

12 Affektive Störungen

12.1 Allgemeines

Affektive Störungen sind unter anderem charakterisiert durch eine Veränderung der Stimmung (Affektivität). Häufig ist sie in Richtung **Depression** verändert, seltener in Richtung **Manie**. Der Stimmungswechsel wird in der Regel von einem Wechsel des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Treten im Leben wiederholt Depressionen auf, wird von einer **rezidivierenden depressiven Störung** gesprochen. Bei Erkrankungen mit depressiven und manischen Episoden spricht man von einer **bipolaren affektiven Störung**.

Als **Zyklothymie** wird eine andauernde Instabilität der Stimmungen mit zahlreichen Perioden leichter Depression und leichter Manie bezeichnet. Milde, aber anhaltende depressive Verstimmungen, die einen Menschen oft von Jugend an als subdepressiv erscheinen lassen, werden als **Dysthymien** (früher depressive Neurosen) bezeichnet.

Affektive Störungen können aufgrund ihres Schweregrades (leicht, mittelgradig, schwer) und ihres Verlaufs (einzelne/rezidivierende Episoden, anhaltende Störung, bipolarer Verlauf mit Wechsel zwischen depressiven und manischen Episoden) unterteilt werden. Die Einteilung der affektiven Störungen nach ICD-10 ist in Tabelle 15 zusammengefasst. Im folgenden sollen nur depressive Episoden (inkl. rezidivierende depressive Störungen), manische Episoden und die bipolare affektive Störung ausführlicher behandelt werden.

Was ist das Grundcharakteristikum einer affektiven Störung?

Tabelle 15. **Affektive Störungen nach ICD-10**

F30	Manische Episode
F31	Bipolare affektive Störung (hypo)manische/depressive mit/ohne somatische Symptome mit/ohne psychotische Symptome
F32	Depressive Episode leicht/mittelgradig/schwer mit/ohne somatische Symptome mit/ohne psychotische Symptome
F33	Rezidivierende depressive Störungen gegenwärtig leicht/mittelgradig/schwer mit/ohne somatische Symptome mit/ohne psychotische Symptome
F34	anhaltende affektive Störungen Zyklothymie Dysthymie
F38	andere affektive Störungen

[nach WHO, ICD-10, H. Dilling et altri, Verlag Hans Huber]

12.2 Depression

12.2.1 Allgemeines zur Depression

Seit es schriftliche Zeugnisse gibt, finden sich Hinweise, dass Menschen an Depressionen gelitten haben. In der ersten Sammlung medizinischer Abhandlungen des antiken Griechenlands, den sogenannten hippokratischen Schriften, wurde dem Leiden ein Name gegeben und gleichzeitig eine Erklärung angeboten: Im Rahmen der antiken Vier-Säfte-Lehre wurde ein mutlos-bedrückter Geistes- oder Gemütszustand als **Melancholie** (Schwarzgalligkeit) bezeichnet. Die Erkrankung wurde als körperlich bedingt betrachtet und mit schwarzer Galle in Verbindung gebracht.

Im Mittelalter wurde der schwermütige Zustand teilweise als Acedia (Trägheit) bezeichnet und dann als Sünde verstanden. Mit dem Aufkommen der naturwissenschaftlichen Medizin begann sich im 19. Jahrhundert zunehmend der Begriff der **Depression** (Niedergeschlagenheit) durchzusetzen. Der mit unterschiedlichen Begriffen bezeichnete Zustand dürfte aber in seinem Kernbereich der gleiche geblieben sein.

Es ist nicht immer einfach, bei Anzeichen einer Depression gesund und krank voneinander abzugrenzen. Nicht jeder Weltschmerz ist Zeichen einer behandlungsbedürftigen Krankheit. Oft genug werden Depressionen aber nicht erkannt und die Betroffenen finden keine adäquate Hilfe und werden mit ihrem Leid allein gelassen.

Je nach soziokulturellem Umfeld, Herkunft, Geschlecht, Alter und Persönlichkeitstypus manifestiert sich die Krankheit auf unterschiedliche Art und Weise. Die Vielfalt der im Vordergrund stehenden Symptome reflektiert jedoch keine grundsätzlich verschiedenartige Qualität depressiven Erlebens. Dennoch sind durch die Jahrhunderte immer wieder mindestens zwei voneinander abweichende Erlebnisarten aufgefallen:

Die einen empfinden keinen Lebensmut mehr. Er ist ihnen abhanden gekommen. Diese „**schwermütigen**“ Menschen fühlen sich grundlos, aber von Grund auf verändert. Sie empfinden die Veränderungen, die sie an sich erleben, als etwas Unbekanntes, Fremdartiges, das ihnen auferlegt wird.

Andere finden ihr Leiden nicht grundsätzlich unverständlich. Auch sie werden durch Kummer, Gram oder Verzweiflung gequält, aber ihr Leiden hat für sie ein Motiv. Sie glauben, ein Stück weit zu verstehen, was ihnen geschieht. Diese „**schwernehmerischen**“ Menschen nehmen einen Verlust oder Konflikt schwer.

In der klassischen Psychiatrie wurde das **schwermütige** Erleben in wissenschaftlicher Verfeinerung als **endogen depressiv**, **melancholisch** und **affektkrank** bezeichnet. Im Grunde wurde dabei immer etwas ähnliches gemeint: eine innere Gemütsleere, die scheinbar grundlos auftritt. Auch die **schwernehmerischen** Erlebnisweisen wurden mit vielen unterschiedlichen Bezeichnungen umschrieben. Es wurde von **depressiven Reaktionen**, **neurotischen** oder **psychogenen Depressionen** gesprochen. Obwohl sich hinter diesen Begriffen unterschiedliche Konzepte der Entstehung einer Depression verbergen, verweisen sie alle auf ein Schwernehmen einer Situation oder eines Konflikts. Die betroffenen Menschen erleben sich aber weiterhin in Zusammenhang mit der Umwelt, während sich die erste Gruppe der „**Schwermütigen**“ stärker aus der Gemeinschaft herausgefallen fühlt.

