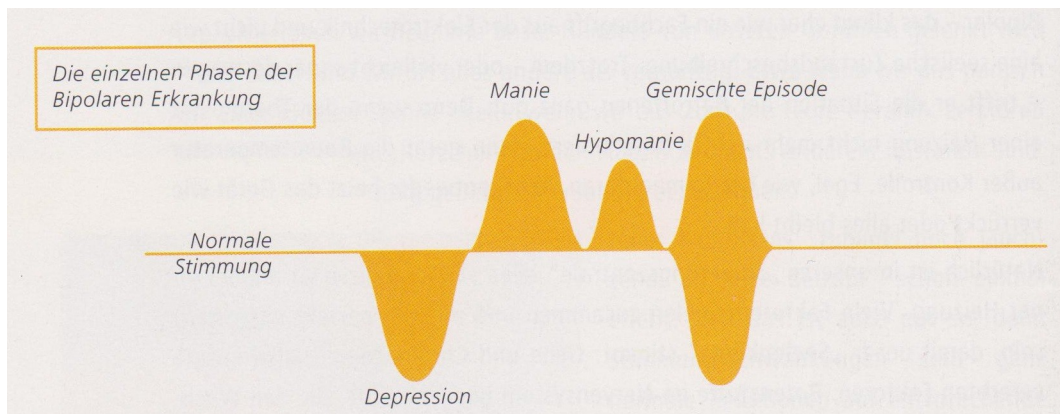


Abbildung 1: Phasen der Bipolaren Störung (Kasper et al., 2006, S.12)

Am häufigsten gestört sind bei den bipolaren Erkrankungen die Funktionsbereiche:

- Affektivität
- Antrieb
- Willen
- Empfinden und Fühlen
- Wahrnehmung
- Denken und andere kognitive Funktionen
- Erinnerung
- Ausdruck und Kommunikation
- Vegetativum
- Schlaf
- und andere biologische Rhythmen und assoziierte Funktionen

4.1 Bipolar I

Je nach Unterteilung lassen sich verschiedene Formen von affektiven Störungen unterscheiden und verschiedene Verlaufsformen festlegen (Grunze et al., 2001, S.3). Das wesentliche Kriterium der Bipolar I Erkrankung ist ein klinischer Verlauf, der durch das Auftreten einer oder mehrerer manischer Episoden oder gemischt bipolarer Episoden gekennzeichnet ist. Episoden von Stimmungsstörungen, die durch Substanzwirkung verursacht wurden oder von Stimmungsstörungen auf Grund allgemeiner medizinischer Krankheitsfaktoren, werden nicht zu den Bipolar I Erkrankungen gezählt (Wormer, 2002, S.184).

Um eine Bipolar I Störung handelt es sich, wenn der Patient oder die Patientin mindestens eine über 14 Tage andauernde Krankheitsepisode verzeichnet, welche die Kriterien einer Manie erfüllt. Zusätzlich muss mindestens eine Depression vorhanden gewesen sein, wobei über die Länge oder die Schwere der Depression keine Aussagen getroffen werden (Grunze et al., 2001, S.3).

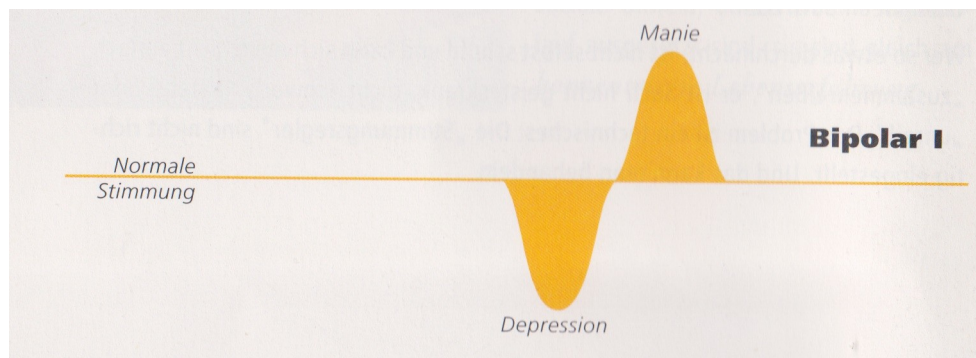


Abbildung 2: Bipolar 1 (Kasper et al., 2006, S. 12)

4.2 Bipolar II

Patienten mit einer Bipolar II Störung müssen mindestens einmal unter einer Depression gelitten haben, die alle Kriterien der typischen depressiven Episode, sowohl was die Art der Symptome, Schwere und Dauer betrifft, erfüllt. Weiters muss die Depression mindestens 14 Tage gedauert haben. Zusätzlich muss der Patient oder die Patientin für die Diagnose Bipolar II auch mindestens einmal eine sogenannte hypomane Episode gehabt haben. Dies ist eine abgeschwächte Form der Manie und tritt häufig anschließend an eine Depression auf. Die Stimmung ist bei einer Hypomanie leicht gehoben und ein situationsgemäßes Verhalten ist noch möglich (Grunze et al., 2001, S.4).

Ebenso gilt hier, dass eine Stimmungsstörung auf Grund medizinischer Krankheitsfaktoren

oder durch Substanzwirkung nicht als Bipolar II Erkrankung diagnostiziert wird (Wormer, 2002, S.184).

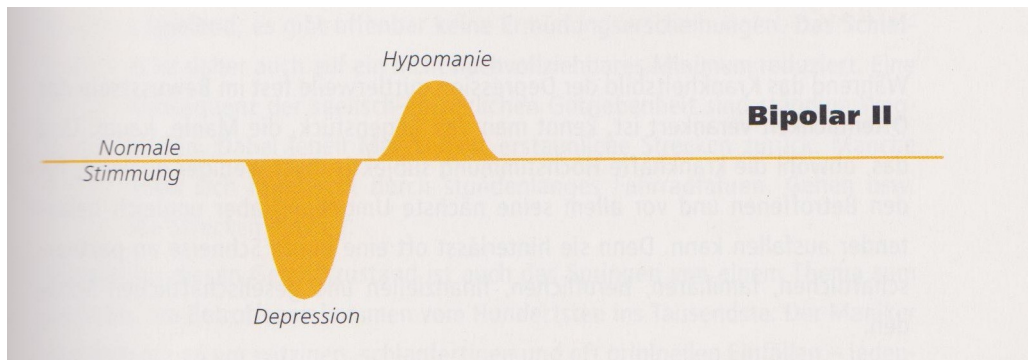


Abbildung 3: Bipolar 2 (Kasper et al., 2006, S.13)

5. Ursachen unipolar und bipolar affektiver Störungen

„Bei der Entstehung affektiver Erkrankungen handelt es sich um ein multifaktorielles Geschehen, bei dem verschiedene Faktoren die Vulnerabilität für die klinische Manifestation der affektiven Störung erhöhen. Diese Faktoren lassen sich in drei Hauptkomponenten unterteilen:

- biologisch,
- psychologisch
- (psycho-)sozial“ (Lemke, 2006, S.7-8).

„Affektive Störungen zeigen Veränderungen in vielen Aspekten des psychopathologischen Befundes“ (Lemke, 2004, S.33).

Wie bei jeder körperlichen Erkrankung möchte man auch bei den affektiven Störungen wissen, woher sie kommen. Im Gegensatz zu einem Schnupfen sind die Ursachen für eine psychische Erkrankung schwerer festzustellen. Die Fragen um die Auslöser für affektive Störungen sind noch immer nicht ganz geklärt, man weiß jedoch, dass sie aus einem komplizierten Zusammenspiel von Umwelteinflüssen, fehlerhaften Nervenbotenstoffen und genetischen Faktoren entstehen (Kasper, 2006, S.26).

Verschiedene wissenschaftliche Forschungsdisziplinen versuchen, die Ursachen bipolarer Erkrankungen zu ergründen. Beispiele dafür wären die Genetik, Psychobiologie, Psychopharmakologie, Verhaltensforschung, Epidemiologie, Psychiatrie, Neurophysiologie, Neurologie und die Neuroanatomie. Zusammengefasst könnte man sagen, dass die Krankheit durch eine erhöhte, genetisch bedingte Verletzlichkeit zentralnervöser Funktionen, die durch Vererbung weitergegeben werden kann, entsteht

(Wormer, 2002, S.55).

Es bestehen die unterschiedlichsten Hypothesen und Modelle zu Ursachen für die Entstehung von affektiven Störungen. Einige wurden durch verschiedenste Studien belegt, andere hingegen sind noch nicht verifiziert und noch eher unsicher. Einigen wird ein großer Einfluss zugemessen, andere hingegen sind nur zu einem kleinen Teil beteiligt (Baumann et al., 2003, S.608).

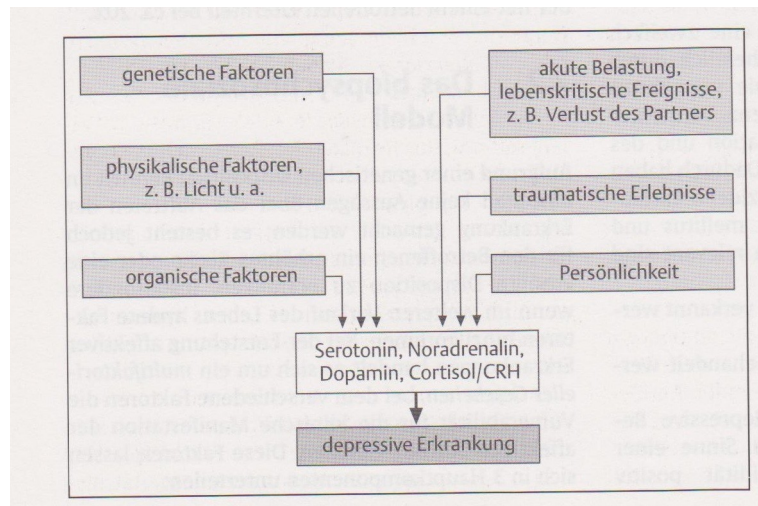


Abbildung 4: multiple Ursachen für affektive Störungen (Lemke, 2004, S.8)

5.1 Genetische Ursachen

Die Gewichtung des genetischen Faktors als Ursache für affektive Störungen hängt von dem Verlauf und der Art der Erkrankung ab. In Zwillings-, Familien- und Adoptivstudien hat sich gezeigt, dass genetische Faktoren einen wesentlichen Anteil an der Disposition einer Person zur Manifestation einer affektiven Störung darstellen (Lemke, 2004, S.7).

Bei eineiigen Zwillingen lag die Wahrscheinlichkeit, wenn ein Zwilling an einer bipolaren Erkrankung litt bei 72 %, dass auch der zweite an einer bipolaren Störung erkrankte. Bei zweieiigen Zwillingen lag die Wahrscheinlichkeit nur mehr bei 14% (Kasper, 2006, S.27).

Für Kinder, bei denen ein Elternteil bipolar erkrankt ist, beträgt das Risiko 7,8 % ebenfalls bipolar zu erkranken, 11,2 % für eine unipolare Depression und in etwa 19 % für jede Form einer Stimmungsstörung (Wormer, 2002, S.56).

Das Risiko erhöht sich auf 55-70%, wenn beide Elternteile erkrankt sind. Dies beweist, dass krankhafte Stimmungsstörungen vererblich sind, zusätzlich spielen jedoch auch Umweltbedingungen eine wichtige Rolle (Kasper, 2006, S.27).

