

Bachelorarbeit

Köldorfer Irene

4.11.1988

Affektive Störungen- Achterbahn der Gefühle

Medizinische Universität Graz

Ao.Univ.-Prof. Dr.phil. Anna Gries

Institut für Physiologie

Harrachgasse 21/V

8010 Graz

Physiologie

2013

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebene Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten 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 15.8.2013


Unterschrift

Zusammenfassung

Affektive Störungen sind psychiatrische Erkrankungen, die sich in erster Linie durch Veränderungen von Affekt, Antrieb, Motivation, Denken und Wahrnehmung äußern. Darüber hinaus wirkt sich die Erkrankung auf sämtliche Lebensbereiche und -orientierungen der Patienten und Patientinnen aus.

Zum Krankheitsbild der affektiven Störungen zählen die unipolare Depression und die bipolare Störung. Eine Depression zeichnet sich vor allem durch chronisch gedrückte Stimmung, Interessensverlust und Antriebslosigkeit aus. Eine bipolare Störung ist durch einen Wechsel von Phasen der Depression und Manie charakterisiert. Durch die erheblichen negativen Auswirkungen der depressiven und bipolaren Störung auf das Leben der Erkrankten, ist eine adäquate Diagnose und Therapie von großer Wichtigkeit.

Diese Arbeit gibt einen Überblick über die Einteilung, Formen und Symptome von affektiven Störungen sowie über mögliche medikamentöse und nicht medikamentöse Behandlungsstrategien.

Abstract

Affective disorders are psychiatric diseases which are primarily expressed by changes of affect, impulse, motivation, thinking and cognition. Additionally, the disease affects areas and quality of patient's lives.

Unipolar depressions and bipolar disorders are characterised as the clinical picture of affective disorders. Depression is generally manifested as chronic depressed mood, a lost of interests and a pathological lack of motivation. In bipolar disorders patients experience changes of manic and depressive mood states.

Due to the considerable negative effect of depression and bipolar disorder on patient's lives, an appropriate diagnosis and therapy is of great importance.

This paper gives an overview of classifications, forms and symptoms of affective disorders, as well as possible medical treatment.

Inhalt

1 Einleitung	6
1.1 Ziel der Arbeit	7
1.2 Forschungsfrage	7
2 Klassifikation	7
2.1 ICD-10.....	8
2.2 DSM-IV.....	9
2.3 Der Unterschied zwischen unipolar und bipolar	10
3 Ätiologie	13
3.1 Genetik.....	14
3.2 Neurobiologie	14
3.2.1 Fehlregulation des noradrenergen Systems	15
3.2.2 Fehlregulation des serotonergen Systems	15
3.2.3 Die Kalzium Hypothese	15
3.2.4 Die HHN-Achse.....	16
3.2.5 Neuroanatomische Veränderungen.....	17
3.3 Neuropsychologie.....	17
3.3.1 Temperament und Persönlichkeit.....	18
3.3.2 Verhaltenstherapeutischer Ansatz.....	18
3.3.3 Psychosoziale Aspekte	19
3.3.4 Kritische Lebensereignisse	19
3.3.5 Integratives Modell	20
4 Depressive Störung	20
4.1 Erscheinungsbild und Symptome	21
4.2 Kriterien und Verlauf.....	25
4.3 Subtypen	26
4.3.1 Atypische Depression	26
4.3.2 saisonale Depression.....	27
4.3.3 versteckte Depression.....	27
5 Manie	27

5.1 Erscheinungsbild und Symptome	28
5.2 Kriterien und Verlauf.....	29
5.3 Hypomanie	30
6 Bipolare affektive Störung	31
6.1 Erscheinungsbild	32
6.2 Verlauf.....	33
6.3 Das bipolare Spektrum	33
7 Lang anhaltende affektive Störung	34
7.1 Dysthymia	34
7.2 Zykllothymia	35
8 Therapie der affektiven Störungen.....	35
8.1 Medikamentöse Therapie	36
8.1.1 Antidepressiva	36
8.1.2 Stimmungsstabilisatoren	38
8.1.3 Neuroleptika.....	38
8.1.4 Benzodiazepine	39
8.2 Nicht medikamentöse Therapie	39
8.2.1 Elektrokrampftherapie	40
8.2.2 Schlafentzugstherapie.....	40
8.2.3 Lichttherapie	41
8.2.4 Psychotherapie	41
9 Schlussfolgerung.....	42
10 Diskussion.....	42
11 Literaturverzeichnis.....	44
12 Abbildungsverzeichnis.....	45

1 Einleitung

In einer Gesellschaft, die von Leistungsdruck und Stress gekennzeichnet ist, leiden immer mehr Menschen an psychischen Erkrankungen. Es fällt ihnen schwer, dem Druck und den Anforderungen der modernen Lebenswelt standzuhalten und persönliche Schicksale zu verarbeiten. Das wirkt sich auf die Seele der Menschen aus.

Heutzutage zählen Depression und Manie zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Sie bilden die Dimensionen der affektiven Störungen, dabei handelt es sich um Erkrankungen die sich in Veränderungen von Affekt, Antrieb, Motivation, Denken und Wahrnehmung äußern. Darüber hinaus wirkt sich die Erkrankung auf sämtliche Lebensbereiche und -orientierungen der Patienten und Patientinnen aus.

Eine Person, die unter einer affektiven Störung leidet kann ihre Gefühle nicht mehr ausdrücken, findet keinen Halt oder Trost mehr und wird depressiv. Oder er legt den Weg nach vorne ein und wird manisch. Man fühlt sich antriebslos oder läuft auf Hochtouren, alles ist grau oder man schwebt auf Wolken- diese beiden Zustände sind zwei Extrempole. Sie können alleine- als unipolare oder gemeinsam- als bipolare Störung auftreten.

Bipolare Störungen wurden früher auch als manisch depressive Störung bezeichnet und stellen eine sehr schwere Erkrankung dar, die extreme psychosoziale und berufliche Folgen für die Betroffenen aufweist. Die Weltgesundheitsorganisation zählt sie zu den Erkrankungen, die im jungen Erwachsenenalter zu andauernden Behinderungen führen. Für viele Menschen, die von bipolaren Erkrankungen betroffen sind, kommt es soweit, dass sie ihrer beruflichen Tätigkeit nicht mehr nachgehen können.

Bipolare Patienten und Patientinnen schwanken zwischen Höhen und Tiefen. Euphorische Stimmung und extreme Energie, die kaum mehr steuerbar wird zeichnen die Phase der Manie aus. Dies kann übergehen in die depressive Phase: innere Leere und Erschöpfung sind charakteristisch für diesen Zustand. Dieser phasenhafte Verlauf ist ein typisches Charakteristikum der bipolaren Erkrankung.

Ein depressiver Mensch versucht zu trauern und gleichzeitig will er der Trauer entkommen und flieht in eine Distanz von sich selbst. Eine manische Person ist verzweifelt glücklich, und sucht das Glück dort wo sie es nie finden wird. Bald wird die Anstrengung zu groß und die Euphorie geht in Verzweiflung über.

Dadurch wird deutlich, wie sehr affektive Störungen auf die Lebensqualität und den Alltag der Betroffenen Einfluss nehmen. Eine adäquate Diagnose und Behandlung ist von großer

Wichtigkeit für die Patienten und Patientinnen um ihnen die Lebensqualität zurückzugeben, die durch die Krankheit gefährdet und eingeschränkt ist.

1.1 Ziel der Arbeit

Im Rahmen dieser Arbeit soll ein Überblick über die Einteilung von affektiven Störungen gegeben werden sowie über die genauere Symptomatik und Verlauf der einzelnen Störungen. Weiters werden mögliche Ursachen für die Krankheit aufgezeigt. Zusätzlich sollen mögliche medikamentöse Therapien sowie alternative Heilverfahren aufgezeigt werden.

1.2 Forschungsfrage

Aufgrund der immensen Wichtigkeit der adäquaten Behandlung und Therapie der Betroffenen lautet die Forschungsfrage dieser Arbeit: Wie können affektive Störungen eingeteilt werden und welche medikamentöse und nicht medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten gibt es für die Patienten und Patientinnen?

2 Klassifikation der affektiven Störungen

Um affektive Störungen einzuteilen werden weltweit zwei Klassifikationssysteme verwendet: das DSM-IV der American psychiatric association und das ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation WHO. Im deutschen Raum kommt es hauptsächlich zu einer Verwendung des ICD-10, das DSM-IV findet im amerikanischen und internationalen Wissenschaftsbetrieb Anwendung. Für den Praxisgebrauch sind beide Modelle gut einsetzbar. Sie können für eine Beschreibung der Störung und zu einer Verbesserung des ärztlichen Verständnisses über die Einteilungen herangezogen werden (Lemke 2004, S.5).

Die Einteilung von affektiven Störungen nach standardisierten Systemen erfolgt aus verschiedenen Gründen. Zum einen kommt es dadurch zu einer größeren Zuverlässigkeit der Krankheitsbezeichnungen und eine Vergleichbarkeit von Diagnosen auf internationaler Ebene wird ermöglicht. Zum anderen unterstützen die Systeme den Austausch der Ärzte und Kliniken über die Erkrankung untereinander und Fort- und Weiterbildungen können einheitlich strukturiert werden. Außerdem kann dadurch die medizinische Qualität gesichert werden(Lemke 2004, S.2).

2.1 ICD-10

Das ICD-10 der WHO zeichnet sich dadurch aus, dass es kriterienorientiert ist. Das bedeutet, dass vor einer Diagnosestellung überprüft werden muss, ob bestimmte Kriterien vorliegen. Affektive Störungen werden durch diese Kriterien nach Symptomen, Schwere, Dauer der Erkrankung und Risiko eines Rezidivs differenziert (Lemke 2004, S. 2-3).

„Die Einteilung der affektiven Störungen nach ICD-10:

- **F30: manische Episode**

F30.0 Hypomanie

F30.1/2 Manie ohne psychotische Symptomen/mit psychotischen Symptomen

- **F31: bipolare affektive Störung**

F31.0 gegenwärtig hypomanische Episode

F31.1/2 gegenwärtige manische Episode ohne psychotische Symptome/mit psychotischen Symptomen

F31.3 gegenwärtig depressive Episode

F31.4/5 gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome/mit psychotischen Symptomen

F31.6 gegenwärtig gemischte Episode

F31.7 gegenwärtig remittiert

- **F32: depressive Episode**

F32.0/1 leichte/mittelgradige depressive Episode

F32.2/3 schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome/mit psychotischen Symptomen

- **F33: rezidivierende depressive Störung**

F33.0/1 gegenwärtige leichte/mittlere Episode

F33.2/3 gegenwärtige schwere Episode ohne psychotische Symptome/mit psychotischen Symptomen

F33.4 gegenwärtig remittiert

- **F34: anhaltende affektive Störung (Dysthymia, Zykllothymia)**

F34.0 Zykllothymia

F34.1 Dysthymia

Fxx.x0/1 ohne somatische Symptome/mit somatischen Symptomen

- **F38: andere affektive Störungen**

- **F39: nicht näher bezeichnete affektive Störung“ (WHO 1993)**

Die affektiven Störungen werden im ICD-10 in 7 große Kategorien eingeteilt. Danach folgt eine weitere Subtypisierung, je nach Schweregrad und dem Vorhandensein von psychotischen Symptomen oder somatischem Syndrom. Bei einem einmaligen Auftreten kann es um eine manische oder depressive Episode handeln (F30, F32), bei mehreren Episoden liegt eine bipolare oder depressive Störung vor (F31, F33) und bei einer Persistenz der Symptomatik handelt es sich um eine anhaltende affektive Störung (F34) (Lemke 2004, S.3).