Die Grenzziehung zwischen endogenen Depressionen und psychogenen Depressionen ist aber fließend. Es erwies sich in der Mehrzahl der Fälle als schwierig, die betroffenen Menschen in diese beiden Kategorien einzuteilen. Meist finden sich Mischbilder vor, die irgendwo zwischen dem endogenen und psychogenen Pol auf einem Kontinuum anzusiedeln sind. Die moderne ICD-10-Klassifizierung spricht deshalb rein deskriptiv von Depressionen mit somatischen und/oder psychotischen Symptomen, wo früher von endogener Depression die Rede war. Über die Ursache dieser Depressionsform ist damit aber nichts gesagt.

Historischer Exkurs

Schwermut (endogen) und Schwernehmen (psychogen) als idealtypische Beschreibungen

Häufigkeit: Depressive Störungen sind häufig. Bei repräsentativen Befragungen gaben etwa 20 - 25 % der Bevölkerung an, schon an depressionstypischen Symptomen gelitten zu haben. Frauen sind nahezu doppelt so häufig von Depressionen betroffen wie Männer. 10 - 20 % der Patientinnen von Hausärztinnen sind depressiv. Mindestens 3 % der Bevölkerung stehen wegen Depressionen in ambulanter psychiatrischer Behandlung. In Zürich haben sogar schon gegen 17 % der 30jährigen wegen Depressionen eine Therapie aufgesucht. Nur sehr wenige Depressive werden stationär behandelt (weniger als 1 % der Bevölkerung).

12.2.2 Klinik der Depression

Psychopathologie: Die Leitsymptome der Depression sind **Freudlosigkeit, Bedrücktheit, Antriebslosigkeit** und **Interesselosigkeit** (vergl. Tab. 16, S. 6). Depressive Patientinnen sind oft entscheidungsunfähig, grüblerisch und unruhig. Sie empfinden unbestimmte **Angst** oder Angst vor dem Alltag. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind in der Regel vermindert und die Patientinnen werden von unbegründeten **Selbstvorwürfen** oder Schuldgefühlen geplagt. Nicht selten sind auch **Suizidgedanken** oder Gedanken an den Tod. Konzentration, Denkvermögen und Gedächtnis können als Ausdruck einer allgemeinen Verlangsamung vermindert sein.

Schlafstörungen sind charakteristisch für eine Depression. Dabei können Einschlafstörungen und Durchschlafstörungen mit frühem Erwachen auftreten. Selten sind **Hypersomnien**. Der Appetit kann ebenfalls gestört sein. Es finden sich **Appetitverlust** oder gesteigerter Appetit mit den entsprechenden **Gewichtsveränderungen**. Die Patientinnen fühlen sich **müde** und **energielos**. Charakteristisch sind auch Tagesschwankungen der Stimmung, oft mit einem „**Morgentief**“. Bei atypischen Depressionen kann das Tief eher abends auftreten. Das sexuelle Interesse ist vermindert. Oft wird auch ein **diffuses Druck- oder Schweregefühl** bis zu Schmerz im Bereich von Oberbauch, Brust oder Kopf empfunden. Nicht selten treten auch Mundtrockenheit und Verstopfung als vegetative Begleitreaktionen auf.

Psychomotorisch kann auch Agitiertheit bestehen, wesentlich häufiger aber ist eine depressive Patientin in allen ihren Aktivitäten **gehemmt**. Die Haltung ist oftmals gebückt, die Mimik starr, der Blick niedergeschlagen, die Bewegungsmuster verlangsamt und die Haut blass und schlaff.

Eine Depression kann sich auf vielfältige Art und Weise manifestieren. So können bei gewissen Depressionen nichtdepressive Symptome wie **Angst, Zwänge, Bulimie** und **körperliche Störungen** im Vordergrund stehen. Beispiele für körperliche Symptome sind Kopf- und Nackenschmerzen, Rückenbeschwerden und Verdauungsstörungen.

Bei **schweren**, früher als endogene **Depressionen** bezeichneten Krankheitsbildern, akzentuiert sich die Symptomatik. Auch bei positiven Ereignissen bleibt die Bedrücktheit und Freudlosigkeit bestehen. Die Patientinnen geben an, keine Gefühle mehr empfinden zu können. Sie sind unfähig, zu weinen („nicht traurig sein können“). Es besteht grosse Müdigkeit und Energiemangel und eine ausgeprägte allgemeine Verlangsamung. Die Patientinnen sprechen stockend und einsilbig, oft werden stereotyp immer die gleichen Klagen wiederholt.

Häufig bestehen Schuldvorstellungen, Verarmungsangst, hypochondrische Ideen oder die Vorstellung, nichts und niemandem zu genügen. Wenn sich diese stimungskongruenten oder synthymen Ideen zum Wahn steigern und allenfalls Halluzinationen hinzukommen, weist die Depression **psychotische Symptome** auf. In extremis kann es vorkommen, dass die Patientin überzeugt ist, alles, was zu ihr gehört, verloren zu haben oder gar überhaupt nicht mehr zu existieren.

Erkrankungshäufigkeit

Wie häufig sind depressive Störungen?

Leitsymptome

Was sind die Leitsymptome einer Depression?

Auf welche Weise ist das Selbstwertgefühl depressiver Menschen oft verändert?

vegetative Symptome

Welche Symptome eher vegetativer Art treten charakteristischerweise häufig auf bei einer Depression?

psychomotorische Symptome

Welche nichtdepressiven Symptome können bei einer Depression manchmal im Vordergrund stehen?

schwere Depressionen

Welche Symptomatik wird bei schweren Depressionen beobachtet?

psychotische Symptome

Wann spricht man bei einer Depression von psychotischen Symptomen?

Das Erscheinungsbild einer Depression kann auch unter dem Aspekt der zur depressiven Verstimmung gehörenden kommunikativen Veränderungen nonverbaler (gebückte Haltung, verarmte oder fahrig gestik, erstarrte Mimik, fehlender Blickkontakt, brüchige Stimme mit langen Sprechpausen) und verbaler Art (Worte der Hilflosigkeit, Klagen, Wortarmut) betrachtet werden. Die veränderte Kommunikationsweise depressiver Patientinnen beeinflusst das Verhalten ihrer Bezugspersonen. Diese fühlen sich oft verunsichert und verstimmt (Depprimierung, aber auch Ärger). Es entwickelt sich oft eine Schonhaltung gegenüber der depressiven Patientin, oft aber auch eine kritische und kontrollierende Haltung.