Die am häufigsten vererbte Stimmungsstörung unter Blutsverwandten ist die unipolare

Depression, an zweiter Stelle folgt die bipolare Störung. Auch in Studien wird auf die Wichtigkeit der Umweltbedingungen hingewiesen, da sich seit den 1930er Jahren die Anzahl der bipolar und unipolar Erkrankten drastisch gehäuft hat. Dies kann nicht durch die Genveränderung allein erklärt werden (Wormer, 2002, S.56-57). In Kopplungsstudien wurden Befunde zu aussichtsreichen Kandidatenregionen auf den Chromosomen 3,4,10,12,13,18 und 22 beobachtet. Bemerkenswert ist, dass es bei diesen Regionen sowohl zu einer Kopplung mit bipolaren als auch mit schizophrenen Erkrankungen kommen kann. Die Zahl der potentiellen störungsrelevanten Gene in den genannten Kandidatenregionen kann auf etwa 200 geschätzt werden (Baumann et al., 2003, S.609).

5.2 Neurofunktionale Ursachen

Für biogene Amine wie Noradrenalin, Dopamin, Serotonin und ihre nachgeschalteten G-Proteine, das GABAerge System oder Ionenkanäle (insbesondere Kalzium- und Kaliumkanäle) werden im Zusammenhang mit affektiven Störungen Defekte angenommen (Walden et al., 2000, S.27).

5.2.1 Die Nervenzelle

Die Nervenzelle wird auch als Neuron bezeichnet. Sie ist eine Funktionseinheit, aber auch eine strukturelle Einheit des Nervensystems. Die Nervenzelle besteht aus einem Zellkörper (Soma), in dem sich der Zellkern (Nucleus) befindet (Silbernagel et al., 2007, S. 42). Weiters besteht die Nervenzelle aus Zellausläufern (Axone und Dendriten), über die die Neuronen miteinander verbunden sind. (Wormer, 2002, S.58) Das Axon ist ein langer Fortsatz, der von Myelinscheiden, die zur Erhöhung der Nervenleitgeschwindigkeit dienen, umgeben ist (Klinke et al., 2003, S.541).

Jede Nervenzelle kann bis zu 50 000 Signale von anderen Neuronen empfangen oder übertragen. Für die chemische Signalübertragung werden Neurotransmitter benötigt. Die wichtigsten sind Serotonin, Noradrenalin und Dopamin. Bei der Signalübertragung werden Neurotransmitter an die Synapse geschickt. Die Synapse ist durch einen Spalt, den synaptischen Spalt von der Empfängernervenzelle getrennt. Auf der Empfängerseite gibt es Rezeptoren für die Neurotransmitter, so übertragen die Neurotransmitter über den synaptischen Spalt ein Signal an die Empfängernervenzelle und docken dort an den Rezeptor an (Wormer, 2002, S.58).

Wenn ein Signal durch einen Neurotransmitter an den Rezeptor kommt dann muss dieses Signal über sekundäre Botenstoffe zum Zellkern weitergeleitet werden, damit die Nervenzelle aktiviert wird und es eine Reaktion gibt. Ein solcher Botenstoff ist zum

Beispiel das so genannte G-Protein. Weiters ist für die Signalweiterleitung innerhalb der Zelle ein bestimmter Kalziumgehalt erforderlich. Wenn die Durchlässigkeit der Zellmembran für Kalzium erhöht ist, vermindert sich der Kalziumgehalt der Zelle und es kann zu Signalstörungen kommen.

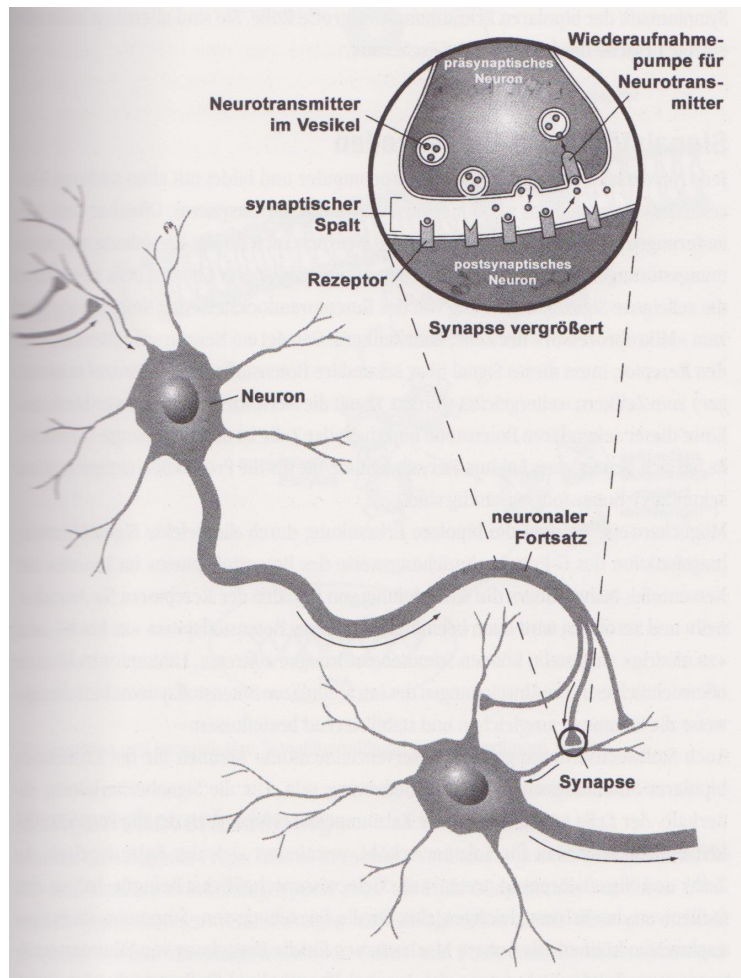


Abbildung 5: Neuron und Synapse (Wormer, 2002, S.59)

Wenn dieser ständige Austausch von Signalen gestört ist, entweder durch einen zu hohen oder verminderten Fluss der Neurotransmitter, kann es zu Fehlfunktionen des Gehirns, beziehungsweise auch zu sichtbaren Symptomen kommen. Die Veränderung des Gleichgewichts der Signalübermittlung durch Neurotransmitter spielt für Stimmungsstörungen, beziehungsweise für die Symptomatik der bipolaren Erkrankung eine große Rolle. Sie ist jedoch nicht die einzige Ursache dieses krankhaften Geschehens (Wormer, 2002, S.58-60).

Bei bipolaren Störungen konnte eine erhöhte Konzentration des Noradrenalins im Blut und im Liquor beobachtet werden. Ob diese Veränderung eine Ursache, eher ein Nebeneffekt,

oder eine Kompensation auf andere Funktionsänderungen bei bipolaren Störungen ist, kann noch nicht eindeutig gesagt werden. Weiters wurde bei den bipolaren PatientInnen eine erhöhte Konzentration des Serotonins in den Thrombozyten beobachtet. Zur Erklärung der Manie wird häufig die Kalziumhypothese herangezogen. Diese besagt, dass es durch die Erhöhung des intrazellulären Kalziums auch zu einer Erhöhung der Noradrenalinausschüttung kommt, was zu einem Erregungszustand führt. Wird eine gewisse Schwelle der Kalziumkonzentration überschritten, kommt es durch einen Selbstschutzmechanismus zur Abnahme der Transmitterausschüttung und somit gäbe es auch eine Erklärung für die anschließende Depression (Bock et al., 2005, S.55-56). Auch Veränderungen innerhalb des Neurons sind für die Entstehung von Stimmungsstörungen von Bedeutung. So können bipolare Erkrankungen etwa durch die defekte Signalübertragungsfunktion des G-Proteins,- beziehungsweise des Botenstoffsystems im Inneren der Nervenzelle entstehen (Wormer, 2002, S.60). Neben den Veränderungen monoaminerger Mechanismen spielt auch die Hyperaktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse (HHN-Achse) eine wichtige Rolle für die Pathogenese affektiver Störungen (Baumann et al., 2003, S.611). Eine weitere Ursache für bipolare Erkrankungen stellen für Forscher krankhafte Gewebsveränderungen im Gehirn dar. Durch die modernen bildgebenden Verfahren, wie strukturelle und funktionelle Magnetresonanztomographie (MRT), Positronenemissionstomographie (PET) und Magnetresonanzspektroskopie können Untersuchungen angestellt werden. Diese Instrumente werden noch nicht standardisiert eingesetzt, jedoch konnte mit den bildgebenden Verfahren nachgewiesen werden, dass bei bipolaren Störungen im Gegensatz zu unipolaren Störungen ein hypernormales Muster mit vergrößerter Makrostruktur dargestellt wird (Becker u.a. 1995, in Bock et al., 2005, S.60). Mittels dieser bildgebenden Verfahren wurden Veränderungen im Blutfluss und Metabolismus verschiedener Hirnregionen nachgewiesen. Die Struktur des limbischen Systems, Basalganglien, medialer Thalamus und der präfrontalen kortikalen Areale waren verändert. Eine Volumensreduktion ist generell bei bipolaren affektiven Störungen ausgeprägter als bei unipolaren Depressionen (Lemke, 2004, S.11-12).

5.3 Psychologische Ursachen

Psychologische Modelle zur Ursache von Bipolaren Störungen sprechen von einem Selbstwertkonflikt, einem mangelnden Selbstkonzept und einem dysfunktionalen Umgang

mit Belastungen und Stress. Menschen mit bipolaren Störungen verlieren häufig und besonders unter Belastungen den Kontakt zu den eigenen Selbstrepräsentanzen und somit auch zum eigenen Selbst, zu den eigenen Überzeugungen, Ansprüchen, Maßstäben, Lebenszielen und Bedürfnissen (Bock et al., 2005, S.60-61).

In der Regel geht der ersten Episode einer bipolaren oder unipolaren Störung ein Stressereignis voraus (Wormer, 2002, S.63).

„In der modernen Stressforschung wird Stress als Situation definiert, die eintritt, wenn Soll-Wert und Ist-Wert eines Individuums differieren und das Individuum nicht voraussehen kann, ob seine Bemühungen (Coping) um Wiederableichung von Soll- und Ist-Wert im Sinne der Wiederherstellung einer Homöostase erfolgreich sein werden“ (Baumann et al., 2003, S.610).

Welchen genauen Stellenwert Stressfaktoren für die Auslösung einer Stimmungsstörung haben, ist jedoch bis heute nicht genau geklärt (Wormer, 2002, S.63). „Wenn Stressoren affektive Episoden auslösen, so ist anzunehmen, dass bei Individuen, die zu affektiven Störungen neigen, die Fähigkeit zu einer positiven Bewältigung bzw. zu einem erfolgreichen Coping bzgl. des Stressors vermindert ist“ (Baumann et al., 2003, S.610). Einschneidende oder katastrophale Lebensereignisse, wie zum Beispiel berufliche Probleme, Armut oder der Verlust von Angehörigen, kann für Menschen mit einer besonderen emotionalen Verletzlichkeit zu einer affektiven Störung führen (Wormer, 2002, S.64).