2.2 DSM-IV

„Das DSM-IV ist ein System der American psychiatric association und teilt die affektiven Störungen in folgende Kategorien:

- **Bipolare Störungen**

296.6x gemischt

296.4x manisch

296.5x depressiv

301.13 zyklothyme Störungen

296.70 bipolare Störung nicht näher bezeichnet (NNB)

- **Depressive Störungen**

Major Depression

296.2x Einzelepisode

296.3x rezidivierend

300.4x dysthyme Störung

311.0x depressive Störung NNB“ (American psychiatric association 1999)

Die fünfte Stelle der Ziffer in der DSM-IV Klassifikation wird kodiert mit 1= leicht, 2= mittel, 3= schwer, ohne psychotische Symptome, 4=schwer, mit psychotischen Symptomen, 5= partiell remittiert, 6= voll remittiert, 0= unbestimmt (Lemke 2004, S.4)

Ähnlich wie beim ICD-10 werden die Störungen nach folgenden Kriterien weiter charakterisiert: Vorhandensein von psychotischen Symptomen, Schwere, Vorhandensein eines melancholischen Typs oder eines somatischen Syndroms, Remission, Chronifizierung, Frequenz der Rezidive oder saisonales Auftreten (Lemke 2004, S.4).

Eine Besonderheit des DSM-IV Modells, im Gegensatz zum ICD-10 Modell, ist die Stellung von Diagnosen auf 5 verschiedenen Ebenen. Diese multiaxiale Diagnostik ermöglicht eine bessere Darstellung der komplexen klinischen Situation und berücksichtigt sowohl biologische als auch psychologische und soziologische Aspekte. Weiters gibt es Hinweise auf Prognose und Planung der Therapie (Lemke 2004, S.4).

„Die 5 Achsen des DSM-IV sind:

- *Achse 1: affektive Störungen*
- *Achse 2: Persönlichkeitsstörungen*
- *Achse 3: somatische Störungen*
- *Achse 4: Belastungsfaktoren*
- *Achse 5: psychosoziales Funktionsniveau“ (Lemke 2004, S.4)*

2.3 Der Unterschied zwischen unipolar und bipolar

Im Rahmen der affektiven Störungen gilt es zwischen uni- und bipolaren Störungen zu differenzieren. Bei einer unipolaren Störung handelt es sich um das Auftreten von depres-

siven Phasen ohne Vorliegen von manischen Episoden. Die bipolaren affektiven Störungen zeichnen sich durch die Abwechslung von depressiven und manischen Phasen oder durch das alleinige Auftreten von manischen Phasen aus (Hautzinger, Meyer 2010, S.4).

Tritt bei einem Patienten/einer Patientin zum ersten Mal eine depressive Episode auf, muss erst differenziert werden um welche Art von affektiver Störung es sich handelt. Es kann sich dabei um eine einzelne depressive Phase, den Beginn einer rezidivierenden unipolaren Depression oder der ersten Manifestation einer bipolaren Störung handeln. Nun gilt es nach Indikatoren zu suchen um eine richtige Unterscheidung zwischen unipolar und bipolar treffen zu können (Hautzinger, Meyer 2010, S.4).

Folgende Symptome gelten als Indikatoren für die Differenzierung zwischen uni- und bipolar:

- Schlafstörungen: Ein- und Durchschlafstörungen treten eher im Rahmen einer unipolaren Störung auf, erhöhtes Schlafbedürfnis ist im Rahmen von depressiven Phasen bei bipolaren Störungen häufig
- Psychomotorik: hier unterscheidet man zwischen psychomotorischer Unruhe (Agitiertheit) und psychomotorischer Verlangsamung (Sprachverlangsamung, verzögerte Reaktion). Patienten/Patientinnen, die unter unipolaren depressiven Phasen leiden, berichten verstärkt über Unruhe die oft als innere Unruhe erlebt wird, während sich Patienten/Patientinnen, die unter bipolaren depressiven Störungen leiden, eher durch Verlangsamung und Hemmung auszeichnen
- Appetit: Typisch für unipolare Depressionen sind Appetitmangel und damit geringere Nahrungsaufnahme, die mit Gewichtsverlust einhergehen. Bei Depressionen im Rahmen von bipolaren Störungen kommt es zu gesteigertem Appetit und vermehrter Nahrungsaufnahme (Hautzinger, Meyer 2010, S.4).

Auch das Auftreten von atypischen depressiven Symptomen kann als Indikator für bipolare Störungen gesehen werden. Dabei handelt es sich um Symptome wie vermehrtem Appetit, emotionale Reagibilität und interpersonelle Sensitivität. Des Weiteren wird berichtet, dass Depressionen im Rahmen einer bipolaren Störung abrupt beginnen, wo hingegen unipolare depressive Störungen langsam beginnen und sich allmählich steigern (Hautzinger, Meyer 2010, S.4).

Zusätzlich zur Entscheidung, ob es sich um eine unipolare oder bipolare Erkrankung handelt, sollte eine Familienanamnese des Patienten/ der Patientin durchgeführt werden. Dies erweist sich auch als hilfreich um pseudounipolare Patienten/Patientinnen zu identifizieren. Das sind Patienten/Patientinnen, die unter depressiven Phasen leiden, allerdings eine positive Familienanamnese für bipolare Erkrankungen aufweisen. Eine besondere Gefahr ist dabei die Behandlung mit Antidepressiva, da pseudounipolare Patienten/Patientinnen unter deren Wirkung hypomanisch oder manisch werden können. Um pseudounipolare Patienten/Patientinnen wirklich als solche zu erkennen, sollte auf 3 typische Charakteristika geachtet werden: frühes Erkrankungsalter, hohe Episodenfrequenz und positive Familienanamnese für bipolare Störungen (Marneros 2000, 12).

Die Gefahr für eine falsche Diagnostizierung als unipolar, obwohl eine bipolare Störung vorliegt, ist sehr groß. Der Grund dafür sind depressive Episoden, die oftmals den Beginn von bipolaren Erkrankungen darstellen. Falsch unipolare Patienten/Patientinnen, die als unipolar diagnostiziert wurden, weisen später hypomanische oder manische Phasen auf. Relativ sicher als richtig unipolar diagnostiziert werden, kann der Patient/die Patientin erst ab der 3. bzw. 4. depressiven Phase (Marneros 2000, S.13).

Tab. 2.1 Alters- und Geschlechtsverteilung depressiver Erkrankungen

unipolare Depression	bipolare Störung
weltweite Prävalenz 1,5 – 19%	weltweite Prävalenz 0,3 – 1,5%
mittleres Alter bei Ersterkrankung > 30 Jahre	mittleres Alter bei Ersterkrankung < 30 Jahre
Frauen doppelt so häufig betroffen	Frauen und Männer gleich betroffen

Abb.1: Alters- und Geschlechtsverteilung depressiver Erkrankungen (Grunze, Walden 2000, S.9)

Unipolare und bipolare Störungen unterscheiden sich bezüglich Alter- und Geschlechtsverteilung. Bipolare Erkrankungen manifestieren sich wesentlich früher als unipolare Depressionen. 75% der Patienten/Patientinnen die an einer bipolaren Störung erkranken, erleben die erste Krankheitsepisode bis zum 25. Lebensjahr. Frauen erkranken doppelt so häufig an unipolaren Depressionen als Männer, bei den bipolaren Störungen ist die Geschlechterverteilung ungefähr gleich (Grunze, Walden 2000, S.9)

Obwohl das alleinige Auftreten von Depressionen als unipolare Störung definiert wird, gibt es keine derartige Bezeichnung für das alleinige Auftreten von manischen Episoden. Das liegt daran, dass das Vorkommen von nur manischen Phasen sehr gering ist. Weiters wird

das Vorkommen einer monopolen Manie eher als Artefakt gesehen, da sie sehr wohl von depressiven Phasen begleitet wird, die allerdings nur von leichter Form sind und somit klinisch keiner Behandlung bedürfen. Darüber hinaus unterscheiden sich Patienten/Patientinnen mit lediglich manischen Phasen nicht von denjenigen, die auch depressive Episoden haben (Marneros 2000, S.9).

3 Ätiologie

Für lange Zeit wurden als Erklärung und Ursache für affektive Störungen, reine biologische Konzepte zur Rate gezogen. Diese gehen davon aus, dass die Ursachen für affektive Störung endogen sind, also auch genetisch vorgegeben.

Ein Modell, das als Beispiel dafür steht, ist das Kindling Modell. Dabei wird davon ausgegangen, dass es zwischen dem Verlauf von affektiven Störungen und dem Verlauf von epileptischen Anfällen Parallelen gibt. Das Kindling Modell vertritt die Annahme, dass es zu einer Zunahme der Stärke der Episoden kommt und dass sich die Zeit zwischen den Episoden verkürzt und die gesunden Phasen immer mehr abnehmen. Weiters postuliert es, dass die Episoden ohne Auslöser spontan auftreten und somit die Bedeutung von psychischen Faktoren als Auslöser abnimmt (Hautzinger, Meyer 2010, S. 19-20).

Viele Studien versuchen dieses Modell zu belegen und zeigen auf, dass kritische Ereignisse im Leben eines Menschen vor allem am Anfang der Erkrankungen eine wichtige Rolle spielen, mit der Zeit aber an Bedeutung abnehmen. Außer Acht gelassen wird hierbei aber die Suche nach Erklärungen der Betroffenen oder die alltägliche Belastung, die im Verlauf der Krankheit eine ausschlaggebende Rolle spielen (Hautzinger, Meyer 2010, S.20).

Daran wird erkenntlich, dass weder rein biologische Ursachen, Umweltfaktoren oder endogene Faktoren als Auslöser für affektive Störungen stehen, sondern ein multifaktorielles Zusammenspiel ursächlich für die Entstehung der Erkrankung ist. Dabei lassen sich diese Faktoren in 3 Komponenten einteilen: biologisch, psychologisch, psychosozial. Daraus entsteht ein biopsychosoziales Modell, das davon ausgeht, dass eine Ebene die andere beeinflusst. So wirken sich Störungen auf der einen Ebene auf Funktionen auf der anderen Ebene aus. Für die Erkrankung bedeutet das, dass in der Entwicklung, dem Verlauf und der Therapie somatische, psychologische und soziale Faktoren beteiligt sind (Lemke 2004, S.7-8).

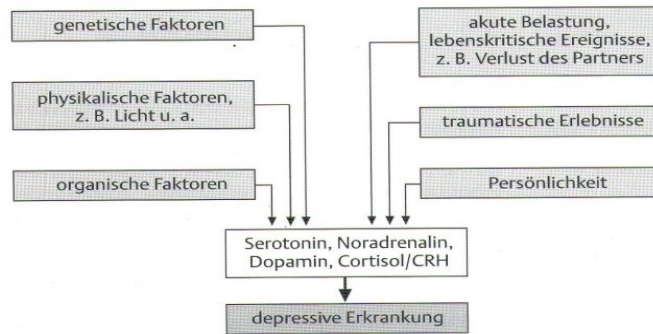


Abb. 2: Multiple, an der Genese affektiver Störungen beteiligte Faktoren (Lemke 2004, S.8)

3.1 Genetik

Genetische Faktoren spielen eine wesentliche Rolle bei der Entstehung von affektiven Störungen. Dies konnte durch zahlreiche Familienstudien belegt werden. So zeigen die Ergebnisse, dass für Angehörige ersten Grades von Patienten/Patientinnen, die an einer bipolaren Störung erkrankt sind, die Erkrankungsraten bei 16% für bipolar und 11% für unipolar liegen. Das Erkrankungsrisiko der Allgemeinbevölkerung liegt bei lediglich 3% und 1% für unipolare bzw. bipolare Erkrankungen (Meyer, Hautzinger 2010, S.22).

Allgemein lässt sich sagen, dass das Erkrankungsrisiko für Verwandte von bipolaren Patienten/Patientinnen viel höher ist als für Verwandte von unipolaren Patienten/Patientinnen. Das gleiche gilt für das Wiederholungsrisiko von affektiven Störungen (Marneros et al. 1999, S.318).

Aus den Ergebnissen der Studien wird errechnet, dass die Wahrscheinlichkeit einer Vererbung von einer bipolaren Störung bei 80-90% liegt. An diesem Vorgang sind zahlreiche Gene und Genabschnitte beteiligt. Dabei gilt es, die Gene herauszufiltern, die an der Entstehung der Erkrankung beteiligt sind, also die Suche nach den sogenannten Kandidatengenen. Das sind Gene, die die Codierung für Neurotransmitter wie Noradrenalin, Dopamin und Serotonin, und für intrazelluläre second messenger (z.B. G-Protein) enthalten (Hautzinger, Meyer 2010, S.22).