Die in der Depression veränderte Kommunikationsweise führt auch zu einem veränderten Kommunikationsmuster zwischen einer depressiven Person und ihrer Gesprächspartnerin (gegenseitige Kontrolle und erhöhte Spannung). Die geschilderten kommunikativen Veränderungen treten selbstverständlich nicht isoliert auf, sondern stehen in Zusammenhang mit den biologischen, psychologischen und sozialen Veränderungen bei einer depressiven Verstimmung.

Verlauf: Depressive Episoden können allmählich über Wochen oder Monate, aber auch relativ rasch innerhalb von Tagen beginnen. Meist besteht - vor allem bei einer Ersterkrankung - ein Zusammenhang mit einem belastenden Lebensereignis. Die Dauer einer Episode ist variabel, beträgt aber oft mehrere Monate. Die Prognose einer depressiven Episode ist grundsätzlich günstig. Bei ca. 15 % der Depressionen kommt es aber zu einer chronischen (oder besser langanhaltenden) Depression.

Mehr als die Hälfte der Menschen, die eine depressive Episode erleiden, machen in ihrem Leben mehrere depressive Episoden durch. In diesem Fall wird nach ICD-10 von einer **rezidivierenden depressiven Störung** gesprochen. Dabei können zwischen den Episoden nur Wochen bzw. Monate, aber auch Jahrzehnte liegen. Tritt zu depressiven Episoden eine manische Episode hinzu, handelt es sich nicht mehr um eine unipolare affektive Störung, sondern um eine **bipolare affektive Störung**.

12.2.3 Ursachen der Depression

An der Entstehung einer Depression können verschiedene biologische, psychologische und soziale Faktoren beteiligt sein. Das Gewicht der einzelnen Faktoren ist von Fall zu Fall unterschiedlich. Es muss aber davon ausgegangen werden, dass in vielen Fällen die verschiedenen Faktoren miteinander gekoppelt sind und sich unter Umständen gegenseitig ungünstig beeinflussen (vgl. integratives Depressionsmodell in Abb. 6, S. 5). Im folgenden sollen die verschiedenen Einflussfaktoren zuerst voneinander getrennt dargestellt werden.

In **biologischer** Hinsicht ist davon auszugehen, dass genetische Faktoren eine unterschiedlich starke Disposition zu depressiven Störungen bewirken. Nach Zwillings- und Adoptivstudien ist zu schliessen, dass die genetische Disposition nicht notwendigerweise zum Auftreten einer Depression führen muss (mindestens 60 % der eineiigen Zwillinge erkranken diskordant), dass aber das Risiko, depressiv zu reagieren und rezidivierend zu erkranken, durch ein im Einzelnen noch nicht erforschtes genetisches Muster erhöht werden kann.

Während einer depressiven Erkrankung ergeben sich vielfältige biochemische und neurophysiologische Umstellungen im Körper einer betroffenen Person. Das derzeitige Forschungsinteresse richtet sich hauptsächlich auf Veränderungen der Neurotransmitteraktivität (v. a. des Serotonins) und auf damit in Zusammenhang stehende verschiedene Aktivierungsmuster von Hirnregionen (insbesondere Frontalhirn, limbisches System, Basalganglien).

Bisher am besten studiert sind neurophysiologische Veränderungen der Hypothalamus-Hypophyse-Nebennierenrindendachse (HPA-Achse) und Veränderungen des Schlafmusters. Auf der HPA-Achse wird häufig ein Hyperkortisolismus festgestellt, der mit zentralen Fehlregulationen gekoppelt ist. Dieser Hyperkortisolismus kann eine chronische Stresssituation widerspiegeln.

veränderte Kommunikation

Inwiefern sind die bei einer Depression auftretenden kommunikativen Veränderungen für die Kontaktpersonen von Bedeutung?

Verlauf der Erkrankung

Was lässt sich über den Verlauf einer Depression sagen?

Multifaktorielle Genese

Was lässt sich allgemein über die an der Entstehung einer Depression beteiligten Faktoren sagen?