Weiters kann auch von psychosozialen Aspekten ausgegangen werden, welche die Entstehung bipolarer Erkrankungen verstärken. Sozioökonomische Faktoren wie chronische Gesundheitsprobleme, Obdachlosigkeit, niedriges Einkommen, niedriger Schulabschluss oder Arbeits- und Erwerbslosigkeit können zur Manifestation von Depressionen führen. Ein wichtiger psychosozialer Schutzfaktor sind soziale Beziehungen und Unterstützungen (Lemke, 2004, S.15). Zusätzlich spielen frühe Umwelteinflüsse eine Rolle bei der Entstehung von affektiven Störungen. In Tierexperimenten konnte nachgewiesen werden, dass soziale Deprivation in der frühen Entwicklung zu späteren Verhaltensauffälligkeiten mit sozialen Funktionsstörungen und erhöhter Stressvulnerabilität führen kann, die der Symptomatik affektiver Erkrankungen ähnelt. Stressoren, die in bestimmten Schwangerschaftsstadien auftreten, wie ängstliche Symptomatik der Mutter, können zu emotionalen Störungen beim Kind führen. Weiters spielen Umweltfaktoren bei der Hirnentwicklung eine Rolle. So werden monoaminerge Systeme durch soziale Erfahrungen, wie die Trennung von wichtigen Bezugspersonen, geprägt. Viele Faktoren

tragen zur strukturellen und funktionellen Determination an der Stressverarbeitung beteiligter Systeme und damit zu einer möglichen Disposition für die Entwicklung affektiver Störungen bei (Baumann et al., 2003, S.609-610).

5.3.1 Das Kindling Modell

Das Kindling Modell wurde eigentlich für epileptische PatientInnen entwickelt, kann im weitesten Sinne aber auch auf Stimmungsschwankungen übertragen werden. Es besagt, dass durch wiederholte Reizung einer bestimmten Hirnregion die Schwelle für die Auslösung eines epileptischen Anfalls herabgesetzt wird, bis kaum mehr ein Reiz notwendig ist, um einen weiteren Anfall auszulösen (Kasper et al., 2006, S.30). Bei bipolaren Störungen kommt es oft zu einer Zunahme der phasischen Störungsintensität, einer Beschleunigung der Phasenhäufigkeit und zu einer zunehmenden Unabhängigkeit der Krankheitsepisoden von belastenden Lebensereignissen (Baumann et al., 2003, S.617). Patienten, deren affektive Störung unbehandelt bleibt, können eine Behandlungsresistenz entwickeln (Kasper et al., 2006, S.30-31). Mit dem Kindling Modell wird auch das rezidierte Auftreten von Erkrankungsepisoden in immer kürzeren Abständen erklärbar gemacht (Baumann et al., 2003, S.612).

6. Manie

„Ich fühlte mich großartig. Nicht nur großartig, ich fühlte mich wirklich großartig. Alles machte absolut Sinn und befand sich auf wunderbare Weise im kosmischen Einklang. Meine Gedanken rasten mit blitzartiger Geschwindigkeit von einer Idee zur nächsten. Ich machte mir von allem, was geschah, Tag und Nacht Notizen“ Kay Redfield Jamison (Wormer, 2002, S.18).

Das Krankheitsbild der Manie ist im Gegensatz zur weit verbreiteten Depression eher unbekannt (Kasper et al., 2006, S.14).

Das Wort Manie kommt vom griechischen $\mu\alpha\upsilon\alpha$ das soviel bedeutet wie Besessenheit oder Sucht (Psychremble Primium Online 2012, Manie).

6.1 Symptome

Die Manie ist durch typische Symptome der Affektänderung, des Antriebs und von Vital- und Denkstörungen geprägt.

Zu den Symptomen zählen:

Stimmung

- unangemessen gehoben, euphorische Stimmung
- erhöhtes Selbstwertgefühl
- Reizbarkeit und Wutanfälle

Aktivität

- erhöhter Antrieb und Enthemmung
- erhöhte Betriebsamkeit
- ungewöhnliche und riskante Unternehmungen
- Hemmungslosigkeit
- Rededrang (Logorrhö)
- Distanzlosigkeit und Unfähigkeit, Kritik anzunehmen

Körperliche Befindlichkeit

- erhöhtes Energieniveau
- vermindertes Schlafbedürfnis und Appetit
- verstärkter Sexualtrieb (Libidosteigerung)

Denken

- inhaltliche und formale Denkstörungen (z.B. Wahnideen und Ideenflucht)
- Ideenflucht (beschleunigtes Denken, rasende Gedanken)
- sprunghaftes Denken
- eingeschränktes Urteilsvermögen
- Größenideen
- Ablenkbarkeit, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen

Psychose

- Wahnideen (Größenwahn und Selbstüberschätzung)
- Halluzinationen (Stimmenhören) (vgl. Wormer, 2002, S.20 und Walden et al., 2000, S.14-15).

6.2 Verlauf

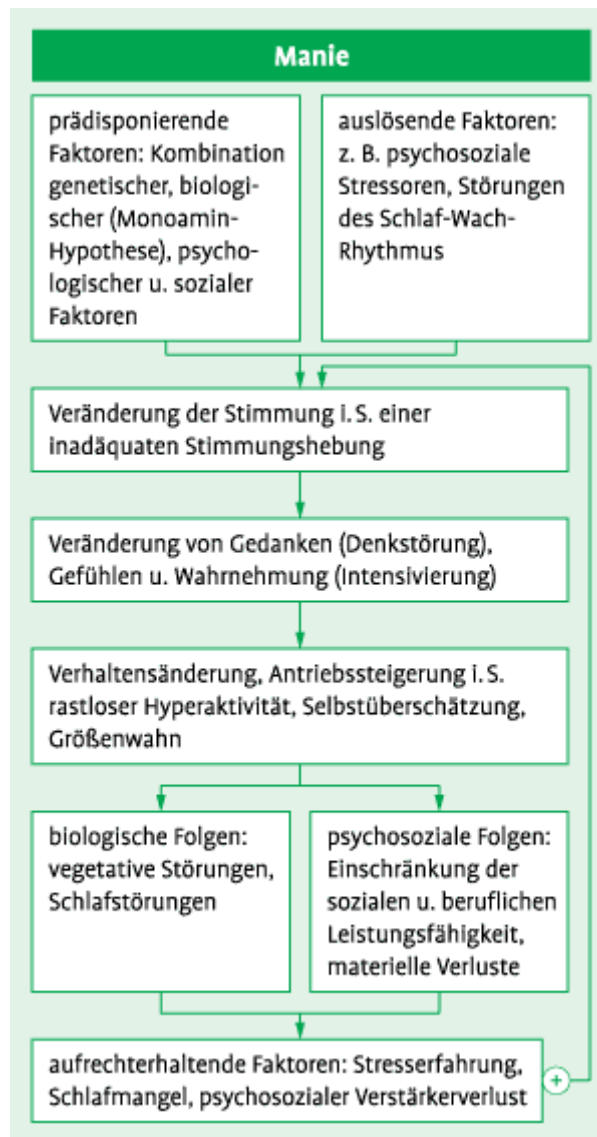


Abbildung 6: Störungsmodell
(Psychremble Premium Online, 2012,
Manie)

Der Zustand der Manie beginnt langsam, fast unmerklich und steigt über Tage und Wochen kontinuierlich an, wird zunehmend stärker, unangenehmer und unweigerlich krankhaft. Zuerst hebt sich die Stimmung der Betroffenen, sie fühlen sich von angenehmen Gefühlen überwältigt. Wohlbefinden und Selbstvertrauen nehmen zu und münden in einen Zustand der Euphorie, in dem sich die Betroffenen sehr viel besser fühlen als sonst. Im Frühstadium der Manie verändert sich auch das Denken: die Personen glauben dann, klarer und rationaler denken zu können als sonst. Der Denkprozess selbst beschleunigt sich, die Gedanken werden schneller und rasen durch den Kopf. Dies wird als Ideenflucht bezeichnet und je länger dieser Zustand anhält umso belastender wird es für die Betroffenen. Zusätzlich beschleunigt sich auch die Sprache, sie

wird umso schneller je weiter sich die manische Episode entwickelt hat und klingt zunehmend gepresst. In Versuchen wurde festgestellt, dass manische Patienten 180 bis 200 Silben pro Minute sprechen können, im Gegensatz dazu schaffen nicht manische Personen nur etwa 122 bis 150 Silben pro Minute. Das überschwängliche Gefühl der Selbstüberschätzung, das für Maniker typisch ist, kann sich sehr negativ auf die Gesundheit auswirken, da es zu riskanten Verhaltensmustern wie Kauforgien, sexueller Promiskuität und Enthemmung kommt, die ein erhebliches Gesundheitsrisiko in Bezug auf HIV-Erkrankungen darstellen. Ebenso kann die Manie zu einem finanziellen Ruin führen, da im Kaufrausch wahllos Dinge erstanden werden. Der Missbrauch von Alkohol und Drogen wird als häufigste Begleitstörung (Komorbidität) bei manischen Patienten beobachtet. Es wird als Selbsthilfeversuch gedeutet um gegen die schwer belastende Stimmungsstörung anzukämpfen. Eines der ersten Symptome für eine Manie ist ein vermindertes Schlafbedürfnis und auch die Nahrungsaufnahme ist stark eingeschränkt, da einfach keine Zeit zum Schlafen und Essen bleibt. Die euphorische Stimmung sowie das beschleunigte Denken wachsen unaufhörlich während der manischen Episode und der Betroffene fühlt sich selbstzufrieden und unbesiegbar. Es entwickeln sich Größenideen, die Furcht vor unangenehmen Konsequenzen schwindet, neue Herausforderungen werden gesucht und alle Warnsignale ignoriert. Allmählich verliert die betroffene Person die Verbindung zur Realität und ist von seinen Fähigkeiten und großartigen Möglichkeiten überzeugt. Es kann im Laufe der Erkrankung sogar zu psychotischen Wahnvorstellungen, in denen sich der Betroffene zum Beispiel für den Messias oder einen Adligen hält und Halluzinationen, wie Stimmenhören, kommen. Das Glücksgefühl und die euphorische Selbstüberschätzung können sich jedoch auch sehr schnell in Wut, Reizbarkeit oder Aggressivität verwandeln.

Der manische Zustand ist zwar in erster Zeit angenehm für den Betroffenen, stellt jedoch im späteren Verlauf eine große Belastung, bis hin zur Lebensgefahr dar, vor allem verursacht durch die extremen körperlichen Belastungen.

„1982 war ich dann echt verrückt. Es war das schlimmste Jahr meines Lebens. Ich war zweimal im Gefängnis, dreimal im Krankenhaus. Ich wurde zusammengeschlagen, hatte drei schlimme Beziehungen, flog aus zwei Jobs...“ Susan Pedrick
(Wormer, 2002, S.18-21).

6.3 Kriterien

Kriterien für eine manische Episode (nach DSM-IV)

- Es muss eine mindestens einwöchige (bei Hospitalisierung auch kürzere), abgegrenzte Periode mit abnorm und anhaltend gehobener, expansiver oder reizbarer Stimmung bestehen.
- Während der Periode der Stimmungsveränderung bestehen mindestens drei (bei nur reizbarer Verstimmung mindestens vier) der folgenden Symptome in einem deutlichen Ausmaß:
 - übersteigertes Selbstwertgefühl oder Größenideen
 - vermindertes Schlafbedürfnis (z.B. Patient fühlt sich nach drei Stunden Schlaf ausgeruht)
 - vermehrte Gesprächigkeit oder Rededrang
 - Ideenflucht oder subjektives Gefühl des Gedankenrasens
 - erhöhte Ablenkbarkeit (Aufmerksamkeit wird zu leicht auf irrelevante äußere Reize gelenkt)
 - gesteigerte Betriebsamkeit (im sozialen, beruflichen, schulischen oder sexuellen Bereich) oder motorische Unruhe
 - übermäßige Beschäftigung mit angenehmen Aktivitäten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit unangenehme Konsequenzen nach sich ziehen (z.B. Kaufrausch, sexuelle Eskapaden)
- die Symptome erfüllen nicht die Kriterien einer gemischten Episode
- die affektive Störung ist schwer genug, um eine deutliche Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit, der üblichen sozialen Aktivitäten oder Beziehungen zu verursachen, eine Hospitalisierung zur Abwendung von Selbst- oder Fremdgefährdung erforderlich zu machen oder es sind psychotische Symptome vorhanden
- die Symptome gehen nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament, sonstige Behandlungen) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Hyperthyreose) zurück (Walden et al., 2000, S.17).