3.2 Neurobiologie

Neurotransmitter wie Noradrenalin, Serotonin und Dopamin spielen eine zentrale Rolle bei der Pathogenese von affektiven Störungen. In vielen Theorien und Modellen wird angenommen, dass deren Aktivität bei depressiven Störungen reduziert ist und relevante Medi-

kamente wie Antidepressiva den Spiegel der Substanzen erhöhen müssen um eine Wirkung zu erzielen (Lemke 2004, S.9).

Durch zahlreiche Belege wird bestätigt, dass die Neurotransmittersysteme fehlreguliert sind und so zum Beispiel in einer manischen Phase der Grundumsatz von Neurotransmittern deutlich erhöht ist. Bipolare Patienten/Patientinnen weisen dabei eine größere Dysregulation auf als unipolare depressive Patienten/Patientinnen (Hautzinger, Meyer 2010, S.23).

3.2.1 Fehlregulation des noradrenergen Systems

Das noradrenerge System zeigt deutliche Fehlregulationen auf. Das Kerngebiet im Gehirn (Nucleus coeruleus), das an Stimmungsmodulation und Aufmerksamkeitsniveau beteiligt ist, weist eine große Anzahl von noradrenergen Zellen auf. Bei Patienten/Patientinnen mit unipolaren Depressionen und bipolaren Störungen konnte eine erhöhte Konzentration von Noradrenalin im Liquor und im Urin nachgewiesen werden. Dabei wurden für das Abbauprodukt von Noradrenalin erhöhte Werte im Blut und Liquor gemessen, im Urin wurde allerdings eine geringe Konzentration nachgewiesen. Auch in weiteren morphologischen Studien wurde ein erhöhter Grundumsatz für Noradrenalin und eine hohe Konzentration des Noradrenalin abbauenden Enzyms entdeckt (Bock, Koesler 2005, S.55-56).

3.2.2 Fehlregulation des serotonergen Systems

Auch das serotonerge Transmittersystem ist an der Pathogenese von affektiven Störungen beteiligt. Die Funktion von Serotonin ist die Aktivierung von Muskelbewegungen sowie die Hemmung von Sinneswahrnehmungen und die Ausbildung von Emotionen im limbischen Teil des Gehirns. Während serotonerge Nervenzellen nur im Hirnstamm vorkommen, sind deren Nervenzellendigungen über das ganze Gehirn verstreut. Bei Patienten/Patientinnen die unter einer bipolaren affektiven Störung leiden wurde ein erhöhter Wert von Serotonin in den Thrombozyten, den Blutzellen die bei der Gerinnung beteiligt sind, nachgewiesen. Dabei war die Geschwindigkeit, mit der Serotonin in die Blutzellen aufgenommen wird, relativ gering, die Konzentration in Blut und Urin war allerdings nicht wesentlich anders als bei gesunden Personen (Bock, Koesler 2005, S.56).

3.2.3 Die Kalziumhypothese

Auch die Kalziumhypothese wird als Ursache für Manie und Depression gesehen. Die Neurotransmitter Noradrenalin, Serotonin und Dopamin können zu einer Erhöhung der

Konzentration von Kalzium im Inneren der Zelle führen. Dabei strömt entweder Kalzium aus dem Extrazellulärraum ins Zellinnere oder Kalzium wird aus den intrazellulären Speichern in den Extrazellulärraum abgegeben. Diese Mobilisation von Kalzium ist ein lebenswichtiger Vorgang für die intrazelluläre Signalweiterleitung, als auch für die Langzeitpotenzierung, welche zu funktionellen und plastischen Veränderungen in der Zelle führt und die Übertragung im Gehirn verlängert. Die Langzeitpotenzierung ist ein wichtiger Vorgang für Lernen, Gedächtnis und Vergessen. Durch die Erhöhung des Kalziums im Zellinneren kommt es zu einer gesteigerten Noradrenalinausschüttung, welche eine erregungssteigernde Wirkung hat. Weiters wird die Na⁺/K⁻-ATPase gehemmt, was zu einer verlangsamt Repolarisation der Zelle führt, das Erregungsniveau der Zelle zusätzlich erhöht und sich als manisches Symptom äußert. Sobald die Kalziumkonzentration eine Schwelle erreicht, aktiviert sich ein Selbstschutzmechanismus des Körpers und die Transmitterausschüttung wird gedrosselt. Dies steht als Erklärung für eine anschließende depressive Phase (Grunze, Walden 2000, S.31-33).

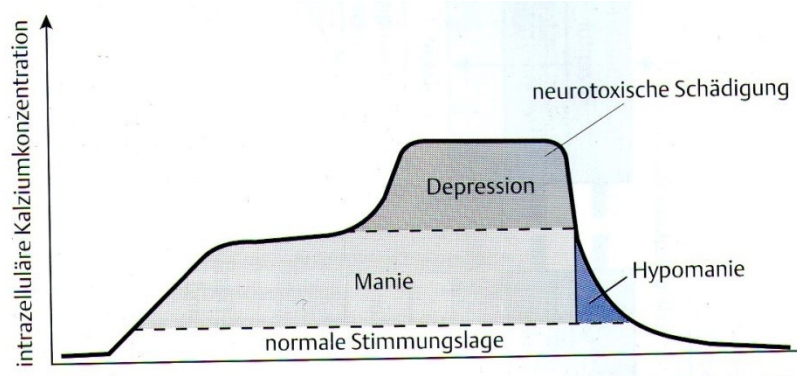


Abb. 3: Darstellung des Zusammenhangs zwischen intrazellulärem Calciumanstieg und affektiven Störungen (Grunze, Walden 2000, S. 32)

Diese Prozesse alleine sind nicht als Ursache von affektiven Störungen zu sehen, sondern vielmehr als Zwischenglieder, die zu einem Ausbruch der Krankheit führen können (Bocke, Koesler 2005, S.56).

3.2.4 Die HHN-Achse

Neben den Veränderungen in den Neurotransmittersystemen wird davon ausgegangen, dass die Hyperaktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse (HHN-Achse) eine Beteiligung an der Pathogenese von affektiven Störungen hat. Die gesteigerte Aktivität des Hirnareals führt zu einer vermehrten Ausschüttung von Glucocorticoiden ins Blut. So wurde bei depressiven Patienten/Patientinnen ein erhöhter Spiegel des Stresshor-

mons Kortisol nachgewiesen, das in der Nebennierenrinde gebildet wird und dessen Ausschüttung durch das Corticotropin-Releasing-Hormon (CRH) stimuliert wird. CRH hat eine angstauslösende und depressiogene Wirkung. Durch die Reduzierung des Kalium-einstroms in die Zellen des Hippocampus im Großhirn führt CRH zu einer gesteigerten Erregbarkeit. Im Liquor von Patienten/Patientinnen mit depressiven Störungen wurde eine erhöhte Konzentration von CRH nachgewiesen. Eine längerfristige Erhöhung der Glucocorticoide führt zu einer negativen Beeinflussung der Transmitteraktivitäten. So kommt es zum Beispiel zu einer Down-Regulation des Serotoninsystems (Lemke 2004, S. 11).

3.2.5 Neuroanatomische Veränderungen

Durch bildgebende Untersuchungen (MRT, PET etc.) konnten bei Patienten/Patientinnen mit affektiven Störungen Veränderungen der Struktur des Gehirns nachgewiesen werden. So zeigte sich, dass die Ventrikel und die Faltenzwischenräume um 15% vergrößert sind. Es wurden auch vermehrt weiße Flecken auf der grauen Hirnmasse entdeckt. Es wird vermutet, dass dies auf eine Veränderung der Anzahl der Hirnzellen zurückzuführen ist. So sind bei bipolaren Patienten/Patientinnen weniger Gliazellen vorhanden als üblich. Diese Zellen unterstützen die Nervenzellen als Helferzellen, indem sie diese vor Infektionen und Schadstoffen schützen und dafür sorgen, dass sie genügend Nährstoffe erhalten (Dahl, Sienaert 2003, S.42-43).

Folgende Areale des Gehirns einer erkrankten Person sind betroffen: das limbische System (Hippocampus, Amygdala), Basalganglien, medialer Thalamus und vordere Großhirnrinde (Lemke 2004, S.11-12).

Diese neuroanatomischen Veränderungen werden aber eher als Folge der Störungen im Transmittersystem gesehen und nicht als eigentliche Ursache von affektiven Störungen (Hautzinger, Meyer 2010, S.24).

3.3 Neuropsychologie

Bei Patienten/Patientinnen mit affektiven Störungen wurden Defizite in Aufmerksamkeit, Kurzzeitgedächtnis, Handlungsregulation und des Lernens festgestellt. Zu den gefundenen Defiziten und Unterschieden im Gegensatz zu gesunden Personen lässt sich aber nicht genau sagen, ob es sich dabei um die Folge der Erkrankung handelt, den Ausdruck von akuter Symptomatik oder um Vorläufer des Ausbruchs der Krankheit (Hautzinger, Meyer 2010, S.25).

Metaanalysen zeigen, dass die Intelligenz von bipolaren Patienten/Patientinnen geringer ist als die von gesunden Personen. Auch beim psychomotorischen Funktionsniveau (Spontanaktivität, Sprache, Geschwindigkeit) zeigen sich Unterschiede zu gesunden Kontrollpersonen. Bipolare Patienten/Patientinnen weisen dabei größere Defizite auf als unipolare depressive Patienten/Patientinnen (Hautzinger, Meyer 2010, S.25).

Das Aufmerksamkeitsniveau ist bei manischen Patienten/Patientinnen am geringsten und zeigt auch in Remission immer noch deutliche Defizite gegenüber gesunden Personen. Auch Lern- und Gedächtnisleistungen fallen bei Patienten/Patientinnen mit affektiven Störungen schlechter aus als bei gesunden Personen, selbst wenn sich die erkrankten Personen in Remission befinden (Hautzinger, Meyer 2010, S.25).

Der Grund für die Defizite der handlungsbezogenen Intelligenz, der Aufmerksamkeit, der motorischen Fähigkeiten sowie des Gedächtnisses sind die Veränderungen der neuroanatomischen Struktur (siehe Kap. 3.2.5)

3.3.1 Temperament und Persönlichkeit

Schon oft wurde die Bedeutung von Persönlichkeit und Eigenschaften eines Menschen im Zusammenhang mit affektiven Störungen diskutiert. Bestimmte Eigenschaften (Hyperthyrie, Neurotizismus etc.) und Temperamente (hypoman, depressiv etc.) werden als Risikofaktoren und Prädiktoren für affektive Störungen gesehen. Diese Annahmen sind sehr kontrovers und weisen keine einheitliche Befundlage auf. Dennoch wird empfohlen, die Persönlichkeitsfaktoren und Eigenschaften einer erkrankten Person in der Therapie stärker zu beachten, da sie im Aufbau der therapeutischen Beziehung eine wichtige Rolle spielen (Hautzinger, Meyer 2005, S. 28).

3.3.2 Verhaltenstheoretischer Ansatz

Depressionen sind im Rahmen dieses Ansatzes, als erlerntes und dysfunktionales Verhalten zu verstehen, das auf negative Erfahrungen und einen Mangel an Verstärkern (fehlende positive Verstärker) zurückzuführen ist (Lemke 2004, S.14).

Grundsätzlich führt eine geringe positive Verstärkung wie der Mangel an positiven Erfahrungen, zu depressiven Äußerungen von Personen und verringert zusätzlich die zukünftige Anzahl an positiven Verstärkern. Durch kurzfristige Hilfsangebote und Anteilnahme wird das depressive Verhalten zusätzlich verstärkt. Auch der Mangel an Handlungsalternativen

und gestörten Kommunikationsstrukturen führt dazu, dass das depressive Verhalten aufrechterhalten bleibt (Lemke 2004, S.14-15).