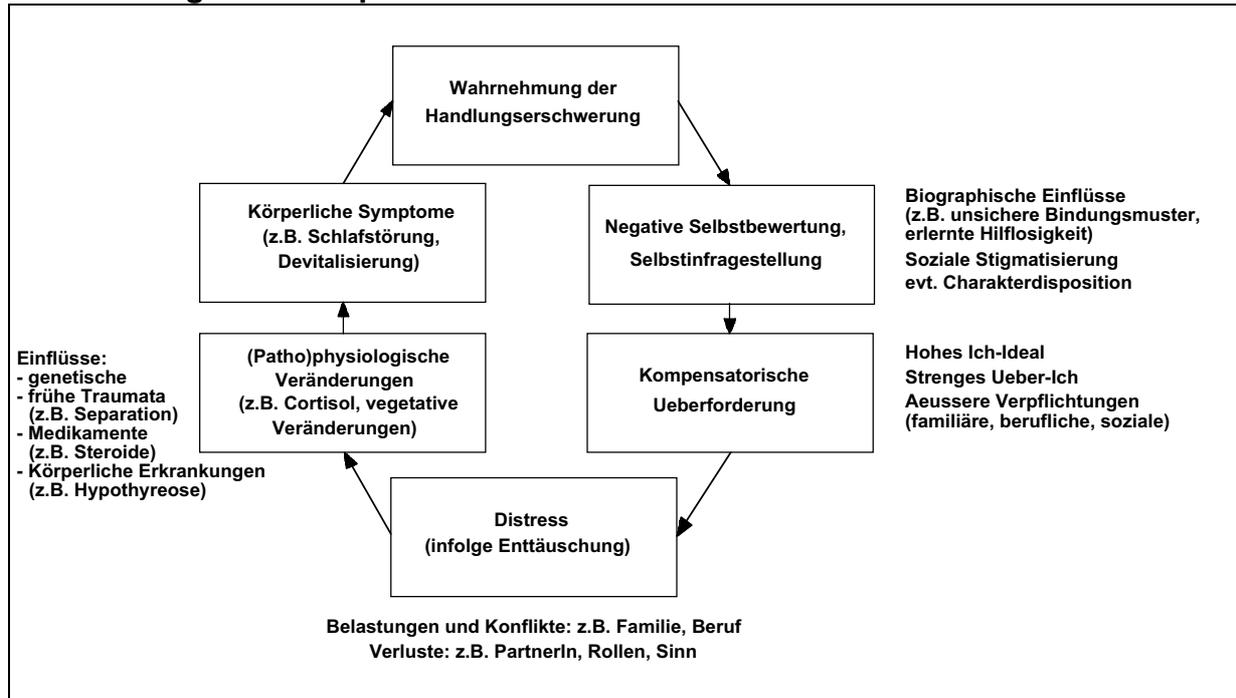
Biologische Faktoren

Die Veränderungen des Schlafmusters mit einer REM-Vorverlagerung und der Abnahme der tiefen Schlafstadien stehen in Beziehung mit Störungen des zirkadianen Rhythmus und können eine Desynchronisation des depressiven Menschen mit seiner Umwelt bzw. eigenen Regulationssystemen anzeigen.

Im *psychologischen* Bereich kann angenommen werden, dass Mangel- und Spannungssituationen in der Kindheit (z. B. bei nichtkompensiertem frühem Elternverlust) zu Selbstverunsicherung und zu einem negativen Selbstkonzept beitragen und mit einer grösseren Verletzlichkeit, auf Enttäuschungen depressiv zu reagieren, einhergehen.

Psychologische Faktoren

Abb. 6. Integratives Depressionsmodell



[Hell, 1995]

Aktuelle *soziale* Belastungssituationen, wie z. B. persönliche Verluste, können vor allem beim ersten Auftreten einer depressiven Episode als auslösende Faktoren nachgewiesen werden. Bei häufig rezidivierenden depressiven Episoden kann sich offenbar eine gewisse Eigendynamik einspielen, so dass psychosoziale Belastungssituationen eine geringere Rolle spielen.

Im Einzelfall sind die verschiedenen Einflussfaktoren unterschiedlich ausgeprägt. So dürften die einen ein höheres genetisches Risiko, die anderen ungünstige soziale Belastungssituationen, dritte stärker depressiogene Reaktionsmuster aufgrund biographischer Einflüsse aufweisen. Zudem ist zu beachten, dass Anlage und Umwelteinflüsse, Verhaltensmuster und psychosoziale Belastungen nicht scharf voneinander zu trennen sind. Eine lineare Abfolge von Disposition und auslösenden Faktoren kann der Problematik depressiver Menschen deshalb nicht ganz gerecht werden. Vielmehr dürften die verschiedenen Faktoren wechselseitig aufeinander einwirken, wie es im integrativen Depressionsmodell (Abb. 6) dargestellt ist.

Einerseits kann eine Depression auf genetischer oder biographischer Grundlage von dazu passenden Belastungsfaktoren ausgelöst werden, andererseits kann aber auch depressive Hemmung selbst zu einer psychologischen Reaktion oder sozialen Belastung führen, die den weiteren Verlauf einer depressiven Episode beeinflussen (Stichwort: Depression über die Depression). Letzteres sei im folgenden kurz beispielhaft illustriert.

Belastungssituationen

Was ist der Zusammenhang zwischen Belastungssituationen und einer Depression?

integratives Depressionsmodell

Welche Überlegungen sprechen für ein integratives Depressionsmodell?

Wer sich bei Auftreten einer depressiven Blockade selbst stark in Frage stellt oder wer aufgrund eines inneren grossen Verpflichtungsgefühls (z. B. im Zusammenhang mit einem strengen Gewissen oder hohen Idealvorstellungen) eine Sache nicht ruhen lassen kann, wird sich bei beginnender depressiver Blockade fordern und schliesslich überfordern. Dasselbe gilt natürlich auch für Personen, die sich aus äusseren Gründen eine Pause nicht leisten können, etwa eine Mutter mit kleinen Kindern ohne partnerschaftliche Unterstützung. Das willentliche Bekämpfen einer depressiven Blockade führt dann zu einer grossen inneren Anspannung, zu Distress und nur allzu häufig zu neuen Enttäuschungen, was zwangsläufig in einen Teufelskreis von biologisch verankertem Depressionsmuster und bewusster Gegenwehr führen muss.

Was ist die Bedeutung hoher Selbstanforderung bei einer Depression?

12.2.4 Diagnose der Depression

Diagnostische Probleme treten oft bei Patientinnen auf, bei denen Klagen über körperliche Störungen im Vordergrund stehen und die eigentlichen Depressionssymptome wenig prominent erscheinen. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von einer *larvierten Depression*.

Was versteht man unter einer larvierten Depression?

Um eine Depression sicher ausschliessen zu können, empfiehlt es sich, nicht nur nach den Leitsymptomen, sondern gezielt auch nach den Zusatzsymptomen zu fragen. Die ICD-10-Forschungskriterien einer depressiven Episode sind in Tabelle 16 dargestellt und geben die typischen Symptome einer Depression wieder. Die dabei jeweils erforderliche Anzahl der Symptome hat sich für die Diagnostik jedoch noch nicht durchgesetzt.

Tabelle 16. ICD-10-Forschungskriterien einer depressiven Episode

- A. Mindestens 2 (für eine schwere Depression 3) der folgenden Symptome liegen vor:
1. depressive Stimmung, in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmass, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, im wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen und mindestens 2 Wochen anhaltend;
 2. Interessen- oder Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren;
 3. verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit.
- B. Eines oder mehr der folgenden Symptome zusätzlich, wobei die Gesamtzahl der Symptome je nach Schweregrad mindestens 4 - 8 beträgt (siehe unten):
4. Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühles;
 5. unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle;
 6. Wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid; suizidales Verhalten;
 7. Klagen über oder Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit;
 8. psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv);
 9. Schlafstörungen jeder Art;
 10. Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung.