7. Hypomanie

„Die meiste Zeit war ich beschäftigt, beschäftigt und nichts als beschäftigt: Musik aufnehmen, Tennis spielen, schreiben, reden, lesen, ins Kino gehen, die Nacht durchmachen, früh aufstehen, immer auf dem Sprung – beschäftigt, beschäftigt, beschäftigt.“ Norman Endler (Wormer, 2002, S.21).

Die Begrifflichkeit der Hypomanie wurde erstmals im Jahr 1881 von dem deutschen Psychiater Mendel für Zustände leichter Euphorie und Hyperaktivität, die sich nicht vollständig zur Manie entwickeln, verwendet. Hypo kommt aus dem griechischen und bedeutet unter (Wormer, 2002, S.22).

Die Hypomanie wird definiert mit einer leichten, mehrere Tage andauernden submanischen Erregung, bei der die Symptome geringer ausgeprägt sind als bei einer Manie (Psychyremble Premium Online, 2012, Hypomanie).

Wie die Manie führt auch die Hypomanie zu Veränderungen der Stimmung, der Aktivität, des Denkens und der körperlichen Befindlichkeit, allerdings ist sie weniger ausgeprägt (Wormer, 2002, S.21).

7.1 Symptome

Charakterisiert wird eine Hypomanie durch eine anhaltende, leicht gehobene Stimmung mit gesteigerten Antrieb und Aktivität. In der Regel ist sie verbunden mit einem auffallenden Gefühl von Wohlbefinden und körperlicher und seelischer Leistungssteigerung. Weiters kommt es zu gesteigerter Geselligkeit, Gesprächigkeit, übermäßiger Vertraulichkeit, gesteigerter Libido und vermindertem Schlafbedürfnis, diese Symptome sind jedoch nicht so stark ausgeprägt wie bei der Manie, führen also nicht zu einem Abbruch der Berufstätigkeit oder zu sozialer Ablehnung. Reizbarkeit, Selbstüberschätzung und flegelhaftes Verhalten können an die Stelle der häufigen euphorischen Geselligkeit treten. Die Störungen der Stimmung und des Verhaltens werden nicht von Halluzinationen oder Wahn begleitet (DIMDI, 2011, S.186).

Die Symptome der Hypomanie entsprechen in etwa den Anfangssymptomen einer manischen Episode:

- gehobene, euphorische Stimmung
- erhöhtes Energieniveau
- beschleunigtes Denken

- beschleunigte Sprache
- ungewöhnliche, riskante Unternehmungen
- verstärkter Sexualtrieb
- Reizbarkeit (Wormer, 2002, S.22).

7.2 Verlauf

Die Betroffenen genießen häufig den Zustand der Euphorie, sie betrachten sich nicht als krank und lehnen vielfach deswegen eine Behandlung ab. Dies ist oftmals für sie selbst und für ihre Angehörigen gefährlich, denn es kann leicht sein, dass eine Hypomanie zu einer Manie führt. Diese Euphorie ist sehr trügerisch.

Menschen mit Hypomanien können eine Behandlung wochen- oder monatelang vermeiden, verweigern oder eine vorbeugende Behandlung überhaupt eigenmächtig absetzen. Dies kann schlimme persönliche Konsequenzen nach sich ziehen, aber sie können auch auf keinen Fall ohne ihr Einverständnis zu einer Therapie gezwungen werden. Die Mehrheit der Patienten erlebt ausschließlich Episoden der Hypomanie, niemals eine vollständige Manie. Es ist jedoch auch möglich, Manien und Hypomanien zu haben. Oft werden hypomanische Episoden bei der Diagnose übersehen oder die Betroffenen selbst können sich nicht mehr daran erinnern, was häufig zur Fehldiagnose „unipolare Depression“ und weiters zu Fehlbehandlungen führen kann. Die Fehlbehandlung mit Antidepressiva führt dann nicht selten zu einer komplett ausgeprägten Manie (Wormer, 2002, S.22-23).

7.3 Kriterien

Kriterien für eine hypomane Episode nach DSM-IV

- Eine umschriebene Zeitspanne von mindestens vier Tagen mit anhaltend gehobener expansiver oder reizbarer Stimmung, die sich deutlich von der normalen, nicht depressiven Stimmungslage unterscheidet.
- Während der Phase der Stimmungsveränderung bestehen dauerhaft mindestens drei der folgenden Symptome in deutlicher Ausprägung (bei nur reizbarer Verstimmung mindestens vier):
- erhöhtes Selbstwertgefühl oder Größenideen
- verringertes Schlafbedürfnis (z.B. Patient fühlt sich nach drei Stunden Schlaf ausgeruht)
- vermehrte Gesprächigkeit oder Rededrang

- Ideenflucht oder subjektives Gefühl des Gedankenrasens
- erhöhte Ablenkbarkeit (Aufmerksamkeit wird zu leicht auf irrelevante äußere Reize gelenkt)
- gesteigerte Betriebsamkeit (im sozialen, beruflichen, schulischen oder sexuellen Bereich) oder psychomotorische Unruhe
- übermäßige Beschäftigung mit angenehmen Aktivitäten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit unangenehme Konsequenzen nach sich ziehen (z.B. Kaufrausch, sexuelle Eskapaden)
- die Episode geht mit einer eindeutigen und für den Betroffenen uncharakteristischen Veränderung im Verhalten und in der Leistung im Vergleich zu symptomfreien Zeiten einher.
- die Stimmungsveränderungen und Funktionsbeeinträchtigungen sind für andere beobachtbar
- die Episode ist nicht schwer genug, um deutliche soziale oder berufliche Funktionsbeeinträchtigungen zu verursachen oder eine Hospitalisierung erforderlich werden zu lassen, und es bestehen keine psychotischen Symptome
- die Symptome gehen nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament oder einer Behandlung) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück (Walden et al., 2000, S.19).

8. Depression

„Depression ist nicht Schmerz. Depression ist die Abwesenheit von Schmerz und Gefühl. Als ich 1963 depressiv wurde, merkte ich das daran, dass mir meine Kinder egal waren. Ich konnte nichts fühlen. Wenn ich einen Kaffee trank, regte es mich nicht an. Ging ich zu einer Party, amüsierte ich mich nicht. Wenn ich Gedichte las, berührte es nicht meine Seele. Kein Gefühl, nichts. Depression ist, nichts zu fühlen. Eine Barriere zwischen mir und meiner Umwelt. Es war mir egal, ob ich schlief. Ich schlief sowieso meistens. Ich kochte und sah, wie meine Hände Gemüse schnitten, als seien es nicht meine, als ob sie angeklebt seien. Depression ist nicht Schmerz, sondern Abwesenheit.“ Allie Light (Wormer, 2002, S.24).

Das Wort Depression kommt vom lateinischen *deprimere*, *depressus* und bedeutet niederdrücken oder herabziehen (Psychremble Premium Online, 2012, Depression). Diese Stimmungslage ist der Menschheit schon seit Tausenden von Jahren bekannt und wurde von der antiken griechischen Medizin als „Melancholie“ bezeichnet (Wormer, 2002,

S.23).

Die Depression ist wohl die bekannteste Form der affektiven Störungen. Jeder hat sich vermutlich schon selbst einmal deprimiert gefühlt. Der Zustand der Depression ist jedoch eine ernst zu nehmende, oft auch eine lebensbedrohliche Erkrankung. Es gibt bei den affektiven Störungen sowohl die unipolaren als auch die bipolaren Depressionen. Im Rahmen der Bipolaren Erkrankung kann eine Depression mehrere Monate dauern. Laut Studien leidet in Österreich jede vierte Person mindestens einmal im Leben unter einer Depression, aber nur etwa 40 % der betroffenen Menschen suchen deswegen einen Arzt auf.

8.1 Symptome

Die depressiven Episoden bei PatientInnen mit affektiven bipolaren Störungen sind ähnlich der unipolaren Depression. Die Symptome unterscheiden sich nur wenig und im Allgemeinen dominiert auch bei der bipolaren Depression eine Niedergestimmtheit mit Energie- und Konzentrationsverlust (Walden et al., 2000, S.20).

Stimmung

- Gedrückte, dysphorische Stimmung
- Stimmungsschwankungen
- „Morgentief“ (das sich im Laufe des Tages bessert)
- Schuldgefühle
- Gefühl der Wertlosigkeit
- Empfindungsverlust für Freude (Anhedonie)
- Sozialer Rückzug (innere Emigration)
- Suizidgedanken

Aktivität

- Verminderter Antrieb
- Reduziertes Energieniveau
- Apathie oder Unruhe
- Verlangsamte Sprache

Körperliche Befindlichkeiten

- Schlafstörungen (Schlaflosigkeit/übermäßiger Schlaf)
- Essstörungen (Gewichtsab- oder Gewichtszunahme)
- Verminderter Sexualtrieb (Libidostörung)

- Müdigkeit, Kopfschmerz, Rückenschmerzen, Verstopfung
- Verschlechterung von Befindlichkeitsstörungen (Hypochondrie)

Denken

- Konzentrationsstörung
- Gedächtnisstörung
- Entscheidungsunfähigkeit
- Denkhemmung

Psychose

- Wahnideen (Versündigungs- oder Schuldwahn)
- Halluzinationen (Stimmenhören) (Wormer, 2002, S.26)

Je nach Anzahl und Schwere der Symptome kann eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer bezeichnet werden (DIMDI, 2011, S.188).

8.2 Verlauf

Eine Depression ist eindeutig von einer „normalen“ depressiven Verstimmung, wie zum Beispiel der Reaktion auf den Verlust eines Angehörigen, zu unterscheiden. Im Unterschied zu einer normalen Trauerreaktion, die nach einer gewissen Zeit wieder in eine ausgeglichene Gemütslage übergeht, ist die Depression das Gefangen sein in einer ständig gedrückten Stimmung. Der Stimmungszustand der Betroffenen wird von Gefühlen der Trauer, des Verlustes, von Bedauern und Hoffnungslosigkeit beherrscht. Der Depressive fühlt sich verantwortlich für Probleme und empfindet Schuld und Sünde. Dies kann bis zum Schuldwahn führen, wo sich der Betroffene, die Betroffene nichts anders wünscht als bestraft zu werden. Die Welt verliert ihre Farbe, alles scheint trist und trostlos. Das Essen verliert an Geschmack, das Interesse an angenehmen Aktivitäten geht verloren, alles scheint leer und grau. Es existiert nichts mehr was Freude bereitet und es treten Denk- und Befindlichkeitsstörungen auf oder gewinnen an Bedeutung. Wegen Beschwerden wie Kopfschmerz, Rückenschmerzen, Erschöpfungszuständen oder Verstopfung suchen die PatientInnen dann den Arzt auf. Im schwersten Stadium der Depression kann es zu wahnhaften Vorstellungen, wie dem Glauben zu verarmen, oder eine schwere Krankheit zu haben, kommen. Halluzinationen sind selten aber möglich (Wormer, 2002, S.23-25).