Menschen, die depressiv sind, neigen zu Rückzug aus dem sozialen Leben bis hin zur Isolation. In diesem Zustand sind keine positiven Verstärker vorhanden und können auch nicht erreicht werden. Depressive Symptomatik kann sich im schlimmsten Fall in einem depressiven Stupor, einer extremen Ausprägung der Symptome äußern (Lemke 2004, S.15).

Das Ziel der Therapie auf verhaltenstherapeutischer Ebene ist, die sozialen Kompetenzen und Aktivitäten der Patienten/Patientinnen zu fördern. Dies kann zu einer Verbesserung von positiven Verstärkern und somit zu einer verbesserten Stimmungslage führen (Lemke 2004, S.15).

3.3.3 Psychosoziale Aspekte

Sozioökonomische Faktoren können das Entstehen für depressive Erkrankungen begünstigen und stellen somit einen Risikofaktor für affektive Erkrankungen dar. Variablen wie chronische Gesundheitsprobleme, Obdachlosigkeit, niedriges Einkommen, geringes Bildungsniveau und Erwerbslosigkeit stehen im größten Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen. Diese Faktoren sind allerdings nicht als alleinige Ursache für die Manifestation einer Depression zu sehen, sondern führen durch multikausale Einflüsse zum Ausbrechen einer Krankheit (Lemke 2004, S.15).

3.3.4 Kritische Lebensereignisse

Diese gelten als generelle Risikofaktoren für psychiatrische Erkrankungen. Für unipolare depressive Störungen sind vor allem Faktoren wie Enttäuschung, Verlust, Versagen und zwischenmenschliche Krisen am ausschlaggebendsten (Lemke 2004, S.15).

Diese Faktoren sind Ereignisse, die für die Betroffenen eine besondere Bedrohung darstellen und auch noch nach längerer Zeit als bedrohlich aufgefasst werden. Zu Verlust zählen der Tod oder die Trennung von geliebten Menschen oder die Nichterfüllung von Träumen, Vorstellungen und Erwartungen an soziale Rollen. Zusätzlich sind negative Erfahrungen und Ereignisse aus der Kindheit ein Vulnerabilitätsfaktor und Prädiktor für depressive Erkrankungen. Dabei ist zum Beispiel nicht der Verlust der Mutter in jungen Jahren das Problem, sondern die Qualität der Versorgung ist nach dem Verlust ausschlagge-

bend. Als psychosoziale Schutzfaktoren sind soziale Beziehungen und Unterstützung identifiziert worden (Lemke 2004, S.15).

3.3.5 Integratives Modell

Dieses Modell stellt eine Theorie für die Entstehung von Depressionen dar und berücksichtigt dabei sowohl psychosoziale als auch biologische Faktoren, deren Zusammenspiel zum Ausbruch der Erkrankung führen kann. Zwischen den Stufen der Bildung von psychologischen Narben und der Reaktivierung können 10-20 Jahre liegen, die sogenannte Latenzphase (Lemke 2004, S.16).

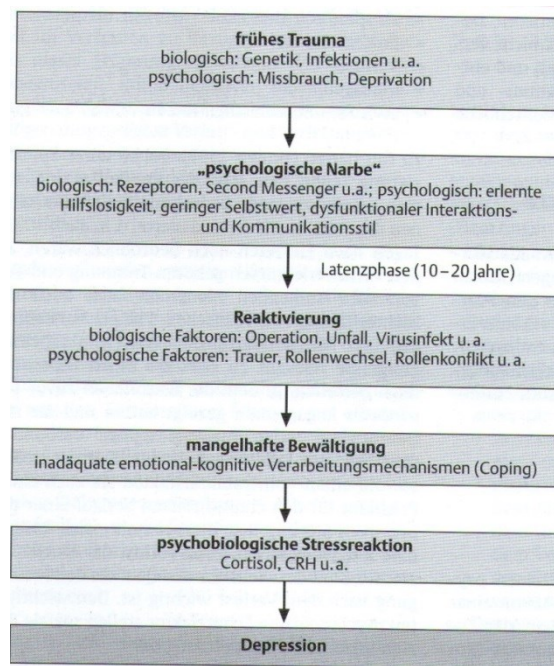


Abb.4: Integratives Modell zur Depressionsentstehung nach Aldenhoff 1997 (Lemke 2004, S.16)

4 Depressive Störung

„Depression is awful beyond words or sounds or images“ Kay Redfield Jamison 1995

Depressionen zählen zu den häufigsten Erkrankungen weltweit. Sie haben nicht nur Auswirkungen auf den Patienten/die Patientin selbst, sondern belasten das gesamte Gesundheitswesen. Die Behandlungskosten für Depressionen sind pro Jahr und pro Patient/Patientin genauso hoch wie für Bluthochdruckerkrankungen (Lemke 2004, S.19).

Ursachen für Depressionen können familiär, also genetisch bedingt sein. Es wird allerdings davon ausgegangen, dass die Lebensumstände und die Fähigkeiten eines Individuums als Auslöser für Depressionen gelten. Sozialer Stress, tragische Lebensereignisse, wie Verlust oder Tod einer nahestehenden Person stellen die größten Risikofaktoren für Depression dar. Ausreichende und unterstützende soziale Beziehungen hingegen können das Risiko für depressive Erkrankungen reduzieren und stellen somit ein großes protektives Potential dar (Lemke 2004, S.24-25).

Am häufigsten tritt die Depression in der zweiten und dritten Lebensdekade auf. Diese Lebensabschnitte sind reich an einschneidenden Lebensereignissen wie Schulabschluss, Trennung von den Eltern durch Auszug, Familiengründung etc. Für die Behandlung und Therapie von Depressionen ist es wichtig, Symptome im Zusammenhang mit diesen Belastungen ernst zu nehmen, um eine optimale Versorgung zu gestalten (Lemke 2004, S.22).

Das Risiko im Laufe des Lebens an einer Depression zu erkranken, ist für Frauen wesentlich höher als für Männer. In diversen deutschen Studien lag die Lebenszeitprävalenz für Depressionen für Männer bei 8,8% und bei Frauen deutlich höher, bei 17,8%. Auch im internationalen Bereich ist die Prävalenzrate für Frauen um einiges höher als für Männer. Bis heute wird erfolglos versucht, Erklärungen für dieses Phänomen zu finden. Es wird allerdings vermutet, dass Frauen den Symptomen mehr Bedeutung zuschreiben, sich früher in Behandlung begeben und sich später besser daran erinnern können (Lemke 2004, S.20-21).

4.1 Erscheinungsbild und Symptome

Die Depression ist eine Erkrankung der Affektivität, also wird sie umgangssprachlich auch als „Gemütskrankung“ bezeichnet. Es handelt sich hierbei um eine Erkrankung, die den ganzen Körper der betroffenen Personen belastet. Das körperliche Befinden, das Denken, die Stimmung, die Gefühle, Bezüge zur Umwelt aber auch zur eigenen Person sind beeinträchtigt. In der schwersten Ausprägungsform hat die Depression die Betroffenen derart im Griff, dass sie keinen Ausweg mehr sehen und jeglichen Glauben an sich, ihre Umwelt und Zukunft verlieren. In diesem Moment stellt die Depression eine lebensbedrohliche Erkrankung dar, da sie zur Suizidalität führen kann (Wolfersdorf 2010, S.19).

Die Erkrankten erleben einen schwerwiegenden Einbruch in ihrem Leben, im Sinne einer Unterbrechung der Kontinuität und Veränderung des Lebensstils. Folgende Funktionsbereiche sind im Rahmen einer depressiven Erkrankung gestört:

- *Affektivität*
- *Antrieb*
- *Willen*
- *Empfinden und Fühlen*
- *Wahrnehmung*
- *Denken und andere kognitive Funktionen*
- *Erinnerung*
- *Ausdruck und Kommunikation*
- *Vegetativum*
- *Schlaf*
- *Biologische Rhythmen und assoziierte Funktionen* (Marneros et al. 1999, S.72-73)

Die Symptome der typischen depressiven Episode werden in 3 Gruppen unterteilt: in psychische, somatische und rhythmologische. Nicht immer ist eine Zuordnung der Symptome in die 3 Kategorien möglich (Marneros 2000, S.31).

„Zu den psychischen Symptomen zählen:

- *Gedrückte Stimmung*
- *Syndrom der Losigkeit: Interesselosigkeit, Freudlosigkeit etc.*
- *Beeinträchtigte Konzentration und Aufmerksamkeit*
- *Verminderte Selbstwertgefühle, Schuldgefühle, Insuffizienzgefühle, Versagensgefühle*
- *Depressiver Wahn*
- *Sehr selten: Halluzinationen*

- *Suizidalität*
- *Angst*
- *Grübeln“ (Marneros 2000, S.31)*

„Die Gruppe der somatischen Symptome:

- *Adynamie und Herabsetzung der Vitalität*
- *Antriebsminderung*
- *Körperliches Missempfinden*
- *Appetitlosigkeit*
- *Verminderung der Libido*
- *Vegetative Dysfunktionen*
- *Gewichtsverlust“ (Marneros 2000, S.31-32)*

„Zu den rhythmologischen Aspekten zählen:

- *Zirkadiane Rhythmen (morgens nimmt die Stärke der Symptome zu, abends ab)*
- *Verlagerung des Erwachens (Früherwachen)*
- *Verkürzung der Schlafperiode, unruhiges Schlafen*
- *Saisonale Rhythmen: bei manchen Personen treten depressive Episoden im Herbst oder Frühjahr auf“ (Marneros 2000, S. 32)*

„Zu den charakteristischen Symptomen einer depressiven Episode zählt die ICD-10 folgende Symptome:

- *Gedrückte Stimmung*
- *Interessensverlust oder Freudlosigkeit*
- *Verminderung des Antriebs und erhöhte Ermüdbarkeit*
- *Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit*
- *Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen*

- *Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit*
- *Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven*
- *Gedanken oder erfolgte Selbstverletzungen oder suizidale Handlungen*
- *Schlafstörungen*
- *Verminderter Appetit* (WHO 1993)

Die ICD-10 teilt die depressive Episode in drei Schweregrade ein: leicht, mittelgradig und schwer. Eine leichte depressive Episode hat eine Mindestdauer von 2 Wochen; depressive Verstimmung, Interessensverlust, Freudlosigkeit und erhöhte Ermüdbarkeit sind die Hauptsymptome. Außerdem sollten mindestens zwei charakteristische Symptome der depressiven Episode vorhanden sein, aber nicht besonders ausgeprägt sein (Marneros et al. 1999, S.83).

Für die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode müssen mindestens 2 Symptome der leichten Episode und mindestens 3 der charakteristischen Symptome der depressiven Episode vorhanden sein. Einige der Symptome können in ihrem Schweregrad besonders ausgeprägt sein und der Betroffene hat erhebliche Schwierigkeiten seinen privaten und beruflichen Verpflichtungen nachzukommen. Auch hier ist eine Dauer von mindestens 2 Wochen notwendig (Marneros et al. 1999, S.83).

In der schweren depressiven Episode leiden die Betroffenen unter schwerer Verzweiflung und Agitiertheit oder Hemmung. Der Patient/die Patientin erlebt Gefühle von Nutzlosigkeit und fühlt sich nichts mehr wert, auch Gefühle von Schuld sind oft vorherrschend. Für die Diagnose einer schweren depressiven Episode müssen alle 3 Symptome der leichten und mittelgradigen Episode vorhanden und mindestens 4 Symptome der charakteristischen Symptomatik müssen auftreten und ausgeprägt sein. Die Mindestdauer der schweren Episode beträgt 2 Wochen, allerdings kann die Diagnose bei einer schweren Symptomatik auch schon nach kürzerer Zeit gestellt werden (Marneros et al. 1999, S.83).