Abstufung der Depression in Schweregrade:

Leichte Depression:	2 der Symptome 1 - 3, Gesamtzahl mindestens 4
Mittelgradige Depression:	2 der Symptome 1 - 3, Gesamtzahl mindestens 6
Schwere Depression:	3 der Symptome 1 - 3, Gesamtzahl mindestens 8

[nach WHO, ICD-10, Forschungskriterien, H. Dilling et altri, Verlag Hans Huber]

Differentialdiagnose der Depression:

- ### organische depressive Störung bzw. substanzbedingte Depression
- ### schizodepressive Störung (im Rahmen einer schizoaffektiven Störung)
- ### postschizophrene Depression
- ### Negativsymptome bei Schizophrenien

Die Abgrenzung gegenüber organisch bedingten Depressionen, z. B. bei Infektionskrankheiten oder substanzbedingter Depression geschieht aufgrund der entsprechenden Resultate der körperlichen Untersuchung.

Differentialdiagnose

Welche Störungen kommen bei einem depressiven Syndrom noch in Frage?

Wie können organisch bedingte Depressionen abgegrenzt werden?

Bei einer schizodepressiven Störung muss neben dem depressiven auch ein schizophrenes Syndrom vorliegen und die Wahnhalte sind bei dieser Störung im allgemeinen stimmungsinkongruent.

Ein depressiver Zustand mit einigen anhaltenden schizophrenen Positiv- oder Negativsymptomen soll nach ICD-10 als postschizophrene Depression diagnostiziert werden.

Das Risiko einer Verwechslung der Depression mit einer Schizophrenie kann v. a. bei Depressionen mit psychotischen Symptomen auftreten, wenn die Patientinnen schwer nachvollziehbare Vorstellungen äussern. Negativsymptome bei Schizophrenien können den Eindruck einer Depression machen. Schizophrenieerkrankte Menschen sind aber in ihrer Stimmung nicht eigentlich bedrückt, sondern mehr apathisch (motiv- und teilnahmslos).

12.2.5 Therapie der Depression

Allgemeine Behandlungsprinzipien: Bei einer Depression ist es von besonderer Bedeutung, dass die Therapeutin den depressiven Zustand der Betroffenen erkennt und akzeptiert. Fehl am Platz sind beschönigende Kommentare (wie „es ist doch nur halb so schlimm“) - die Patientin wird sich dabei ein weiteres Mal unverstanden fühlen.

Dass aber solche falsche Vertröstungen nicht selten vorkommen, hat nicht nur mit der Unkenntnis der Fachleute, sondern auch mit der besonderen Beziehungsweise depressiver Menschen zu tun. In einem wohlbekanntem Übertragungsphänomen regt sich bei der behandelnden Ärztin neben dem Mitgefühl oft auch Abwehr. Es handelt sich dabei um ein typisches Interaktionsphänomen beim Umgang mit einem depressiven Menschen, dessen man sich bewusst werden sollte, um das daraus entstehende Fehlverhalten vermeiden zu können.

Die beste Haltung einer depressiven Patientin gegenüber ist Verständnis für ihr momentanes Unvermögen und ihr aktuelles Leiden aufzubringen. Meist ist es dabei besser, die geäusserten Beschwerden und Klagen unkommentiert nochmals zusammenzufassen, als sie vorschnell zu interpretieren oder gar zu relativieren. So kann bereits beim diagnostischen Gespräch die Therapie einsetzen, indem die Patientin ihren Zustand, den sie meist selbst bekämpft, als von anderen angenommen erleben kann. Durch gezielte Fragen der Ärztin wird sich die Patientin verstanden fühlen und den Eindruck erhalten, ihr Gegenüber befinde sich auf der richtigen Spur.

In der Praxis bewährt es sich, von einfacher zugänglichen Symptomen (wie Schlafstörung, Appetit- und Gewichtsverlust, Antriebsstörung, Konzentrations- und Gedächtniseinbusse, Morgentief und Tagesrhythmik, körperliche Beschwerden) auszugehen und erst allmählich auf das schwerer in Worte zu fassende innere Erleben (wie Beeinträchtigung des Gefühlslebens, persönliche Sorgen, Zukunftsängste, Selbstvorwürfe usw.) zu sprechen zu kommen.

Dabei tut man gut daran, sich genug Zeit für die depressive Patientin zu nehmen und allenfalls baldmöglichst ein längeres diagnostisches Gespräch zu vereinbaren. Immer gilt es aber, eine akute Suizidgefahr auszuschliessen, bevor ambulant weitergearbeitet wird (siehe auch Abschnitt 6.2, Suizidgefahr, S. **Fehler! Textmarke nicht definiert.**).

Neben dem diagnostischen Gespräch kommt auch der Mitteilung der Diagnose und der allfällig nötigen Krankschreibung eine therapeutische Funktion zu. Die diagnostische Information kann der Patientin deutlich machen, dass sie an einer bekannten medizinischen Krankheit leidet, für die adäquate Therapien existieren und die eine günstige Prognose hat. Durch die Krankschreibung kann der kompensatorischen Selbstüberforderung der Depressiven entgegengewirkt werden.

Behandlungsprinzipien

Wie kommt es dazu, dass depressive Patientinnen immer wieder wohlmeinende, aber wenig hilfreiche Vertröstungen zu hören bekommen?

verständnisvolle Haltung

Inwiefern kann eine verständnisvolle Haltung gegenüber der depressiven Patientin bereits die Therapie einleiten?

Wie können depressive Symptome im Gespräch angegangen werden?

Was muss bei der Konsultation einer Patientin mit Depression immer abgeklärt werden?