Durch die Ratlosigkeit und Aussichtslosigkeit ihrer Situation sind Menschen in der depressiven Episode auch eher selbstmordgefährdet oder versuchen, ihre Erkrankung

durch „Selbstheilversuche“ etwa mit Alkohol oder Drogen zu unterdrücken, was den Verlauf noch verkompliziert (Walden et al., 2000, S.21).

Die Erkennung und die Behandlung einer bipolaren Depression ist sehr schwierig. Eine Depression wird erst als bipolar angesehen wenn es mindestens einmal zu einer Manie oder Hypomanie gekommen ist. Jedoch haben etwa 60 bis 80 % der bipolar Erkrankten zuerst eine depressive Phase, deswegen wird der Hintergrund der Depression, nämlich die bipolare Störung zuerst nicht richtig und in der Folgezeit oft erst zu spät erkannt. Durch diese Fehldiagnose kann es zu einer falschen Therapie ohne Stimmungsstabilisierer, und dadurch zu einem „Switch“ in die Manie kommen (Grunze et al., 2001, S.12-14).

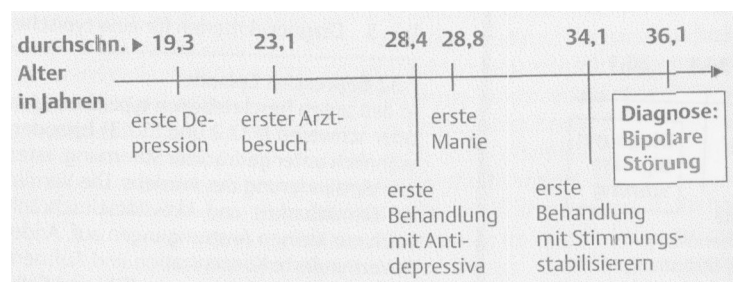


Abbildung 7: Zeitspanne zwischen der ersten depressiven Phase und der korrekten Diagnose (Grunze et al., 2001, S.14)

Eine Depression ohne entsprechende Therapie konnte noch vor wenigen Jahren zu einem Zustand der Lethargie, dem sogenannten depressiven Stupor bis zu einem Endstadium der völligen Abgestumpftheit und Unbeweglichkeit, der sogenannten Katatonie führen. Heute gibt es jedoch wirksame Antidepressiva und andere Therapieformen, die diese Zustände verhindern können (Wormer, 2002, S.27).

8.3 Kriterien

Kriterien für eine depressive Episode bei einer bipolaren Störung (nach DSM-IV):

- Fünf (oder mehr) der folgenden Symptome liegen während eines Zeitraums von zwei Wochen vor und werden als Veränderung des Funktionsstatus im Vergleich zum Zeitraum davor gesehen. Mindestens ein Symptom ist entweder gedrückte Stimmung oder Interessenlosigkeit beziehungsweise der Verlust, Freude zu empfinden.
- Die gedrückte Stimmung während der meisten Zeit des Tages und fast täglich wird selbst (man fühlt sich traurig oder leer) oder von anderen bemerkt.
- Das Interesse oder die Freude an allen oder fast allen Alltagsaktivitäten ist deutlich vermindert, während der meisten Zeit des Tages und fast täglich. Es wird entweder

selbst bemerkt oder von anderen beobachtet.

- Das Körpergewicht oder der Appetit nehmen ohne Diät signifikant ab oder zu.
- Der Patient leidet unter Schlaflosigkeit oder benötigt übermäßig viel Schlaf (Hypersomnie), fast täglich.
- Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung tritt fast täglich auf. Ruhelosigkeit oder Trägheit werden selbst bemerkt, und auch von anderen beobachtet.
- Müdigkeit oder Antriebslosigkeit treten fast täglich auf.
- Das Gefühl, wertlos zu sein, oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle (die wahnhaft sein können) treten fast täglich auf.
- Verminderte Denk- oder Konzentrationsfähigkeit tritt fast täglich auf, die selbst bemerkt oder von andern beobachtet wird.
- Der Patient hat wiederkehrende Gedanken an den Tod (nicht bloße Angst, zu sterben), wiederkehrende Suizidvorstellungen ohne speziellen Plan oder einen Suizidversuch oder Suizidpläne.
- Symptome erfüllen nicht die Kriterien einer gemischt bipolaren Episode.
- Die Symptome verursachen eine klinisch signifikante Belastung oder Störung der sozialen, beruflichen oder anderer wichtiger Funktionsbereiche (Walden et al., 2000, S.18).

9. Gemischt bipolare Episode

Mit dem steigenden Wissen über die affektiven bipolaren Erkrankungen steigt auch das Wissen über die verschiedenen Phasen. So wurde herausgefunden, dass es nicht nur abwechselnd Manie und Depression gibt, sondern auch Mischzustände, bei denen sowohl manische als auch depressive Symptome auftreten. Diese beiden Phasen können ebenfalls in einem raschen Wechsel innerhalb einer Krankheitsepisode vorkommen (Kasper et al., 2006, S.21).

Die gemischt bipolare Episode ist eine Phase mit Symptomen der Manie und der Depression, die gleichzeitig vorliegen und fast täglich, mindestens eine Woche lang auftreten (Wormer, 2002, S.193).

9.1 Symptome

Die diagnostischen Kriterien für diese Episode sind noch nicht eindeutig festgelegt und die Symptome sind sehr verschieden. Als symptomatische Kennzeichen werden desynchronisierte Elementarfunktionen wie Denken, Stimmung und Motorik sowie eine

Vielzahl unterschiedlicher Symptome, die innerhalb einer Krankheitsepisode stark zwischen den beiden Polen Manie und Depression wechseln können, angesehen.

Symptomauswahl der gemischten bipolaren Episode

- depressive, dysphorische Stimmung
- Reizbarkeit
- Hyperaktivität
- gepresste Sprache
- Feindseligkeit
- Ideenflucht
- Angstattacken
- Wahnvorstellungen (Wormer, 2002, S.28).

9.2 Verlauf

Die von einer gemischten bipolaren Episode betroffenen Menschen können zum Beispiel wie es typisch für die manische Episode ist, sehr schnell sprechen oder denken. Zeitgleich können sie jedoch auch sehr ängstlich sein und unter einer gedrückten Stimmung leiden. Alltagsfunktionen, soziale Aktivitäten und zwischenmenschliche Beziehungen sind während einer solchen Episode deutlich beeinträchtigt (Kasper et al., 2006, S.21).

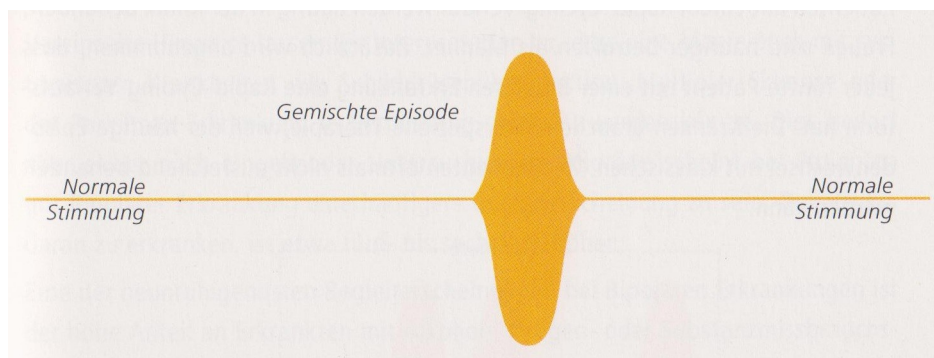


Abbildung 8: Gemischte bipolare Episode (Kasper et al., 2006, S.21)

Die bipolaren Mischzustände kommen häufiger vor als man zunächst angenommen hat. Zwischen 30 und 40 % der bipolar Erkrankten leiden auch unter diesen gemischten Episoden. Frauen sind fast doppelt so häufig betroffen wie Männer, die Episoden sind bei Frauen deutlicher ausgeprägt und sie müssen häufiger stationär behandelt werden. Bipolare Mischzustände haben eine schlechtere Verlaufsprognose und sind schwerer zu behandeln als andere Stimmungsstörungen (Wormer, 2002, S.28).

9.3 Kriterien

Kriterien nach den Diagnosekriterien DSM-IV für gemischte bipolare Episoden.

- Sowohl die Kriterien der manischen als auch der depressiven Episode treffen zu (mit Ausnahme der Zeitdauer), die Symptome sind fast täglich, mindestens eine Woche lang aufgetreten.
- Die Stimmungsstörung ist so ausgeprägt, dass berufliche oder alltägliche soziale Aktivitäten oder zwischenmenschliche Beziehungen schwer beeinträchtigt werden. Die Stimmungsstörung ist so ausgeprägt, dass eine stationäre Behandlung zum Schutz vor Selbst- oder Fremdgefährdung erforderlich wird oder es liegen psychotische Merkmale vor.
- Die Symptome beruhen nicht auf direkten körperlichen Wirkungen von Substanzen oder medizinischen Krankheitsfaktoren (Wormer, 2002, S.187)

10. Rapid Cycling

Rapid Cycling ist eine Sonderform der bipolaren affektiven Störungen. Bei dieser Form kommt es in zwölf Monaten zu mindestens vier Episoden einer manischen, hypomanen, depressiven oder gemischten Episode (Walden et al., 2000, S.21).

Beim Rapid Cycling kommt es zu einem schnellen Phasenwechsel. Die Phasen können in beliebiger Kombination und Reihenfolge auftreten (Kasper et al., 2006, S.22).

So kann eine manische Phase direkt in eine depressive Episode oder umgekehrt übergehen. Auch kann ein mindestens zweimonatiges Intervall normaler Stimmung zwischen den Krankheitsepisoden liegen (Wormer, 2002, S.29).

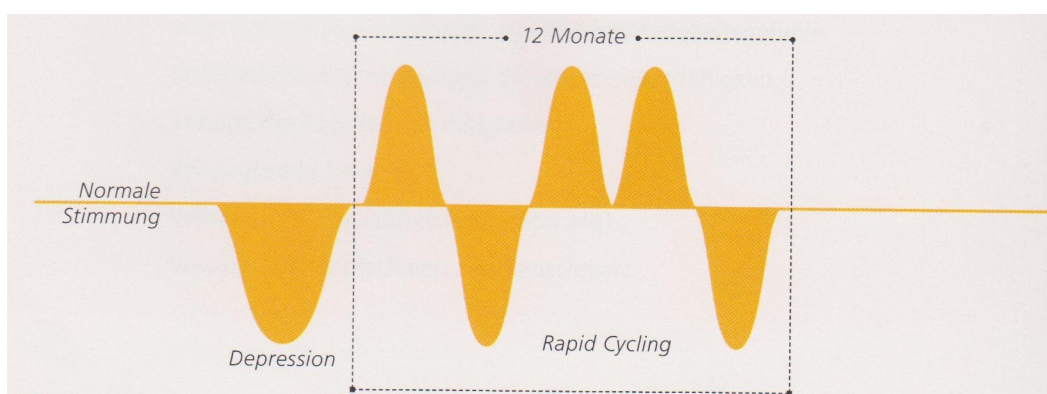


Abbildung 9: Rapid Cycling (Kasper et al., 2006, S.22)

Diese Störung kann entweder schon zu Beginn der Erkrankung vorhanden sein oder sich im Laufe der Erkrankung entwickeln. Etwa 15 bis 20% der PatientInnen mit bipolaren

affektiven Störungen fallen in diese Kategorie und Frauen sind häufiger betroffen als Männer (Walden et al., 2000, S.22).