Neben den affektiven, kognitiven und motorischen Einschränkungen kann sich die Depression auch in körperlichen Symptomen äußern. Als Ursache hierfür werden serotonerge und noradrenerge Mechanismen vermutet. Besonders äußern sich die Symptome in folgenden Bereichen:

- Kopfschmerzen

- Druck in der Brust
- Herzprobleme
- Rückenschmerzen
- Magen-/Darmbeschwerden
- Unterleibsschmerzen (Lemke 2004, S.35)

4.2 Kriterien und Verlauf

„Laut der DSM-IV müssen für die Diagnose einer depressiven Episode folgende Kriterien vorhanden sein:

- *Fünf oder mehr der folgenden Symptome liegen für eine Dauer von 2 Wochen vor: ganztägige gedrückte Stimmung, Interesse- und Freudlosigkeit, Gewichtsverlust oder-zunahme, gesteigerter oder verminderter Appetit, Schlaflosigkeit oder übermäßiger Schlaf, psychomotorische Unruhe oder Hemmung/Verlangsamung, Antriebsschwäche und Müdigkeit, Gefühl von Wertlosigkeit und unangemessene Schuldgefühle, Denk- und Konzentrationsschwierigkeiten, suizidale Gedanken. Dabei muss mindestens eines der Symptome depressive Stimmung oder Interesse- und Freudlosigkeit sein.*
- *Die Symptome erfüllen nicht die Kriterien einer gemischten Episode*
- *Die Symptome verursachen Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen Bereichen*
- *Die Symptome sind nicht auf die Wirkung von Substanzen (illegale Drogen, Arzneimittel) zurückzuführen und gehen nicht von einem Krankheitsfaktor aus*
- *Die Symptome sind nicht auf Trauer, zum Beispiel den Verlust einer geliebten Person zurückzuführen, dauern länger als 2 Monate und verursachen erhebliche funktionelle Beeinträchtigungen. Weiters ist eine krankhafte Überzeugung der eigenen Wertlosigkeit und Schuld vorhanden.“ (Dahl, Sienaert 2003, S.110-111)*

Für die Behandlung einer Depression auf lange Sicht ist es von enormer Bedeutung, vorauszusagen, ob die Erkrankung einen unipolaren oder bipolaren Verlauf nehmen wird. In Folge dessen wurden Faktoren zusammengefasst, die Indikatoren für einen späteren bipolaren Verlauf darstellen: Erstmanifestation vor dem 25. Lebensjahr, abrupter Beginn oder

plötzliches Ende der depressiven Episode, Hypomanie induziert durch Antidepressiva, positive Familienanamnese für bipolare Störungen und Stimmungsschwankungen, die schon vor der Krankheit vorhanden waren (Lemke 2004, S.35).

Es sind auch andere Parameter vorhanden, mit denen versucht wird, den Verlauf einer depressiven Episode zu bestimmen. So wurde aufgezeigt, dass Patienten/Patientinnen, deren Erkrankung einen bipolaren Verlauf nimmt, eher unruhig, im Sinne einer Agitiertheit, sind und höhere motorische Aktivität aufweisen (Lemke 2004, S.35).

Für lange Zeit wurde angenommen, dass rezidivierende affektive Störungen ohne Restsymptome ausheilen. In neueren Untersuchungen stellte sich heraus, dass vor allem Veränderungen im affektiven und kognitiven Bereich bei uni- und bipolaren Störungen auch nach einer Heilung der Erkrankung vorhanden sind und auch in den gesunden Intervallen nach wie vor auftreten. Dazu zählen Defizite wie eingeschränkte Informationsverarbeitung, Antriebs- und Affektregulation sowie veränderte Feinmotorik und Bewegungsregulation. Aus diesem Grund ist es von großer Bedeutung, die Therapie solange fortzuführen, bis alle Symptome vollständig abklingen (Lemke 2004, S.35-36).

4.3 Subtypen

Depressive Störungen werden anhand von folgenden Kriterien in Subtypen unterteilt:

- Unterschiedliches Muster der Symptomatik
- Stärke der Symptomatik
- Zeitlicher Verlauf der Symptomatik
- Ansprechen auf Antidepressiva (Lemke 2004, S.36)

4.3.1 Atypische Depression

Eine depressive Störung die uni- oder bipolar auftritt wird dann als atypisch bezeichnet wenn die Merkmale Hypersomnie, Hyperphagie, Gewichtszunahme und trotz der Erkrankung, Aufhellbarkeit der Stimmung durch positive Ereignisse vorhanden sind. Dieser Subtyp der depressiven Störung tritt häufiger bei Frauen auf und geht oft mit Ess- und Persönlichkeitsstörungen einher (Lemke 2004, S.36).

4.3.2 Saisonale Depression

Dabei handelt es sich um unipolare oder bipolare depressive Störungen, die zu bestimmten Jahreszeiten auftreten. Hauptsächlich manifestieren sich die Störungen im Frühjahr und im Herbst, seltener im Sommer und im Winter. Patienten/Patientinnen deren Depression im Winter auftritt neigen eher dazu, ähnliche Symptome wie die atypische Depression aufzuweisen (gesteigerter Appetit, Heißhunger, Hypersomnie). Auch hier sind Frauen häufiger betroffen als Männer (Lemke 2004, S.36).

4.3.3 Versteckte Depression

Diese Form tritt vor allem bei jüngeren Patienten/Patientinnen auf und zeichnet sich durch Hyperaktivität aus. Nicht selten wird diese depressive Störung nicht diagnostiziert, da die Symptome eher untypisch sind. Die Betroffenen können ihren sozialen Rollen/Funktionen noch nachgehen, fühlen sich aber stark belastet und berichten über ein Gefühl der Leere. Sie empfinden keine Befriedigung mehr in vielen Aktivitäten, die sie sprunghaft und intensiv betrieben (z.B. sportliche Aktivitäten). Die Patienten/Patientinnen sind zusätzlich stark mit ihrem Aussehen beschäftigt, da sie unter einer erheblichen Selbstwertabhängigkeit stehen. Viele von ihnen leiden zudem unter Gewichts- und Essprobleme (Lemke 2004, S.37).

5 Die Manie

„...mit dem Versuch, ein ganzes Leben an einem einzigen Tag zu leben“ Andy Behrman: Electroboby

Ein Mensch, der unter einer manischen Episode leidet fühlt sich vital, voller Energie und bereit aktiv zu sein. Alles ist toll, schön und wunderbar. Der/die Betroffene strotzt nur so vor Selbstbewusstsein und Kraft. Doch dieser unangemessene Tatendrang und Höhenflug kann extremen Schaden anrichten, vor allem dann, wenn die Manie in ihrer extremsten Form, mit psychotischen Symptomen, einhergeht (Marneros 2000, S.15).

Der Erkrankungsbeginn der manischen Episode ist deutlich früher als bei depressiven Patienten/Patientinnen. Durchschnittlich sind die manischen Patienten/Patientinnen um sechs Jahre jünger als Menschen, die unter depressiven Störungen leiden (Lemke 2004, S.28).

Manische Patienten/Patientinnen leiden zudem unter einer höheren Anzahl von anderen psychiatrischen Erkrankungen als depressive. Am häufigsten mit Manien gehen Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen einher (Lemke 2004, S.29).

5.1 Erscheinungsbild und Symptome

Generell ist es so, dass der manische Patient/die manische Patientin alles grundsätzlich anders erlebt als ein depressiver Patient/eine depressive Patientin. Voller Ideen und ohne Bedenken oder Insuffizienz befindet sich der Maniker/die Manikerin auf einem extremen Höhenflug. Wenn dieser nur in leichterer Form vorhanden ist, also als Hypomanie auftritt, dann sind auch positive Aspekte vorhanden. Erreicht die Manie allerdings ihren Höhepunkt und die Symptome sind extrem ausgeprägt, dann wird der Patient/die Patientin mit nur wenig Verständnis von der Umgebung wahrgenommen. Eine Manie in voller Form kann sozialen, familiären und finanziellen Schaden anrichten, die die Welt der Betroffenen in Scherben zurücklässt.

Genauso wie bei der Depression, sind auch bei der Manie unterschiedliche Funktionen gestört, diese sind nicht gedämpft sondern gesteigert. Zu den betroffenen Bereichen zählen: Affektivität, Vitalität, Antrieb, Denken, Empfinden, Fühlen, Merken, Erinnern, Schlafen etc. Zu den fundamentalen Symptomen zählen Steigerung der Affektivität und Vitalität. Die gehobene Affektivität äußert sich in Euphorie, Heiterkeit und lustigem Verhalten. Diese Störung kann aber auch andere Züge annehmen und in einer gereizten und explosiven Stimmung resultieren. Diese zwei Unterscheidungen stellen aber keine unterschiedlichen Formen der Manie dar, sondern nur zwei verschiedene Ausdrucksformen von Affektivität, die gehoben und gestört ist (Marneros et al. 1999, S.97-98).

In den meisten Klassifikationssystemen wird zwischen 3 manischen Episoden unterschieden: der Hypomanie als leichteste Form der Manie, der Manie ohne psychotische Symptome als mittelschwere Form und der Manie mit psychotischen Symptomen als schwerste Form (Marneros 2000, S.17).

Symptome, die zur manischen Störung zählen, lassen sich in 2 Gruppen einteilen: psychische Symptome und somatisch-rhythmologische Symptome (Lemke 2004, S.14-15).

„Zu den psychischen Symptomen zählen:

- *Gehobene oder gereizte Stimmung*
- *Expansives Verhalten*
- *Steigerung des Selbstwertgefühls*
- *Omnipotenzgefühle („Ich kann alles“)*

- *Größenwahn*
- *Rededrang (Logorrhö)*
- *Ideenflucht*
- *Distanzlosigkeit und Enthemmung*
- *Leichtsinniges Verhalten*
- *Veränderung der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses*
- *Ablenkbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten*
- *Veränderungen der Wahrnehmung*
- *Selten: Halluzinationen“ (Marneros 2000, S.15)*

„Die Gruppe der somatisch-rhythmologischen Symptome besteht aus:

- *Steigerung von: Aktivität, Antrieb, Appetit, Libido, Vitalität*
- *Zirkadiane Fluktuationen*
- *Vermindertes Schlafbedürfnis und verkürzte Schlafdauer“ (Marneros 2000, S. 15)*

5.2 Verlauf und Kriterien

Ein manischer Schub durchläuft in der Regel drei Stadien, ausgehend von Hypomanie über Manie bis zur Psychose. Im ersten Stadium, der Hypomanie, ist die Stimmung des Betroffenen/der Betroffenen gehoben und er/sie wird zunehmend aktiver und gewinnt mehr Selbstvertrauen. Die Gedanken sind noch klar und zusammenhängend, werden aber oft beschleunigt und es kommt zu einer gewissen Reizbarkeit. Im zweiten Stadium heben sich Stimmung und Aktivität weiter, der Betroffene/redet viel zu schnell und zu viel. Die Stimmung ist durch einen Wechsel von euphorisch zu gereizt gekennzeichnet. Oft resultiert die Heiterkeit aus Stadium I in Wut und Feindseligkeit. Die Gedanken sind unkontrolliert und ungeordnet und der/die Betroffene leidet unter Größenwahn. Im dritten Stadium, zu dem es in manchen Fällen kommen kann, findet sich der/die Betroffene in einem psychotischen Zustand wieder. Zur gesteigerten Stimmung kommen Ängste und das Gefühl, bedroht zu sein. Das Denken ist wirr und es kann zu akustischen und optischen Halluzinationen kommen oder zu irren Wahnvorstellungen. In manchen Fällen klingt die Manie dann schrittweise ab (vom dritten Stadium zurück ins erste), oft fallen die

Patienten/Patientinnen aber in ein tiefes Loch und müssen stationär behandelt werden (Dahl, Sienaert 2003, S.70-71)

Für die Diagnose einer Manie ohne psychotische Symptome laut ICD-10 muss die Stimmung des Patienten/der Patientin überwiegend gehoben, expansiv oder gereizt sein. Der Stimmungswechsel muss auffällig und über die Dauer von mindestens einer Woche vorhanden sein. Weiters müssen drei der folgende Merkmale vorhanden sein: gesteigerte Aktivität und motorische Unruhe, Rededrang, Ideenflucht oder Gedankenrasen, Verlust sozialer Hemmungen und somit unangemessenes Verhalten, vermindertes Schlafbedürfnis, Größenwahn und überhöhte Selbsteinschätzung, Ablenkbarkeit und Wechsel von Aktivitäten oder Plänen, tollkühnes und leichtsinniges Verhalten (z.B. finanziell), gesteigerte Libido. Außerdem sollten keine Halluzinationen, Wahrnehmungsstörungen oder Wahn vorhanden sein. Die manische Episode darf auch nicht auf einen Missbrauch von Arzneimitteln oder auf organische Leiden zurückzuführen sein (Marneros 2000, S.18).