Bestehen Anzeichen dafür, dass Angehörige sich besonders schuldig fühlen und ungeduldig-fördernd oder kritisch-ablehnend reagieren, sollten auch sie - mit dem Einverständnis der Patientin - über die Diagnose orientiert werden. Durch ein entlastendes Gespräch kann manchmal ein äusserer Druck auf die Patientin vermindert werden. Ähnlich wie die Therapeutinnen können auch die Angehörigen nicht erwarten, dass die Patientin, solange sie depressiv ist, auf Hilfestellungen mit warmem Dank reagiert. Geduld ist manchmal von allen Betroffenen leichter aufzubringen, wenn ihnen - aufgrund einer guten Prognose des depressiven Leidens - realistisch Hoffnung gemacht werden kann.

Somatische, insbesondere Pharmakotherapie: Bei mittelschweren und vor allem bei schweren Depressionen kann die depressive Eigendynamik einen sinn deutenden Gesprächszugang äusserst schwierig machen. Bei solchen Depressionen wird in der Regel eine somatische Therapie notwendig. Hochsuizidale und sozial stark belastete sowie schwerstdepressive Menschen benötigen zudem meist eine stationäre Behandlung.

Eine Übersicht über häufig verwendete *Antidepressiva* findet sich im allgemeinen Teil auf S. **Fehler! Textmarke nicht definiert.** Die traditionellen (insbesondere die trizyklischen) Antidepressiva sind allgemein mit mehr Nebenwirkungen behaftet als die modernen selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) oder die selektiven MAO-A-Hemmer (RIMA). Es bleibt aber derzeit noch offen, ob bei schwersten Krankheitsphasen die älteren Trizyklika nicht doch etwas stärker wirksam sind. Bei Therapieresistenz auf ein SSRI- oder RIMA-Präparat ist ein Versuch mit einem Trizyklikum oder Maprotilin deshalb immer empfehlenswert (Cave: Medikamentenpause bei Übergang von SSRI-Präparaten auf Moclobemid).

Allgemein wichtig ist, dass jeder Behandlungsversuch bei akzeptabler Verträglichkeit mit genügend hohen Dosen erfolgen sollte. Bei der Auswahl des Antidepressivums können folgende Regeln hilfreich sein:

1. Hat eine Patientin oder eine nahe Blutsverwandte schon früher auf ein bestimmtes Antidepressivum gut angesprochen, so ist ein Versuch mit diesem Medikament empfehlenswert (Ausnahme: zwischenzeitlich neu aufgetretene Kontraindikationen wie kardiale Rhythmusstörungen). Im allgemeinen kann sonst nicht vorausgesagt werden, ob ein Antidepressivum bei einer Patientin besser wirkt als ein anderes. Viele Psychopharmakologinnen empfehlen heute, bei Erstbehandlungen die Pharmakotherapie mit einem SSRI-Präparat zu beginnen.
2. Bei Patientinnen mit Schlafstörungen kann ein sedierend wirkendes Antidepressivum am Abend gegeben werden. Wenn die Schlafstörungen trotzdem fortbestehen oder ein nichtsedierendes Medikament gewählt wird, ist die abendliche Gabe eines länger wirksamen Benzodiazepinpräparats (z. B. Flurazepam) oft hilfreich. Bei ausgeprägter Suizidalität ist auch tagsüber ein Benzodiazepinpräparat empfehlenswert.
3. Besser als die Wirkung können die Nebenwirkungen der verschiedenen Antidepressiva vorausgesagt werden. Besonders bei älteren Menschen soll die Wahl des Medikaments nach dem Nebenwirkungsprofil erfolgen. Patientinnen und Patienten mit kardialen Dysfunktionen, Prostatahypertrophie, Engwinkelglaukom sowie anderen Kontraindikationen für eine anticholinerge Medikation dürfen ohne intensives Monitoring nicht mit Trizyklika oder Maprotilin behandelt werden. Als kardial sichere Antidepressiva gelten Mianserin und die SSRI-Präparate. Diese haben auch keinen adrenolytischen Effekt, was bei (alten) Menschen mit Orthostasegefahr von Bedeutung ist.
4. Schwer depressive Patientinnen mit einem psychotischen Bild benötigen in der Regel eine Kombinationsbehandlung mit einem Neuroleptikum.
5. Depressive Patientinnen, die zugleich an einer Zwangserkrankung oder an einer Bulimie leiden, sprechen besonders gut auf Clomipramin sowie auf SSRI-Präparate an. Diese Mittel können auch bei Kombination einer depressiven Erkrankung mit Panikattacken Anwendung finden.

Einbezug der Angehörigen

Antidepressive Medikation

Wann wird meist der Einsatz von Antidepressiva notwendig?

Richtlinien für Antidepressivatherapie

Lässt sich die Wirkung eines bestimmten Antidepressivums bei einer Patientin voraussagen?

Welche Antidepressiva sind bei Schlafstörungen angebracht?

Welche Antidepressiva gelten bei Patientinnen mit kardialen Problemen als weitgehend sicher?

Wann können auch Neuroleptika angezeigt sein?

Insbesondere wenn eine Patientin auf ein oder zwei Antidepressiva in adäquater Dosierung über mehrere Wochen therapieresistent ist, können **andere somatische Verfahren** zur Anwendung kommen: Schlafentzug, Lichttherapie, Infusionstherapie von Antidepressiva, Lithiumzugabe zu Antidepressiva, Stimulantienzugabe zu Antidepressiva, Thyroxinzugabe oder Elektrokonvulsionsbehandlung. Diese speziellen Behandlungsweisen sollten aber erfahrenen Ärztinnen vorbehalten bleiben oder in Absprache mit Spezialistinnen erfolgen.

Psychotherapeutischer Zugang: Leichte bis mittelschwere Depressionsformen werden meist ambulant behandelt, viele davon auch in der Praxis von niedergelassenen Allgemeinärztinnen oder Internistinnen. Gerade in der Behandlung von leichten (oder gebesserten) Depressionen spielen psychotherapeutische Methoden eine wichtige Rolle. Dabei greifen alle Psychotherapieverfahren, die bisher in kontrollierten Untersuchungen gute Behandlungserfolge ausgewiesen haben, in der einen oder anderen Weise am selben Punkt an: an der Hilflosigkeit bzw. der Selbstinfragestellung depressiver Menschen.