Wenn sich der Phasenwechsel innerhalb von Tagen abspielt ist auch die Rede von „Ultra Rapid Cycling“. Wenn der Phasenwechsel innerhalb von Stunden eintritt wird auch von „Ultra ultra rapid Cycling“ gesprochen (Wormer, 2002, S.29).

Die Kranken brauchen eine spezielle Therapie, da der häufige Episodenwechsel mit klassischen Medikamenten oftmals nicht ausreichend behandelt werden kann (Walden et al., 2000, S.22).

11. Anhaltende affektive Störungen

11.1 Zylothymia

Bei der Zylothymie handelt es sich um eine andauernde Instabilität der Stimmung mit zahlreichen Perioden von Depression und leicht gehobener Stimmung (Hypomanie). Wobei aber keine ausreichend schwer und anhaltend genug ist, um die Kriterien für eine bipolare affektive Störung oder rezidivierende depressive Störung zu erfüllen. Diese Störung kommt häufig bei Verwandten von PatientInnen mit bipolarer affektiver Störung vor. Einige PatientInnen mit Zylothymia entwickeln schließlich selbst eine bipolare affektive Störung (DIMDI, 2011, S.190).

11.2 Dysthymia

Unter Dysthymie wird eine chronisch verlaufende, wenigstens mehrere Jahre andauernde leichte depressive Verstimmung verstanden. Sie ist weder schwer, noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen.

Die Symptomatik sollte

- mindestens zwei Jahre bestehen,
- an den meisten Tagen vorhanden sein,
- weniger ausgeprägt sein als bei einer depressiven Episode (Lemke, 2004, S.38).

12. Epidemiologie

In großen epidemiologischen Studien in den USA und in Europa wurde herausgefunden, dass nur 2,4-5,2% bipolare Erkrankungen in der Bevölkerung existieren jedoch, 18-23% reine Depressionen (Angst, 2012, S.903).

Weltweit gibt es erhebliche Unterschiede in der Häufigkeit von depressiven Störungen,

dennoch gehört die Depression in allen untersuchten Ländern und Kulturkreisen zu den häufigsten Erkrankungen überhaupt. Eine depressive Episode tritt häufig erstmals in der zweiten Lebensdekade auf und das Risiko zu erkranken nimmt mit dem Alter ab. Verbunden ist das erstmalige Auftreten auch mit so genannten „Life Events“, auch schwerwiegende Lebensereignisse genannt. Trotz der unterschiedlichen Prävalenzzahlen in den verschiedenen Ländern war deutlich zu sehen, dass das Risiko für Frauen, an einer Depression zu erkranken deutlich höher war als für Männer. Für diesen Unterschied gibt es ebenso wie für die Ursachen der Entstehung keine eindeutige Erklärung, auch hier scheint es multifaktoriell zu sein. Einerseits hängt es mit den hormonellen Einflüssen, andererseits mit der Zahl der wichtigen Lebensereignisse und den damit verbundenen Problemen zusammen (Lemke, 2004, S.20-21). Laut Lemke (2004) liegt die Ersterkrankung bei 40% aller Depressiven vor dem 20. Lebensjahr (Lemke, 2004, S.22). Bipolare Erkrankungen sind viel seltener als unipolare und werden auch schwerer diagnostiziert. Es wird vermutet, dass die bipolare Störung, deren Häufigkeit bei 40-50% aller affektiven Störungen liegt, unterschätzt wird (Angst, 2012, S.903).

Es herrscht derzeit noch ein Mangel an aktuellen und verlässlichen Daten zu bipolaren Störungen, sowohl was die Prävalenz, die Diagnostik als auch den Verlauf betrifft (Bock et al., 2005, S.93).

Anders als bei unipolaren Depressionen gibt es bei bipolaren affektiven Störungen keine gravierenden Unterschiede in der Prävalenz. Europäische Studien zeigen eine Prävalenzrate von 1,0 bis 1,7%. Ebenfalls zeigt sich bei bipolaren Störungen kein Geschlechtsunterschied. Im Gegensatz zu den unipolaren Erkrankungen ist der Erkrankungsbeginn bei bipolaren Störungen deutlich früher. Im Durchschnitt waren die PatientInnen, die an einer bipolaren Störung erkrankten um sechs Jahre jünger als PatientInnen mit Depressionen (Lemke, 2004, S.28).

In Deutschland sind etwa 1,5 bis 5% der Bevölkerung von bipolaren Erkrankungen betroffen und nur etwa 10 bis 15% erhalten eine entsprechende Behandlung. Damit sind in Deutschland mehr Menschen an bipolaren Störungen erkrankt als an Diabetes mellitus (DGBS, 2011, S.6).

Mehr als 50% der von bipolaren Störungen betroffenen Menschen bleiben länger als fünf Jahre nach Auftreten der ersten Symptome unbehandelt, 36% sogar länger als zehn Jahre. Bei etwa 73% wird zuerst eine andere Diagnose gestellt. Im Durchschnitt vergehen so bis zu acht Jahre, bis bei einem Patienten oder einer Patientin mit einer bipolaren Störung die zutreffende Diagnose gestellt wird. Damit geht wertvolle Zeit bis zum Beginn

einer Therapie verloren (Bock et al., 2005, S.96).

Bipolare Störungen treten gewöhnlich zwischen dem zwanzigsten und dreißigsten Lebensjahr auf und beginnen meist als unipolare Depressionen. Selten können die ersten Krankheitsepisoden auch schon bei Jugendlichen vorkommen (DGBS, 2011, S.6).

Etwa 20% der PatientInnen, die an einer Depression leiden, entwickeln später eine bipolare Störung, wobei das Risiko bipolar zu erkranken mit zunehmender Anzahl depressiver Episoden abnimmt und schon nach drei depressiven Episoden sehr gering ist (Lemke, 2004, S.38-39).

Die TACOS-Studie ist die einzige psychiatrische epidemiologische Feldstudie an einer repräsentativen Stichprobe der erwachsenen Allgemeinbevölkerung in Deutschland. Durchgeführt wurde die Studie in Lübeck und den umliegenden Gemeinden mit 1053 Probanden. Für die affektiven Störungen kam die Studie zu folgenden Ergebnissen: insgesamt gab es 501 Personen mit affektiven Störungen, wobei der Großteil mit 469 unter depressiven Störungen litt. Nur 18 Personen waren an einer bipolaren Störung erkrankt. Weiters zeigte sich, dass affektive Störungen nur wenig vom Einkommen oder der Schulbildung abhängig sind, jedoch sehr oft bei geschiedenen oder verwitweten Personen auftreten. Die meisten PatientInnen mit affektiven Störungen sind laut der Studie zwischen 30 und 40 Jahre alt (Meyer et al., 2000, S.539-541).

Runge et al (2004) hat die Krankheitskosten für bipolare Störungen in Deutschland auf 137,7 Millionen Euro direkte Kosten (diese umfassen die Ambulante Behandlung, Arzneimittel, stationäre Behandlung, Krankengeld und Rehabilitation) und 5.686,5 Millionen Euro indirekte Kosten (darunter fallen Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Suizide und krankheitsbedingte Arbeitslosigkeit) berechnet (Runge et al., 2004, S.899).

13. Therapie

Bis zu einer exakten Diagnose können bis zu acht Jahre vergehen, die PatientInnen haben bereits drei bis fünf verschiedene ÄrztInnen konsultiert und schon mehrere Therapieversuche gestartet. Die Prognose für affektive Störungen ist umso besser, je schneller eine Diagnose gestellt und eine entsprechende Therapie eingeleitet wird. Grundsätzlich gilt, je weniger Krankheitsphasen bis zur Einleitung einer Therapie vorliegen, desto besser sprechen die PatientInnen dann auf die Behandlung an. Weiters können durch eine schnelle und effektive Therapieeinleitung zusätzliche psychische und soziale Probleme vermieden werden.

- Vermeidung von Suizidversuchen: PatientInnen mit bipolaren Störungen gelten als

diejenigen mit dem höchsten Selbsttötungsrisiko. Besonders groß ist das Risiko während der Entstehung von affektiven Störungen und in depressiven Episoden.

- Vermeidung von Alkohol-, Drogen- und Medikamentenmissbrauch: Bei etwa der Hälfte der Erkrankten finden sich in der Krankengeschichte Hinweise auf Substanzenmissbrauch. Häufig werden diese als „Selbsttherapie“ eingesetzt um dadurch den Leidensdruck zu reduzieren.
- Vermeidung von Beziehungskonflikten und Erhaltung der Arbeitskraft.
- Vermeidung von falschen Behandlungsmethoden: Durch die falsche Behandlung kann es zu einer Verschlechterung der Erkrankung oder zu einer weiteren Erkrankung kommen (DGBS, 2011, S.5-6).

Ziele einer Behandlung sind:

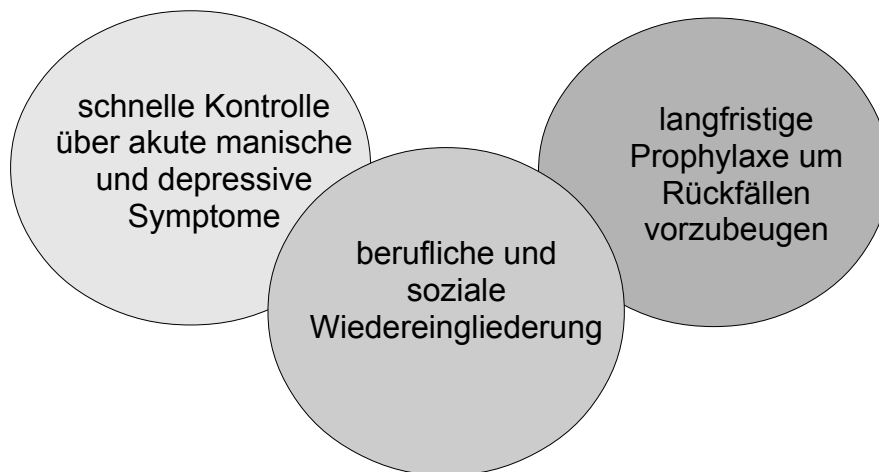


Abbildung 10: Behandlungsziele (Grunze et al., 2001, S.17)

Auf Grund der Analyse der Bedürfnisse des Patienten, der Patientin und der gewünschten Ziele der Behandlung ergeben sich bestimmte Anforderungen an die Therapie. Meist erleben stationär tätige Therapeuten und Therapeutinnen bipolare Menschen nur im akuten Zustand. Ärzte oder Ärztinnen die ambulant tätig sind, erleben die akuten Phasen hingegen nur begrenzt. Die Hilfe bei bipolaren und affektiven Erkrankungen sollte jedoch langfristig angelegt sein, da auch die Ziele langfristig umgesetzt werden müssen (Bock et al., 2005, S.133-134).

Die Behandlung bipolarer Störungen sowohl medikamentös als auch psychotherapeutisch lässt sich dabei in drei Therapiestufen einteilen.

- Akuttherapie
- Erhaltungstherapie
- Rückfallprophylaxe

Die Psychotherapie zielt auf eine Verhütung neuer Episoden ab, wobei die medikamentöse Therapie über den gesamten Krankheitsverlauf aufrechterhalten werden soll. Bipolare Erkrankungen können nicht geheilt werden, sie müssen ein Leben lang behandelt und können so erfolgreich unterdrückt werden (Grunze et al., 2001, S.17-18).