Für die Diagnose einer psychotischen bzw. wahnhaften Manie zählt die ICD-10 folgende Kriterien:

- Die Episode erfüllt die Kriterien für eine Manie ohne psychotische Symptome
- Die Episode erfüllt nicht die Kriterien für eine Schizophrenie oder eine schizomanische Störung
- Wahnideen und Halluzinationen kommen vor, aber anders als schizophrene Wahnvorstellungen und Halluzinationen; meistens handelt es sich um Größen-, Liebes-, Beziehungs- und Verfolgungswahn
- Die Episode darf nicht auf einen Missbrauch von psychotropen Substanzen zurückzuführen sein und ist nicht die Folge von organischem Leiden (Marneros 2000, S.21)

Bei beiden manischen Episoden muss die Störung schwer genug sein, um Beeinträchtigungen in den sozialen und beruflichen Bereichen zu verursachen oder eine stationäre Aufnahme notwendig zu machen (Marneros et al. 1999, S.104).

5.3 Hypomanie

Bei der Hypomanie handelt es sich um eine leichte Form einer manischen Episode ohne psychotische Symptome. Alle Symptome der Manie sind in einem geringeren Ausmaß vorhanden. Zu Wahnvorstellungen und Halluzinationen, wie bei der psychotischen Manie,

kommt es nicht. Außerdem ist die hypomanische Episode von kürzerer Dauer und die Betroffenen sind noch fähig, ihr soziales Verhalten zu kontrollieren. Bei 5-15% der Patienten/Patientinnen mit hypomanischen Phasen tritt im späteren Verlauf eine volle manische Episode auf. Diese Patienten/Patientinnen leiden dann unter einer Bipolar I Störung (Grunze, Walden 2000, S.19-20).

Folgende sind Kriterien für eine hypomanische Episode nach ICD-10:

- Die Stimmung der Betroffenen ist in einem abnormen Ausmaß an mindestens 4 aufeinanderfolgenden Tagen gehoben oder gereizt
- Mindestens 3 der folgenden Merkmale müssen vorhanden sein: gesteigerte Aktivität und motorische Unruhe, gesteigerte Gesprächigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und Ablenkbarkeit, vermindertes Schlafbedürfnis, gesteigerte Libido, übertriebene Einkäufe oder leichtsinniges Verhalten, gesteigerte Geselligkeit und Vertraulichkeit
- Die Kriterien für Manie, bipolare Störung, depressive Episode, Zylothymia oder Anorexia nervosa sind nicht erfüllt
- Die Episode wird nicht durch den Missbrauch von psychotropen Substanzen oder eine organisch psychische Störung verursacht (Marneros 2000, S.20)

6 Bipolare affektive Störung

Bipolare Störungen werden auch als manisch-depressive Störung, oder früher auch als manisch-depressive Psychose bezeichnet. Bipolare Störungen beginnen häufig in der späten Adoleszenz und somit früher als unipolare Depressionen. Ungefähr 20% der Patienten/Patientinnen die an einer Depression leiden, erkranken im späteren Verlauf an einer bipolaren Störung, wobei das Risiko für eine bipolare Störung nach der dritten depressiven Episode deutlich abnimmt. In der Geschlechterverteilung gibt es bei bipolaren Störungen keine Unterschiede. Etwa ein Viertel der bipolaren Patienten/Patientinnen weist auch in den gesunden Intervallen Symptome der Erkrankung auf, die sich auf ihre psychosozialen Funktionen auswirken (Impulsivität, Konzentration etc.) (Lemke 2004, S.38-39).

Laut dem DSM-IV wird zwischen Bipolar I, Bipolar II, Bipolar III und Bipolar IV (hyperthyme Persönlichkeit) und Zylothymia unterschieden (Marneros 2000, S.11).

6.1 Erscheinungsbild

Da es sich um eine affektive Störung handelt, ist es in erster Linie eine Erkrankung, die die Gemütslage der Betroffenen beeinflusst. Bei gesunden Menschen ist die Stimmung oder Gemütslage keine gerade Linie sondern verläuft in Wellen, also ein leichtes Auf und Ab von Gefühlen. Menschen, die an einer bipolaren Störung leiden, schwanken immer zwischen zwei Stimmungspolen- einem depressiven und einem manischen. Ihre Stimmung ist entweder extrem ausgelassen oder extrem düster (Dahl, Sienaert 2003, S.34-35).

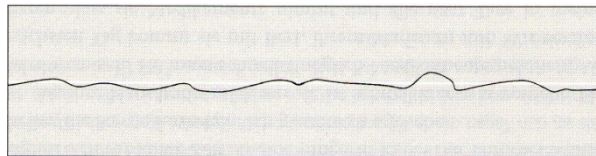


Abb.: Normale Stimmung (Dahl, Sienaert 2003, S.34)

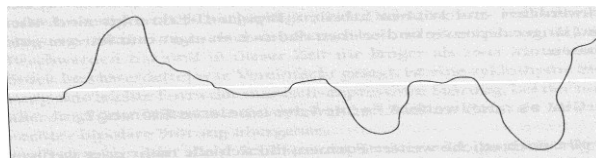


Abb.6: Schwankungen in der Stimmung von bipolaren Patienten/Patientinnen (Dahl, Sienaert 2003, S.37)

Bipolare Störungen zeichnen sich durch das Abwechseln von manischen und depressiven Episoden oder auch durch das alleinige Auftreten von manischen Symptomen aus. Die depressive Episode bei bipolaren Patienten/Patientinnen ist der unipolaren Depression sehr ähnlich, dennoch gibt es symptomale und anamnestische Unterschiede (siehe Kap.2.3).

Weiters ist die Behandlung von Patienten/Patientinnen mit bipolaren Depressionen sehr schwierig, da die Verabreichung eines Antidepressivums ohne Stimmungsstabilisatoren die Gefahr eines Umschwenkens in die Manie birgt, jedoch der Verzicht der Gabe eines Antidepressivums das Suizidrisiko deutlich erhöht (Grunze, Walden 2000, S.20-21).

Neben den klar abgrenzbaren manischen und depressiven Episoden kann es auch zu gemischten Episoden kommen. Dabei müssen für die Dauer von mindestens einer Woche sowohl Kriterien der depressiven Phase als auch der Manie erfüllt sein oder in einem raschen gemischten Wechsel auftreten (Denkstörungen, Dysphorie, Anspannung, Antriebssteigerung). Zusätzlich kann es zu schweren psychotischen Symptomen wie Schlafstörun-

gen und Suizidgedanken kommen. Betroffene von gemischten Episoden sind häufig Frauen und sprechen sehr schlecht auf Psychopharmaka an (Lemke 2004, S.39-40).

6.2 Verlauf

Wie oft manische und depressive Schübe auftreten, lässt sich nicht voraussagen, allerdings ergibt sich eine 50% Chance, dass in den nächsten 5 Jahren keine neuen Schübe auftreten, wenn eine optimale medikamentöse Behandlung für den/die Patienten/Patientin gefunden wird und er/sie sich an die Vorgaben hält (Dahl, Sienaert 2003, S. 41).

Die bipolare Erkrankung stellt sowohl für die Erkrankten als auch ihre Familien und die Volkswirtschaft ein großes gesundheitliches Problem dar. Eine 25-jährige Frau die an einer bipolaren Störung leidet, hat im Durchschnitt eine um 9 Jahre verkürzte Lebenserwartung, verliert 12 gesunde Lebensjahre und 14 Jahre normaler beruflicher und familiärer Aktivität (Grunze, Walden 2000, S.10-11).

Besonders die Suizidalität ist ein großes Risiko für die erkrankten Personen, das 20-mal höher ist als bei Personen ohne bipolare Störung. Bei einem gleichzeitigen Missbrauch von Alkohol und Drogen sowie beim gleichzeitigen Auftreten von manischen und depressiven Symptomen ist die Gefahr für einen Suizidversuch am größten (Dahl, Sienaert 2003, S.41).

6.3 Das bipolare Spektrum

Über die letzten Jahrzehnte hinweg ist bewiesen worden, dass es verschiedene Erscheinungsformen von bipolaren Störungen gibt, die unterschiedlich ausgeprägte Hochs und Tiefs aufweisen. Deswegen existiert die Bezeichnung „bipolares Spektrum“ (Dahl, Sienaert 2003, S.36-37).

- Bipolar I ist die klassische Form der bipolaren Störungen. Für die Diagnose dieser Form müssen die Patienten/Patientinnen mindestens eine ausgeprägte manische Phase aufweisen. Ab dem ersten Auftreten der Manie kann die Diagnose einer manisch-depressiven Erkrankung gestellt werden. Im weiteren Verlauf kommt es zu mehreren manischen Phasen, nebenbei können auch Depressionen auftreten (Dahl, Sienaert 2003, S.37).
- Die Bipolar II Erkrankung weist keine manischen Schübe sondern lediglich hypomanische Episoden und zwischendurch Depressionen auf. Patien-

ten/Patientinnen werden nur wegen der depressiven Phase behandelt, die öfter und länger auftritt als bei Bipolar I (Dahl, Sienaert 2003, S.38).

- Bipolar III Erkrankungen zeichnen sich dadurch aus, dass es unter der Wirkung von Antidepressiva zu einer hypomanischen oder manischen Episode kommt. Oft ist dies ein Hinweis auf pseudounipolare Patienten/Patientinnen, die als unipolar depressiv diagnostiziert wurden aber eine positive Familienanamnese für bipolare Störungen aufweisen (Dahl, Sienaert 2003, S.38).
- Die Bipolar IV Erkrankung, auch als zylothyme Störung bezeichnet, ist eine leichte Form der bipolaren Störung. Dabei leidet der/die Erkrankte seit mindestens 2 Jahren an hypomanischen und leichten depressiven Episoden und ist nie länger als 2 Monate beschwerdefrei. Diese Störung kann in eine echte bipolare Erkrankung übergehen (Dahl, Sienaert 2003, S.39).
- Eine weitere Form, die im bipolaren Spektrum vorhanden ist, ist Rapid cycling. Dabei handelt es sich um einen raschen Phasenwechsel von Depression und Manie. Innerhalb von 12 Monaten kommen mindestens 4 Episoden von manischem, hypomanischem, depressivem und gemischtem Charakter vor. Die Episoden wechseln entweder direkt in die umgekehrte Polarität oder es kommt zu einer Remissionszeit von ca. 2 Monaten. Etwa ein Viertel der bipolaren Patienten/Patientinnen ist von Rapid cycling betroffen, häufiger sind es Frauen. In extremen Fällen wechseln sich die Phasen innerhalb von Stunden oder Tagen ab (Grunze, Walden 2000, S.21-22).

7 Lang anhaltende affektive Störungen

Die ICD-10 zählt zu den lang anhaltenden affektiven Störungen, also zu den Störungen mit persistierender Symptomatik, die Dysthymia und die Zylothymia.

7.1. Dysthymia

Die Dysthymia ist eine chronisch verlaufende, depressive Störung. Die depressive Symptomatik ist für mindestens 2 Jahre bestehend, an den meisten Tagen vorhanden und leichter ausgeprägt als bei depressiven Phasen (Lemke 2004, S.38).

Das Hauptmerkmal der Dysthymia ist die chronisch depressive Verstimmung, die für die meiste Zeit des Tages und über 2 Jahre bestehen bleibt. Sie ist allerdings nur so gering ausgeprägt, dass sie nicht als leichte oder mittelschwere depressive Episode bezeichnet werden kann. Zu den weiteren Symptomen zählt die ICD-10 unter anderem Antriebslosigkeit, Schlaflosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Neigung zum Weinen, sozialen Rückzug und verminderte Gesprächigkeit (Marneros et al. 1999 S.127-128).