Es soll versucht werden, das negative Selbstkonzept depressiver Menschen abzubauen und ihr Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten zu stärken. Dabei gilt es allerdings, nicht in den Fehler zu verfallen, den Patientinnen ihre momentane Leistungseinbusse und ihr Bedrücktsein ausreden zu wollen. Vielmehr geht es darum, von ihrer momentanen depressiven Blockade auszugehen und herauszuarbeiten, was ihnen trotz dieser Einschränkung noch möglich ist (z. B. gestufte Aktivierung in **verhaltenstherapeutischem** Ansatz).

Da depressive Menschen oft dazu neigen, die in der Depression erlebte Blockade als Beweis ihres persönlichen Versagens zu nehmen, ist es hilfreich, deutlich zwischen dem momentanen depressiven Erleben einerseits und ihren persönlichen Fähigkeiten ausserhalb der depressiven Episode andererseits zu unterscheiden. So kann der Patientin beispielsweise erklärt werden, dass niemand in der Lage ist, die eigene Gestimmtheit direkt zu beeinflussen. Als Betroffene könnten sie aber zum Abklingen des depressiven Zustandes beitragen, wenn sie z. B. zusammen mit der Therapeutin herauszufinden suchen, ob es für ihre momentane Lage noch unerprobte Bewältigungsmöglichkeiten gibt. Dazu könnte auch eine Überprüfung ihrer meist negativen Selbsteinschätzung gehören, wie es in der **kognitiven Psychotherapie** geschieht.

Depressiven Menschen, die einen persönlichen Verlust erlitten haben, kann der normale Ablauf eines Trauerprozesses erklärt werden. Auch wenn streng zwischen Trauer und Depression unterschieden werden muss, kann das Wissen um die oft mehrmonatige Beeinträchtigung während eines normalen Trauerprozesses die hohen Ansprüche eines depressiven Menschen an sich selbst herabsetzen und zur Entlastung beitragen. In analoger Weise versucht die sog. **interpersonale Psychotherapie**, auch andere Probleme zu entschärfen.

Obwohl die spezifischen Therapieansätze einer besonderen Ausbildung bedürfen, können die hier dargestellten Grundsätze dieser Therapieformen auch in eine **stützende Therapie** einer nichtspezialisierten Ärztin einfließen. In jedem Fall sollte eine medikamentöse Therapie wenn immer möglich von regelmässigen Gesprächen begleitet werden, weil die therapeutische Wirkung der Ärztin-Patientin-Beziehung gerade bei der Behandlung von depressiven Episoden von nicht genug zu betonender Bedeutung ist.

Rekonvaleszenzzeit und prophylaktische Empfehlungen: Depressive Episoden haben eine gute Spontanprognose. Etwas mehr als die Hälfte aller einmal depressiv erkrankten Menschen leiden zu einem späteren Zeitpunkt aber wieder an depressiven Episoden, weshalb prophylaktische Massnahmen angezeigt sind.

An und für sich eignet sich die Rekonvaleszenzzeit besonders dazu, in therapeutischen Gesprächen mit motivierten Patientinnen depressiogene Risikofaktoren in der Lebensgestaltung herauszufinden und neue Bewältigungsweisen für schwierige Situationen zu finden. Nur ein kleiner Teil der betroffenen Patientinnen wird aber diesen Weg gehen wollen oder können.

Was versteht man unter **Therapieresistenz** bei Depressionen?

Beispiele für weitere Verfahren, die bei Therapieresistenz eingesetzt werden können?

Psychotherapie

Bei welchen Depressionen spielen psychotherapeutische Verfahren eine wichtige Rolle?

negatives Selbstkonzept und persönliches Versagen

Wo greifen die meisten psychotherapeutischen Verfahren an?

Trauer und Depression

Weshalb soll eine medikamentöse Therapie immer von regelmässigen Gesprächen begleitet werden?

Rezidivprophylaxe

Weshalb eine Rezidivprophylaxe?

Wurde während einer depressiven Episode ein Antidepressivum eingesetzt, so sollte die therapeutische Dosis noch während etwa eines halben Jahres beibehalten und erst dann schrittweise ausgeschlichen werden. Bei wiederholt erkrankenden Patientinnen mit kürzeren gesunden Intervallen als 3 Jahre oder bei Patientinnen mit besonders häufigen Rezidiven sollte die medikamentöse Prophylaxe in der therapeutischen Dosierung der Akutphase noch viel länger weitergeführt werden. Bei antidepressiver Langzeitprophylaxe ist jährlich ein somatischer Check-up einschliesslich EKG-Untersuchung zu empfehlen.

Die Alternative zur Langzeitbehandlung mit Antidepressiva ist bei rezidivierenden depressiven Störungen die Prophylaxe mit Lithium (oder Carbamazepin bzw. Valproat). Hinweise hierzu finden sich im allgemeinen Teil auf S. **Fehler! Textmarke nicht definiert.** Wenn manische Phasen auftreten, sollte Lithium (bzw. Carbamazepin) regelhaft zur Anwendung kommen.

Eine längerfristige Psychotherapie, die über die Rekonvaleszenzzeit von einigen Wochen bis Monaten hinaus weitergeführt wird, ist nicht in jedem Fall angezeigt. Bestehen aber belastende persönliche Konflikte, die mit der Auslösung der depressiven Episode zusammenhängen, auch nach dem Abklingen der Depression weiter, so ist eine längerfristige psychodynamisch orientierte Therapie ratsam.

Während des ganzen therapeutischen Prozesses ist die Patientin auf sachliche Orientierung durch die behandelnde Ärztin angewiesen. Dazu gehören auch Informationen über Nebenwirkungen der verordneten Therapien. Für die Patientin ist es wichtig zu wissen, welche Massnahmen aus therapeutischer Indikation vorgeschlagen werden, welches Prozedere der Rückfallprophylaxe dient und welche therapeutischen Möglichkeiten zu ihrer weiteren persönlichen Entwicklung beitragen können.

Je nach Patientin können verschiedene Therapieansätze unterschiedlich erfolgreich sein. Gelingt es aber einer Therapeutin, einer depressiven Patientin das Gefühl von Kompetenz **und** verlässlicher Zuwendung zu geben, so ist eine der wichtigsten Grundbedingungen für eine erfolgreiche Therapie erfüllt.