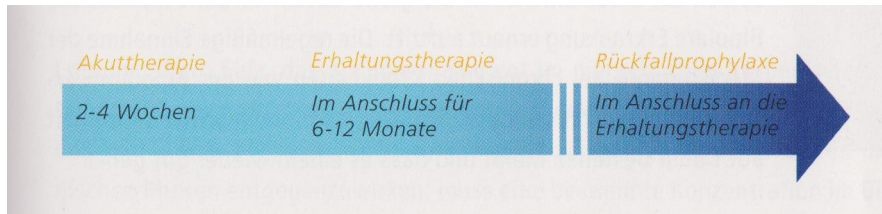


Abbildung 11: Therapie (Kasper et al., 2006, S.47)

In der Akuttherapie geht es um die Behandlung einer akuten Krankheitsepisode, also einer Manie oder einer Depression. Sobald erste Symptome auftreten, sollte mit einer Akuttherapie begonnen werden. Die Dauer und Intensität ist vom Patienten, von der Patientin und von der Schwere der Symptome abhängig. Generell dauert eine Akuttherapie bei Manie zwei bis vier Wochen. Bei der Depression muss mit mindestens vier Wochen gerechnet werden. Durch die vielfältigen Symptome müssen mehrere Medikamente gleichzeitig eingenommen werden. Die Akuttherapie dauert so lange bis die Behandlung anschlägt und sich die Symptome bessern.

Die Erhaltungstherapie setzt nach der Stabilisierung der akuten Symptomatik ein. Damit kann erst begonnen werden, wenn die Akutsymptomatik unter Kontrolle ist. Das Ziel der Erhaltungstherapie ist es, eine Beschwerdefreiheit zu erreichen und einen stabilen Zustand über einen Zeitraum von sechs bis zwölf Monaten zu sichern. In der Regel werden die Medikamente der Akuttherapie beibehalten und zusätzlich eine Psychotherapie eingeleitet.

Die Rückfallprophylaxe bedeutet, dass ein Patient oft Jahre bis ein Leben lang Medikamente einnehmen muss (Kasper et al., 2006, S.47-48).

Hier besteht ein großes Risiko, dass die Medikamente einfach selbstständig abgesetzt werden und es dadurch bei etwa 50 % der PatientInnen zu einem Rückfall kommt (Grunze et al., 2001, S.20).

13.1 Medikamentöse Therapie

Die Therapie mit Psychopharmaka ist die häufigste Form der Behandlung von affektiven Störungen. Sie ist umso erfolgreicher, je mehr der Patient, die Patientin über mögliche Nebenwirkungen, Dauer und Art seiner Behandlung weiß. Dadurch erhöht sich die

Compliance und damit auch der Behandlungseffekt (Lemke, 2004, S.79).

Zu den Psychopharmaka zählt man bei der Therapie affektiver Störungen Stimmungsstabilisierer (mood stabilizer), Antidepressiva sowie klassische und atypische Neuroleptika.

13.1.1 *Stimmungsstabilisierer*

Stimmungsstabilisierer haben sowohl antimanische, als auch antidepressive Wirkeigenschaften. Deswegen zählen sie zu den wichtigsten Arzneimitteln zur Behandlung von affektiven Störungen. Sie können sowohl alleine als auch mit anderen Medikamenten verabreicht werden und vermindern die Häufigkeit und Schwere der Stimmungsstörungen (Wormer, 2002, S.65).

Lithium ist seit 50 Jahren der Klassiker in der Behandlung bipolarer Störungen. Sofern es regelmäßig eingenommen wird, ist es sehr wirksam um Rückfälle zu verhindern (Grunze et al., 2001, S.21). Lithium ist ein natürliches Element, das in Mineralwasser, Meerwasser und in Erzen vorkommt. In der Natur ist Lithium als Ion einer Salzverbindung zu finden. Als Medikament hat Lithium ein enges therapeutisches Fenster, das bedeutet dass die Grenze zwischen wirksam und giftig sehr schmal ist. Bei der Therapie gegen Depressionen setzt die Wirkung häufig erst nach vier bis sechs Wochen ein. Bei der Manie kann eine Wirkung schon nach einer Woche beobachtet werden (Kasper et al., 2006, S.49-50). Die Standarddosierung für Lithium beträgt 0,8 bis 1 mmol/l. Mit einer höheren Dosierung steigt das Nebenwirkungsrisiko und bei niedrigerer Dosis kann es unwirksam sein. Die Dosierung muss jedoch individuell auf den Patienten, die Patientin ausgerichtet werden und der Arzt, die Ärztin muss regelmäßig mittels Bluttest den Lithiumgehalt im Blut überprüfen (Wormer, 2002, S.66-67).

Auf Grund des engen therapeutischen Fensters kann es auch zu Nebenwirkungen kommen, die oft dosisabhängig und meist reversibel sind. Häufige Nebenwirkungen sind ein feinschlägiger Tremor, Gewichtszunahme, erhöhtes Durstgefühl und vermehrtes Wasserlassen sowie Müdigkeit und Schwindel (Maneros, 2000, S.64).

Wenn Lithium verantwortungsbewusst und bei den „richtigen“ PatientInnen eingesetzt wird, kann es weiterhin auch trotz der Einschränkungen eine tragende Säule in der Behandlung sein (Grunze et al., 2001, S.23).

13.1.2 *Antidepressiva*

Um eine Therapie mit Antidepressiva zu beginnen gibt es eine Vielzahl von Entscheidungskriterien. Es muss beispielsweise geklärt werden wie schwer eine

Depression ist, welche Komorbidität besteht, Nutzen und Risiken müssen abgewägt und die Erwartungen des Patienten, der Patientin berücksichtigt werden (Lemke, 2004, S.80-81).

Antidepressiva greifen in den Zyklus der Neurotransmitter Serotonin und Noradrenalin ein, indem sie die Wiederaufnahme hemmen. Dadurch stehen mehr Botenstoffe zur Verfügung und der Mangel, der bei Depressionen typisch ist wird ausgeglichen.

Antidepressiva entfalten ihre Wirkung erst nach etwa zwei bis drei Wochen. Zu den Antidepressiva zählen selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), Serotonin-Noradrenalin- Wiederaufnahmehemmer (SNRI), Trizyklische Antidepressiva und Monoaminoxidase-Hemmer (MAO-Hemmer) (Kasper et al., 2006, S.56-59).

Die trizyklischen Antidepressiva waren die ersten Substanzen die zur Behandlung von Depressionen zur Verfügung standen und gehören immer noch zum therapeutischen Standard. Bei diesem Medikament kann es zu einer toxischen Reaktion und zu unangenehmen Nebenwirkungen wie Verstopfung, Mundtrockenheit sowie zu einer Erhöhung des Augeninnendruckes kommen.

Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer gehören zu den neuen Antidepressiva und zeigen weniger Nebenwirkungen als trizyklische Antidepressiva (Wormer, 2002, S.75-80).

13.1.3 *Antiepileptika*

Obwohl Antiepileptika wie Carbamazepin, Valproat und Lamotrigin zur Behandlung epileptischer Anfälle entwickelt wurden, kann bei ihnen auch eine positive Wirkung gegen affektive Störungen beobachtet werden (Grunze et al., 2001, S.24).

Valproinsäure wird oft anstatt Lithium eingesetzt und weist einige Vorteile gegenüber dem Stimmungsstabilisierer auf. So ist es zum Beispiel bei manischen Episoden rascher wirksam. Die volle Wirksamkeit wird innerhalb von fünf Tagen erreicht, ebenso kann Valproinsäure auch bei PatientInnen mit Rapid Cycling oder bipolaren Mischzuständen eingesetzt werden. Ein Nachteil ist, dass es nur eine geringe Wirksamkeit bei Depressionen zeigt. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Valproinsäure für PatientInnen mit Rapid Cycling, bipolaren Mischzuständen und Bipolar II Erkrankungen, Lithium hingegen für PatientInnen die an einer Bipolar I Störung leiden besser geeignet ist (Wormer, 2002, S.72).

Carbamazepin hat bereits eine lange Tradition in der Behandlung affektiver Störungen. Es deckt einen breiten Bereich der bipolaren Störungen ab und weist einen guten Erfolg als Medikament für die Phasenprophylaxe auf.

Das erst 1993 eingeführte Lamotrigin entfaltet seine Wirkung erst nach 8 Wochen und ist deswegen eher zur Vorbeugung bipolarer Depressionen zu verwenden. Die antidepressive Wirkung sowohl bei unipolaren als auch bipolaren Depressionen wurde durch verschiedenste Studien gesichert. Diese Antiepileptika werden häufig auch zur Gruppe der Stimmungsstabilisierer gezählt (Grunze et al., 2001, S.24-34).

13.1.4 Antipsychotika/Neuroleptika

Diese Antipsychotika lassen sich in klassische und atypische Neuroleptika einteilen, wobei die atypischen Neuroleptika für bipolare Störungen eine sinnvolle und wertvolle Behandlungsmaßnahme darstellen (Wormer, 2002, S.81).

Klassische Neuroleptika wirken beruhigend, dämpfend und einschläfernd, besonders in hoher Dosierung. Sie sind nur für Akutphasen geeignet, da sie sonst zu schweren und unangenehmen Nebenwirkungen wie Muskelsteifheit und Muskelzucken führen können. Durch die Weiterentwicklung klassischer Neuroleptika kam es zu den atypischen Neuroleptika. Dadurch konnten die Nebenwirkungen vermieden werden. Weiters kam es zusätzlich zur besseren Verträglichkeit auch zu einer stimmungsstabilisierenden Wirkung und zu einem verbesserten Einsatz, sowohl bei akuten Schüben, als auch in der Langzeitbehandlung (Kasper et al., 2006, S.60-62).

13.1.5 Benzodiazepin

Benzodiazepine (Tranquilizer) sind Beruhigungsmittel und dienen zur Zusatzbehandlung bei akuten Manien. Sie zielen darauf ab, eine Überaktivität zu reduzieren und wirken sedierend. Auf Grund des hohen Abhängigkeitspotentials sollte diese Medikamentengruppe nur sehr kurzfristig eingesetzt werden (Walden et al., 2000, S.68).

Für welche Medikamente und welche Zusammensetzung sich der Arzt entscheidet, hängt vom Patienten, der Patientin und vom Krankheitsbild ab. Es sollten so wenige Medikamente wie möglich verordnet werden und es sollte immer daran gedacht werden, dass Medikamente einige Zeit brauchen, um ihre Wirkung zu entfalten. Die Symptome werden also nicht sofort bekämpft und eine Besserung kann erst innerhalb von Wochen eintreten (Kasper et al., 2006, S.48).

13.2 Nicht-medikamentöse Behandlung

Unterstützend zur medikamentösen Behandlung sollte vor allem auch auf eine nicht-medikamentöse Behandlung zurückgegriffen werden. Dazu gehören zum Beispiel die

Elektrokrampftherapie (Elektrokonvulsive Therapie, EKT), Transkraniale Magnetstimulation, Vagusnerv-Stimulation, Schlafentzug, Lichttherapie und die Psychotherapie. Wobei auch hier vieles ausprobiert und das, für den Patienten Wirkungsvollste, ausgesucht werden muss (Wormer, 2002, S.92-101).