7.2 Zykllothymia

Im Rahmen der Zykllothymia kommt es innerhalb von 2 Jahren zu mehreren Symptomen, die einer hypomanischen Episode entsprechen und zu depressiven Symptomen, die allerdings nicht so intensiv und ausgeprägt sind, wie die der depressiven Episode. Zykllothyme Patienten/Patientinnen weisen nicht nur abwechselnde Symptomatik sondern auch gemischten Phasen auf (Marneros et al. 1999, S. 130).

Zu den diagnostischen Kriterien zählt die ICD-10 mindestens 3 Symptome der depressiven Episode (Antriebslosigkeit, Schlaflosigkeit, sozialer Rückzug, Interessensverlust etc.) und der hypomanischen Episode (Antriebssteigerung, überhöhtes Selbstgefühl, mehr Geselligkeit, ungewöhnlich kreatives und geschärftes Denken etc.). Weiters darf die Symptomatik nicht so schwer sein, dass sie die Kriterien für eine manische oder mittelschwere und schwere depressive Episode erfüllt (WHO 1993).

Die Diagnose einer zykllothymen Störung gestaltet sich als schwierig, da sowohl die hypomanische als auch die depressive Stimmung nur leicht ausgeprägt vorhanden ist und viele Patienten/Patientinnen gar nicht in ärztliche Behandlung gelangen. Für eine adäquate Diagnose und Behandlung bedarf es einer langen Beobachtungszeit und richtiger anamnestischer Informationen (Marneros et al. 1999, S.131).

8 Therapie der affektiven Störungen

Da es sich bei affektiven Störungen zum Teil um lebenslange und stigmatisierende Erkrankungen handelt, die das soziale Umfeld der betroffenen Person erheblich beeinflussen und sogar zerstören können, ist die Behandlung und Therapie der Erkrankung von großer Wichtigkeit um, unter anderem, die Lebensqualität der Patienten/Patientinnen zu verbessern bzw. wiederherzustellen. Prinzipiell sprechen die Erkrankten gut auf die Therapie an, es gibt aber dennoch einen Teil, der therapieresistent ist und viel Geduld braucht um den

Patienten/Patientinnen die geeignete und beste Behandlung zu garantieren (Marneros 2000, S.59).

Grundsätzlich wird die Behandlung von affektiven Störungen in drei Bereiche unterteilt: Akutbehandlung einer Krankheitsepisode, Stabilisierungsphase nach Abklingen der Akutsymptomatik und Intervallbehandlung bzw. Phasenprophylaxe. Die unterschiedlichen Strategien der Behandlung bauen dabei aufeinander auf und können sich überlappen (Grunze, Walden 2000, S.39).

Zusätzlich zur Therapie mit pharmakologischen Substanzen dürfen nichtmedikamentöse Verfahren wie Psychotherapie, Bewältigungstraining und edukatives Angebot nicht vernachlässigt werden. Diese Methoden können die medikamentöse Behandlung der Patienten/Patientinnen unterstützen und auch den Angehörigen weiterhelfen (Marneros 2000, S.61).

8.1 Medikamentöse Therapie

Die Pharmakotherapie der affektiven Störungen soll sich an der Art der Episode orientieren, d.h. daran, ob es eine depressive, manische oder gemischte Episode ist oder ob es sich um eine dysthyme oder zylothyme Störung handelt. Weiters sollte die Intensität der Symptomatik in Betracht gezogen werden und ob dabei Suizidalität ein Thema ist. Außerdem muss die Therapie das Alter der Patienten/Patientinnen und das Auftreten von Begleiterkrankungen berücksichtigt werden. Eine weiteren wichtigen Einfluss auf die medikamentöse Therapie hat die Anzahl der vorausgegangenen Episoden (Marneros 2000, S.60).

Um die Compliance der Patienten/Patientinnen zu erhöhen, sollten sie über die Dauer und Art der Pharmakotherapie sowie über mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt werden (Lemke 2004, S.79).

Zu den Substanzen, die am häufigsten für die Behandlung von affektiven Störungen eingesetzt werden zählen: Antidepressiva, Lithium, Antikonvulsiva, Benzodiazepine und Neuroleptika (Marneros 2000, S.62):

8.1.1 Antidepressiva

Die Behandlung mit Antidepressiva ist bei Patienten/Patientinnen mit unipolaren Depressionen induziert. Bipolaren Patienten/Patientinnen sollten Antidepressiva, wenn überhaupt,

nur vorsichtig gegeben werden und nur in Kombination mit einem Stimmungsstabilisator, da die Gefahr eines Umschwungs in die Manie besteht (Marneros 2000, S.90).

Für die antidepressive Behandlung stehen mehrere Substanzen zur Auswahl, die alle eine gute Wirksamkeit aufweisen. Es wird danach entschieden, ob das Medikament eine aktivierende oder sedierende Wirkung haben soll. Wenn zusätzlich noch Angststörungen bestehen, kann ein Antidepressivum verabreicht werden, das eine angstlösende Wirkung hat. Zusätzlich zu beachten ist, dass die Wirkung der Antidepressiva erst nach 2-3 Wochen einsetzt und die Patienten/Patientinnen darüber aufgeklärt werden sollten um zu verhindern, dass das Medikament zu früh abgesetzt wird. Nebenwirkungen können sich allerdings schon nach den ersten Einnahmen äußern. Zu den häufigsten Nebenwirkungen der Antidepressiva zählen: Gewichtszunahme, Mundtrockenheit, Obstipation, niedriger Blutdruck, Unruhe, Kopfschmerzen und Übelkeit (Bock, Koesler 2005, S.182-184).

Tri- und tetrazyklische AD (TCA): Diese Gruppe ist weltweit am längsten im Einsatz und wird am häufigsten verschrieben. Die trizyklischen Antidepressiva wirken entweder beruhigend oder antriebssteigernd. Wegen der Vielzahl an Nebenwirkungen wird das Medikament von Patienten/Patientinnen nicht gerne eingenommen, dennoch oft verabreicht, weil diese Gruppe effektiver wirkt als andere Antidepressiva. Tri- und tetrazyklische AD wirken über eine Resorptionshemmung von Serotonin und Noradrenalin. Der sedierende Effekt dieser Gruppe, wird durch die Wirkung auf die Histaminrezeptoren hervorgerufen (Lemke 2004, S.87).

Monoaminoxidase-Hemmer (MAO-Hemmer): Diese Substanzgruppe wird in reversible (Moclobemid) und irreversible (Tranylcypromin) MAO-Hemmer eingeteilt. Letzteres wird kaum mehr verschrieben, weil Patienten/Patientinnen eine strenge Diät einhalten müssten (kein Rotwein oder Käse), da es sonst zu Risiken wie stark erhöhter Blutdruck kommen kann. Moclobemid wird allgemein gut vertragen, hat zusätzlich eine angstlösende Wirkung aber geringere Wirksamkeit als andere Antidepressiva. Es wird daher oft mit TCA kombiniert. MAO-Hemmer verhindern den Abbau von Noradrenalin und Serotonin im synaptischen Spalt. Diese Wirkung ist von kurzer Dauer (reversibel) oder bleibt lange erhalten (irreversibel) (Bock, Koesler 2005, S.184).

Selektive Serotonin-Wiederaufnahme Hemmer SSRI: Diese Gruppe von Antidepressiva wirkt über eine selektive Hemmung der Wiederaufnahme von Serotonin in die Ursprungszelle und hat dabei nur geringe Auswirkungen auf andere Neurotransmitter. Aufgrund dessen unterscheiden sich die Nebenwirkungen (Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen) von

denen der TCA Gruppe. SSRI sind besser verträglich als die TCA Gruppe und haben eine antriebssteigernde und angstlösende Wirkung. Trotz der effektiven Wirkung der SSRI werden sie weniger oft verschrieben als TCA oder MAO-Hemmer, da sie im Vergleich zu diesen beiden Substanzgruppen sehr teuer sind. Wegen der Gefahr eines serotonergen Syndroms, das tödlich enden kann, werden SSRI nie mit anderen serotonerg wirksamen Medikamenten wie MAO-Hemmern kombiniert. Zu den bekanntesten SSRI zählen Fluoxetin und Citalopram (Bocke, Koesler 2005, S.184-185).

8.1.2 Stimmungsstabilisatoren

Stimmungsstabilisatoren werden für die Behandlung von affektiven Störungen nach Kriterien wie Erwartungen der Patienten/Patientinnen, nach dem Verlauf der Erkrankung und nach psychotischen Symptomen ausgewählt. Ein Stimmungsstabilisator sollte eine anti-manische, antidepressive, prophylaktische und anti-rapid-cycling Wirkung haben. Zu den bekanntesten Stabilisatoren zählen Substanzen wie Lithium, Valproat und Carbamazepin. Die Indikation dieser Substanzen sind euphorische Manie und bipolar I (Lithium), Hypomanie und bipolar II (Valproat) sowie psychotische Manie, Depression und bipolar I (Carbamazepin).

Lithium dient als klassische Substanz zur Behandlung der akuten, euphorischen Manie und wird auch als Phasenprophylaxe eingesetzt. Es besitzt eine geringe therapeutische Breite. Aufgrund von internistischen Ursachen kann es rasch zu Überdosierungen und Vergiftungen kommen. Daher erfordert die Therapie mit Lithium eine gute Compliance der Patienten/Patientinnen und regelmäßige Blutkontrollen. Zu den häufigsten Nebenwirkungen zählen Gewichtszunahme, Tremor, Akne und Ödeme (Bock, Koesler 2005, S.192).

Carbamazepin und Valproat sind Antiepileptika und werden oft in der akuten Manie und zur Prophylaxe bei affektiven Störungen eingesetzt. Beide Substanzen weisen eine größere therapeutische Breite als Lithium auf und werden vor allem dann eingesetzt, wenn keine Behandlung mit Lithium möglich ist. Valproat wird besser vertragen als Carbamazepin, sollte aber unter keinen Umständen bei Patienten/Patientinnen mit Leberschäden verabreicht werden (Lemke 2004, S.97).

8.1.3 Neuroleptika

Neuroleptika werden häufig zur Therapie von affektiven Störungen eingesetzt und in hochpotent (Haloperidol, Flupentixol) und niedrigpotent (Chlorprothixen, Melperon) eingeteilt. Hochpotente Neuroleptika reduzieren Halluzinationen und Unruhe, niedrigpotente

Neuroleptika haben eine beruhigende und schlaffördernde Wirkung (Bock, Koesler 2005, S.189-193).

Neuroleptika können schwere Nebenwirkungen wie unwillkürliche Bewegungen und Muskelaktionen (extrapyramidalmotorische Symptome) hervorrufen, die in den meisten Fällen nicht reversibel sind und die Patienten/Patientinnen schwer belasten. Daher sollte nur in Ausnahmefällen und unter strenger ärztlicher Kontrolle eine Behandlung mit Neuroleptika erfolgen.

Atypische Neuroleptika (Clozapin, Risperidon) werden aufgrund ihrer besseren Verträglichkeit gegenüber den klassischen bevorzugt. Atypische Neuroleptika weisen keine oder wesentlich geringere Nebenwirkungen auf und sollten daher das bevorzugte Medikament der Wahl sein. Atypische Neuroleptika werden in Injektionsform verabreicht und haben eine verzögerte Wirkstofffreisetzung. So muss der Patient/die Patientin nur alle 2- bis 4 Wochen eine Dosis erhalten (Bock, Koesler 2005, S.194).

8.1.4 Benzodiazepine

Zu den am häufigsten verabreichten Substanzen dieser Gruppe zählen Lorazepam und Diazepam. Sie werden in erster Linie als Zusatztherapie verschrieben, um Überaktivität zu verringern und um Schlaf zu induzieren. Bei unipolaren Depressionen können Benzodiazepine eingesetzt werden bis die übrige antidepressive Wirkung der anderen Substanzen einsetzt. Durch das starke Risiko einer Abhängigkeit sollte diese Substanzgruppe nur für kurze Zeit verabreicht werden (Bock, Koesler 2005, S.188).

8.2 Nichtmedikamentöse Therapie

Zusätzlich zur Pharmakotherapie gibt es auch noch andere biologische Behandlungsmethoden über die die Patienten/Patientinnen informiert werden sollten. Diese Verfahren erweisen sich vor allem bei Therapieresistenten und Erkrankungen mit schweren Symptomen als hilfreich (Marneros 2000, S.269).

Neben der medikamentösen Therapie ist es wichtig, dass die Patienten/Patientinnen in einer psychotherapeutischen Beziehung aufgehoben sind. Auch Angehörige können von dieser Beratung profitieren und Nützliches über den Umgang mit affektiven Störungen erfahren (Bock, Koesler 2005, S.123).

8.2.1 Elektrokrampftherapie (EKT)

Die Elektrokrampftherapie ist eine Therapieform, die sich bei depressiven Episoden, sowohl im unipolaren als auch im bipolaren Verlauf, als besonders wirksam herausstellt. Im Rahmen dieser Therapie werden durch eine elektrische Auslösung generalisierte Krampfanfälle herbeigeführt. Für den genauen Wirkvorgang der Elektrokrampftherapie gibt es noch keine einheitliche Theorie. Es wird aber davon ausgegangen, dass die Elektrokrampftherapie zu Veränderungen und Beeinflussungen des serotonergen, noradrenergen und dopaminergen Systems führt (Marneros et al. 1999, S.235-236).

Die Therapie erfolgt über einen Zeitraum von 2-3 Wochen. Die Patienten/Patientinnen sind während der Behandlung narkotisiert und erhalten ein muskelrelaxierendes Mittel. Durch Elektroden am Kopf werden die Krampfanfälle ausgelöst (Lemke 2004, S.97-98).

Obwohl die EKT sehr gut wirksam ist und bei guter Durchführung auch nebenwirkungsarm, geht ihr ein schlechter Ruf in Deutschland und Österreich voraus und sie wird oft nur als Mittel letzter Wahl eingesetzt (Lemke 2004, S.97).

8.2.2 Schlafentzugstherapie

In psychiatrischen Kliniken hat sich diese Therapieform als Standardbehandlung durchgesetzt. Die depressiven Patienten/Patientinnen sollen durch die Therapie die Veränderbarkeit der depressiven Symptome erfahren und erleben, die Zeit bis zum Wirkungseintritt der pharmakologischen Behandlung überbrücken und eine Alternativtherapie zur Behandlung mit Antidepressiva erfahren (Lemke 2004, S.98).

Durch die durchwachte Nacht weisen 30-60% der Patienten/Patientinnen eine deutliche Stimmungsbesserung und Steigerung des Antriebs am nächsten Tag auf. Diese Besserungen lassen allerdings am Tag danach nach. Besonders depressive Patienten/Patientinnen mit somatischen Symptomen sprechen gut auf die Therapie an (Lemke 2004, S.98).

Vielen Patienten/Patientinnen kommt diese Form der Therapie sinnlos und paradox vor, da sie ohnehin schon unter Schlafproblemen leiden. Daher bedarf es einer ausführlichen Aufklärung und Unterstützung. Außerdem sollte der Schlafentzug in einer gemeinschaftlichen Gruppe und verbunden mit Aktivitäten durchgeführt werden (Lemke 2004, S.98).

8.2.3 Lichttherapie

Diese Therapieform basiert auf der Beobachtung, dass depressive Episoden oft im Zusammenhang mit jahreszeitlichen Veränderungen auftreten und somit abhängig von Dauer und Stärke des Lichteinfalls sind (Lemke 2004, S.98).

In der Lichttherapie wird der Patienten/die Patientin unter einer Dauer von 1-2 Stunden einer Lichtquelle mit mindestens 10000 Lux ausgesetzt. Dabei ist es dem Patient/der Patientin möglich, sich zu unterhalten oder zu lesen. Die Therapie wird auch oft in Gruppenform ausgeführt (Lemke 2004, S.98).

Die Wirksamkeit der Therapie ist schwer nachzuweisen, da Placeboeffekte nicht ausgeschlossen werden können. Allgemein trifft diese Therapieform auf gute Akzeptanz und wird vor allem von Patienten/Patientinnen mit saisonalen Depressionen gut aufgenommen (Lemke 2004, S.98).

8.2.4 Psychotherapie

Parallel zur pharmakologischen Therapie sollten unipolare und bipolare Patienten/Patientinnen mit einer adäquaten Psychotherapie begleitet werden. Die allgemeinen Ziele der Psychotherapie sind die Remission der Symptome der Erkrankung aber auch die Befriedigung der Grundbedürfnisse eines Menschen, wie das Bedürfnis nach Bindung, Selbstwerterhöhung und Akzeptanz (Lemke 2004, S.117).

Psychotherapeutische Unterstützung für Menschen mit affektiven Störungen kann dabei helfen, die Erkrankung zu verstehen, einzuschätzen und Klinikaufenthalte zu planen. Durch Selbsthilfegruppen kann sich der/die Betroffene mit anderen Menschen über die Probleme der Krankheit austauschen. Auch Angehörige von erkrankten Personen können durch psychotherapeutische Angebote Rückhalt und Aufmerksamkeit finden (Bock, Koesler 2005, S.123).

Psychoedukation soll den Patienten/Patientinnen dabei helfen Experten/Expertinnen und bezüglich ihrer Erkrankung zu werden. Dieses Angebot sollte in jede Psychotherapie einfließen (Lemke 2004, S.139).

9 Schlussfolgerung

Affektive Störungen sind ernst zu nehmende psychiatrische Erkrankungen, die für das Leben der Betroffenen eine große Herausforderung darstellen.

Personen, die an unipolaren Störungen leiden, haben immer wieder mit chronisch gedrückter Stimmung und endloser Traurigkeit zu kämpfen. Sie sind morgens oft nicht in der Lage, aufzustehen und ihrem geregelten Tagesablauf nachzugehen. Sie finden an nichts mehr Interesse und Freude und könnten den ganzen Tag schlafen.

Menschen die unter manischen Zuständen leiden, könnten Bäume ausreißen. Ihre Stimmung ist ausgezeichnet und es könnte ihnen nicht besser gehen. Bis alles zu viel wird und die Stimmung in Reizbarkeit und Wut umschlägt. Außenstehende Personen können dies nicht verstehen und erklären sie für verrückt.

Diese Achterbahn der Gefühle kann für viele Erkrankte zum Verhängnis werden. Da sie im depressiven und manischen Zustand ihren Verpflichtungen nicht mehr nachgehen können, werden viele Ehen geschieden, Familien zerbrechen und Arbeitsstellen gehen verloren. Im schlimmsten Fall treibt die Krankheit die Betroffenen in den Tod.

Viele erkrankte Personen wollen nicht wahrhaben, dass sie ärztliche Hilfe brauchen und bis zur Diagnose der affektiven Störung können Jahre vergehen. Für die Erkrankten ist es wichtig, unter kontrollierter ärztlicher Behandlung zu stehen um die richtige Therapie zu erhalten. Nur eine Kombination aus pharmakologischer und psychotherapeutischer Behandlung kann die Krankheit halbwegs unter Kontrolle bringen und die verlorene Lebensqualität zurückgeben, die die Patienten/Patientinnen verloren haben.

10 Diskussion

Affektive Störungen sind Erkrankungen, die sich in Veränderungen von Affekt, Antrieb, Motivation, Denken und Wahrnehmung äußern. Zum Krankheitsspektrum zählen die unipolare Depression und die bipolare affektive Störung, die durch einen Wechsel von depressiven und manischen Phasen charakterisiert sind.

Für die genaue Einteilung von affektiven Störungen stehen zwei Klassifikationssysteme zur Verfügung. Die ICD-10 der WHO teilt affektive Störungen in folgende Kategorien: manische Episode, bipolare affektive Störung, depressive Episode, rezidivierende depressive

Störung, anhaltende affektive Störung, andere affektive Störungen und nicht näher bezeichnete affektive Störungen.

Die DSM-IV Klassifikation der American psychiatric association unterscheidet zwischen bipolaren und depressiven Störungen. Dabei werden die bipolaren Störungen in ein Spektrum eingeteilt: bipolar I, bipolar II, bipolar III, bipolar IV und zylothyme Störung haben sich durchgesetzt und sind anerkannt.

Die Therapie von affektiven Störungen erfolgt mittels Medikamenten und begleitender Psychotherapie. Die medikamentöse Therapie besteht aus der Behandlung der akuten Phase, der Stabilisierungsphase und der Intervallbehandlung bzw. Phasenprophylaxe.

Je nach Erkrankung, unipolar oder bipolar, depressiv oder manisch, müssen geeignete Medikamente ausgewählt und in erster Linie ausprobiert werden. Nicht jeder Patient/jede Patientin reagiert gleich. Viele Substanzen, darunter auch Antidepressiva, zeigen ihre Wirksamkeit erst nach einigen Wochen und dies erfordert Geduld. Etliche Patienten/Patientinnen haben Probleme mit den Nebenwirkungen. Daher ist eine adäquate ärztliche Behandlung und Beratung von großer Wichtigkeit für die Betroffenen.

Als Alternative zur medikamentösen Behandlung haben sich biologische Verfahren wie Elektrokrampftherapie, Lichttherapie oder Schlafentzugstherapie als wirksam bzw. hilfreich erwiesen. Vor allem bei therapieresistenten Erkrankungen stellen diese Verfahren eine Option dar.

Für die Psychotherapie sollten Faktoren wie Temperament oder Persönlichkeit der Erkrankten in den Behandlungsplan integriert werden um den Aufbau einer produktiven therapeutischen Beziehung zu ermöglichen. Durch die Psychotherapie können auch Angehörige Rat und Unterstützung finden.

11 Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual. Apa. Washington DC.

Bock T., Koesler A. (2005) Bipolare Störungen- Manie und Depression verstehen und behandeln. 1. Auflage. Psychiatrie Verlag. Bonn.

Dahl E., Sienaert P. (2003) Extreme Gefühle. Manisch-depressiv: Leben mit einer bipolaren Störung. Hilfe für Betroffene und Angehörige. Kösel Verlag. München

Grunze H., Walden J. (2000) Bipolare affektive Störungen. Ursachen und Behandlung. 2. Auflage. Georg Thieme Verlag. Stuttgart.

Hautzinger M., Meyer T. (2013) Bipolare affektive Störungen. Hogrefe Verlag. Göttingen.

Lemke M. (2004) Affektive Störungen. Georg Thieme Verlag. Stuttgart.

Marneros A. (2000) Manisch-depressive und andere Erkrankungen. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis. Georg Thieme Verlag. Stuttgart

Marneros A. et al. (1999) Handbuch der unipolaren und bipolaren Erkrankungen. Thieme Verlag. Stuttgart.

Möller H.-J., Zerssen D. (1988) Affektive Störungen. Springer Verlag. Berlin Heidelberg.

Wolfersdorf M. (2010) Depression-die Krankheit verstehen. 1. Auflage. Balance Verlag. Bonn.

World Health Organisation WHO (1993) Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10. Hans Huber Verlag. Bern.

12 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Alters- und Geschlechtsverteilung depressiver Erkrankungen (Grunze, Walden 2000, S.9).....	12
Abbildung 2: Multiple, an der Genese affektiver Störungen beteiligte Faktoren (Lemke 2004, S.8)	14
Abbildung 3: Darstellung des Zusammenhangs zwischen intrazellulärem Calciumanstieg und affektiven Störungen (Grunze, Walden 2000, S. 32).....	16
Abbildung 4: Integratives Modell zu Depressionsentstehung nach Aldenhoff 1997 (Lemke 2004, S.16).....	20
Abbildung 5: Normale Stimmungslage (Dahl, Sienaert 2003, S.34).....	32
Abbildung 6: Schwankungen in der Stimmungslage von bipolaren Patienten/Patientinnen (Dahl, Sienaert2003, S.37).....	32