13.2.1 Elektrokrampftherapie

Die Elektrokrampftherapie ist die Therapie mit der wirksamsten Behandlung einer Depression und einer Manie, jedoch auch jene, die mit den größten Vorurteilen behaftet ist. Durch das Unwissen der Bevölkerung wird diese Therapieform oft mit Elektroschocks gleichgesetzt (Grunze et al., 2001, S.45). Anwendung findet diese Therapie bei lebensbedrohlichen oder therapieresistenten Depressionen. Die Behandlung wird während einer fünf minütigen Kurzzeit-Vollnarkose durchgeführt und es werden Medikamente zur Muskelrelaxation gegeben. An den Kopf des Patienten, der Patientin werden Elektroden angelegt, die einen kurzzeitigen elektrischen Wechselstrom oder einzelne Stromimpulse durch das Gehirn leiten. Dank modernster Technik können diese Stromstöße sehr präzise in Stärke und Dauer dosiert werden. Dies führt zu einem Krampfanfall des Patienten, der Patientin, vergleichbar mit einem starken Anfall eines Epileptikers, einer Epileptikerin. Die Behandlung wird meistens sechs bis zwölf Mal wiederholt, wobei in der Regel zwei bis drei Behandlungen pro Woche stattfinden. Durch die Krämpfe werden die Nervenzellen gleichzeitig und rhythmisch aktiviert und außerdem werden die wichtigsten Neurotransmitter ausgeschüttet. Es wird angenommen, dass es durch die elektrische Entladung im Gehirn zu einer Neuorganisation im Nervensystem kommt und dadurch zu einer positiven Wirkung auf den Therapieverlauf (Kasper et al., 2002, S.67-68). Als Kontraindikationen einer Elektrokrampftherapie gelten ein frischer Herzinfarkt, zerebrales oder orbitales Aneurysma, erhöhter Hirndruck, koronare Herzkrankheiten, schwere arterielle Hypertonie und pulmonale Erkrankungen (Marneros, 2000, S.92).

13.2.2 Psychotherapie

Als Unterstützung einer pharmazeutischen Therapie kann die Psychotherapie angesehen werden. Heute gibt es viele verschiedene Methoden, die als hilfreiche Ergänzungen eingesetzt werden können (Kasper et al., 2002, S.71).

Eine gute Therapie sollte immer aus der Kombination verschiedener Medikamente und unterschiedlicher Behandlungsverfahren bestehen. „Heute gibt es viele unterschiedliche psychotherapeutische Methoden, die als wertvolle, in vielen Fällen wahrscheinlich unverzichtbare Ergänzung zur psychiatrischen Arzneimitteltherapie zu betrachten sind. An

erster Stelle stehen die medizinische Beratung im ärztlichen Gespräch, die umfassende Information aller Beteiligten über die komplexe bipolare Erkrankung sowie eine maßgeschneiderte psychotherapeutische Begleitung für den Betroffenen, die Betroffene – insbesondere während beschwerdefreier Krankheitsphasen“ (Wormer, 2002, S.101-102).

Die Psychotherapie hat viele verschiedenen Ansätze, so kann man zum Beispiel unterscheiden zwischen:

- Gruppen und Einzeltherapien
- supportive Psychotherapie (das ärztliche Gespräch)
- klassische Psychoanalyse
- Verhaltenstherapie
- familienzentrierte Verhaltenstherapie
- interpersonelle und soziale Rhythmustherapie
- Psychosoziale Therapie (bei stationärer Aufnahme)
 - Milieuthherapie
 - Arbeitstherapie
 - Kunsttherapie
 - Musiktherapie (Kasper et al., 2006, S.71-75)

Die Psychoedukation ist besonders wichtig bei der Behandlung bipolarer Störungen. Hier geht es darum, dass PatientInnen und Angehörige über die Erkrankung und mögliche Behandlungsmethoden informiert werden. Dadurch wird die Compliance verbessert und der Umgang mit der Krankheit geschult. Die PatientInnen lernen dadurch, die Symptome zu erkennen, richtige Entscheidungen zu treffen und allmählich mit der Krankheit umzugehen. In Gruppensitzungen können sie ihre Erfahrungen mit anderen teilen und merken, dass sie nicht allein mit ihrer Erkrankung sind (Wormer, 2002, S.110-111).

Zusammenfassung

Affektive Störungen sind psychiatrische Erkrankungen, die vor allem eine Veränderung der Stimmung, des Affekts, der Motivation, des Antriebs und der Kognition nach sich ziehen.

Sie verlaufen phasenhaft und können in verschiedenen Formen auftreten.

In Österreich leben circa 400.000 Menschen zwischen Manie und Depression.

Affektive Störungen können mittels zweier anerkannter Klassifikationssysteme, dem ICD-10 und dem DSV-IV, eingeteilt werden.

Je nach Klassifikation gibt es unterschiedliche Einteilungen. Nach DSM-IV werden affektive Störungen Bipolar I, Bipolar II, zylothome Störung und nicht näher bezeichnete bipolare Störung eingeteilt. Nach ICD-10 können affektive Störungen in unterschiedliche Episoden unterteilt werden.

Die Ursachen für affektive Störungen sind sehr vielseitig und multifaktoriell. Es kann von genetischen, neurofunktionalen und psychologischen Ursachen ausgegangen werden, wobei dies bei jedem Patienten, jeder Patientin individuell unterschiedlich ist und immer mehrere Faktoren zusammenspielen.

Die Manie ist eine Hochstimmung die den Antrieb, die Stimmung und die Motivation steigert.

Die Hypomanie ist eine abgeschwächte Form der Manie und die Symptome sind geringer ausgeprägt.

Unter Depression versteht man eine ständige Niedergestimmtheit sowie einen Energie- und Konzentrationsverlust.

Eine gemischte Episode bedeutet, dass sowohl Manie als auch Depression gleichzeitig vorkommen können.

Unter Rapid Cycling versteht man einen schnellen Episodenwechsel und das Auftreten von mindestens vier Episoden innerhalb von zwölf Monaten.

Die Therapieformen für affektive Störungen sind sehr vielseitig. Es gibt sowohl medikamentöse als auch nicht-medikamentöse Methoden, wobei eine Kombination aus beiden die beste Wirkung erzielt.

Diskussion

Ich hoffe, in dieser Arbeit die mir anfangs gestellt Forschungsfrage: „Was sind affektive Störungen, wo liegen ihre Ursachen und wie können sie wirksam behandelt werden“ beantwortet zu haben.

Abschließend kann noch gesagt werden, dass affektive Störungen eine ernst zu nehmende und oft unterschätzte psychische Erkrankung darstellen. Oft werden die Symptome sowohl von PatientInnen als auch von ÄrztInnen nicht als krankhaft wahrgenommen. So vergeht wertvolle Zeit, in der schon eine Therapie gestartet werden könnte, denn die Prognose für die Erkrankung wird umso schlechter zu umso mehr Phasen es schon gekommen ist.

Trotz modernster Medizin und bildgebender Verfahren konnte noch keine eindeutige Ursache für die Entstehung dieser Störung festgestellt werden. Die Ursachen sind vielfältig und es müssen viele Faktoren eine Rolle spielen um wirklich an einer affektiven Störung zu erkranken.

Genau wie die Ursachen sind auch die Erscheinungsformen von affektiven Störungen sehr vielfältig. So kann zwischen Manie, Hypomanie, Depression, gemischten Phasen, Rapid Cycling und anhaltenden affektiven Störungen unterschieden werden.

Die Therapie ist sehr von den Bedürfnissen der PatientInnen abhängig und zielt vor allem auf die Kontrolle der Symptome, die soziale Wiedereingliederung und die Rückfallprophylaxe ab. Hier kann zwischen medikamentösen und nicht-medikamentösen Methoden unterschieden werden.

Obwohl nur etwa 1 – 1,5 % der Gesamtbevölkerung von affektiven Störungen betroffen sind, muss doch die Forschung vorangetrieben werden um den Menschen ein relativ normales Leben zu ermöglichen. Denn dieses ewige hin und her zwischen „himmelhoch jauchzend und zu Tode betrübt“ kann die Betroffenen in eine ausweglose Krise bis hin zum Suizid führen.

*„Freudvoll und leidvoll, gedankenvoll sein;
Langen und bangen in schwebender Pein;
Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt;
Glücklich allein ist die Seele, die liebt“
(Aus Johann Wolfgang von Goethes Trauerspiel „Egmont“)*

Literaturverzeichnis

Angst J. (2012) Sind bipolare Störungen viel häufiger als bisher angenommen?
Pro/Kontra. Nervenarzt 2012; 83:903-904.

Baumann B, Normann C, Biela H. Neurobiologische Grundlagen bipolarer affektiver
Erkrankungen. Nervenarzt 2003; 74:607-625.

Bock T, Koesler A. Bipolare Störungen. Manie und Depression verstehen und behandeln.
Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2005.

DGBS. Bipolare Störungen – Eine Erkrankung mit zwei Gesichtern. Deutsche Gesellschaft
für Bipolare Störungen e.V. 2012; S. 1-9.

DIMDI, ICD-10-GM, Version 2012, Systematisches Verzeichnis. Deutsches Institut für
medizinische Dokumentation und Information 2011; S. 1-829.

Grunze H, Walden J. Die bipolaren Störungen. Manisch-depressive Erkrankungen.
Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 2001.

Kasper S, Hauk P. Bipolare Erkrankungen. Zwischen Manie und Depression. Wien:
Verlagshaus der Ärzte GmbH; 2006.

Klinke R, Silbernagl S. *Lehrbuch Physiologie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2003

Lemke M.R. Affektive Störungen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, Stuttgart; 2004.

Marneros A. Manisch-depressive und andere bipolare Erkrankungen. Stuttgart: Georg
Thieme Verlag; 2000.

Meyer C, Rumpf H.-J, Hapke U, Dilling H, John U. Lebenszeitprävalenz psychischer
Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse der TACOS-Studie.
Nervenarzt 2000; 71:535-542.

Nöthen M.M, Rietschel M, Propping P, Maier W. Fortschritte in der Ursachenforschung affektiver und schizophrener Störungen. Deutsches Ärzteblatt 2004;49:3343-3347.

Psychremble Premium Online (2012): <http://han.medunigraz.at/han/Pschyrembel/> (7. September 2012)

Runge C, Grunze H. Jährliche Krankheitskosten bipolarer Störungen in Deutschland. Nervenarzt 2004;75:896-903.

Silbernagl S, Despopoulos A. *Taschenatlas Physiologie*, Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2007

Walden J, Grunze H. Bipolar affektive Störungen. Ursachen und Behandlung. 2. Auflage, Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2000.

Wormer E. J. Bipolar Leben mit extremen Emotionen. Depression und Manie. München: Droemersch Verlaganstalt Th. Knaur Nachf.; 2002.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Phasen der Bipolaren Störung (Kasper et al., 2006, S.12).....	11
Abbildung 2: Bipolar 1 (Kasper et al., 2006, S. 12).....	12
Abbildung 3: Bipolar 2 (Kasper et al., 2006, S.13).....	13
Abbildung 4: multiple Ursachen für affektive Störungen (Lemke, 2004, S.8).....	14
Abbildung 5: Neuron und Synapse (Wormer, 2002, S.59).....	16
Abbildung 6: Störungsmodell (Psychremble Premium Online, 2012, Manie).....	21
Abbildung 7: Zeitspanne zwischen der ersten depressiven Phase und der korrekten Diagnose (Grunze et al., 2001, S.14).....	29
Abbildung 8: Gemischte bipolare Episode (Kasper et al., 2006, S.21).....	31
Abbildung 9: Rapid Cycling (Kasper et al., 2006, S.22).....	32
Abbildung 10: Behandlungsziele (Grunze et al., 2001, S.17).....	36
Abbildung 11: Therapie (Kasper et al., 2006, S.47).....	37