12.3 Manie

12.3.1 Allgemeines zur Manie

Als *Manie* wurden ursprünglich alle Zustände des „ausser sich seins“ bezeichnet, z. B. Entrückung, Ekstase und Raserei. Im Altertum wurden die Begriffe Manie und Melancholie nicht im Sinne gegensätzlicher Gemütszustände gebraucht, sondern sie galten verschiedenen Aspekten einer auffälligen Geistesverfassung. Erst im 19. Jahrhundert wurde zuerst von französischen, dann deutschen Psychiatern das Konzept entwickelt, dass Manie und Depression gegensätzliche Zustände seien, die sich in der manisch-depressiven Erkrankung periodisch ablösen.

Eine Störung mit rein manischen Episoden ist selten. Häufiger sind *bipolare affektive Störungen*, bei denen sowohl manische, als auch depressive Episoden auftreten (siehe S. 13). Wenn leichtere Formen (hypomanische/depressive Verstimmungen) mitgezählt werden, sollen bis 7 % der Bevölkerung einmal davon betroffen sein.

12.3.2 Klinik der Manie

Psychopathologie: Leitsymptome einer manischen Episode sind eine *inadäquat gehobene, euphorische Stimmung* und/oder *Reizbarkeit*. Selten kann es zu einer extremen Steigerung des manischen Gehetztseins kommen mit Verwirrung, Aufhebung des Zusammenhangs des Denkens und Sprechens, sogar zur Beeinträchtigung der Orientierung.

Besonders charakteristisch für Manie sind *Logorrhoe, Sprunghaftigkeit der Gedanken, Ideenflucht* und *gesteigerte Ablenkbarkeit*. Die durch die gehobene Stimmung bedingte *Selbstüberschätzung* kann sich zu wahnhaften Grössenideen steigern. Bei einem Teil der Patientinnen können Grössenwahn und der Stimmung entsprechende Halluzinationen auftreten.

Wann soll ein Antidepressivum wieder abgesetzt werden?

Welche Medikamente finden als Langzeitprophylaxe bei Depressionen Verwendung?

Wann kann eine längerfristige Psychotherapie angezeigt sein?

sachliche Information

Welcher Grundsatz gilt bezüglich der Information der Patientin?

Historischer Exkurs

Im Rahmen welcher Störung treten manische Episoden meistens auf?

Leitsymptome

Welches sind die Leitsymptome einer manischen Episode?

Auffälligkeiten im Denken

Was sind charakteristische Veränderungen im Denken bei einer Manie?

Typischerweise besteht bei manischen Episoden ausgeprägte **Überaktivität** und **Angetriebenheit**. Praktisch immer ist die Schlafdauer verkürzt, ohne dass sich die Patientinnen darüber beklagen würden, sie fühlen sich ja in Form. Die sexuelle Aktivität ist meist erhöht.

Fatal kann sich für den Kranken und seine Angehörigen die fehlende Krankheitseinsicht bzw. das unbedachte, die sozialen Bindungen nicht mehr berücksichtigende Handeln auswirken. Übermässiges Geldausgeben, allgemein egozentrisches Handeln, distanzloses Kontaktaufnehmen, sexuelle Kontakte ausserhalb der Partnerbeziehung und aggressive Verhaltensweisen belasten die Beziehung zu den Angehörigen stark. Viele Ehen werden schon nach Auftreten einer ersten manischen Episode geschieden.

Verlauf: Manische Episoden können sich über Wochen und Monate steigern oder akut beginnen. Die Dauer einer manischen Episode ist unterschiedlich. Als Durchschnittswerte werden 4 - 6 Monate (mit einer grossen Streubreite) angegeben. Manische Episoden klingen meist vollständig ab, wobei allerdings vorübergehende depressive Nachschwankungen häufig sind. Was den Langzeitverlauf betrifft, können zu späteren Zeitpunkten erneut manische Episoden, aber auch Depressionen auftreten, wobei dann von einer **bipolaren affektiven Störung** gesprochen wird, die sehr viel häufiger auftritt als eine rein manische Störung.

Begleitreaktionen

soziale Konsequenzen

Inwiefern hat eine manische Erkrankung oft grosse soziale Konsequenzen?

Verlauf der Erkrankung

Wie kann eine manische Episode verlaufen?

12.3.3 Diagnose der Manie

Die Diagnose einer Manie ist bei ausgeprägter Antriebsvermehrung und euphorischer Grundstimmung meist einfach zu stellen. Bei ausgeprägter Reizbarkeit oder bei schwerer Verwirrtheit können diagnostische Probleme auftreten. Die diagnostischen Kriterien einer Manie nach ICD-10 sind in Tabelle 17 zusammengefasst.

Tabelle 17. ICD-10-Forschungskriterien der Manie ohne psychotische Symptome

- A. Die Stimmung ist vorwiegend gehoben, expansiv oder gereizt und für die Betroffenen deutlich abnorm. Dieser Stimmungswechsel muss auffällig sein und mindestens eine Woche anhalten (es sei denn, eine Krankenhauseinweisung wird notwendig).
- B. Mindestens 3 der folgenden Symptome müssen vorliegen (4, wenn die Stimmung nur gereizt ist) und eine schwere Störung der persönlichen Lebensführung verursachen.
1. Gesteigerte Aktivität oder motorische Ruhelosigkeit,
 2. gesteigerte Gesprächigkeit (Rededrang),
 3. Ideenflucht oder subjektives Gefühl von Gedankenrasen,
 4. Verlust normaler sozialer Hemmungen, was zu einem den Umständen unangemessenen Verhalten führt,
 5. vermindertes Schlafbedürfnis,
 6. überhöhte Selbsteinschätzung oder Grössenwahn
 7. Ablenkbarkeit oder andauernder Wechsel von Aktivitäten oder Plänen,
 8. tollkühnes oder leichtsinniges Verhalten, dessen Risiken die Betroffenen nicht erkennen, z. B. Lokalrunden ausgeben, törichte Unternehmungen, rücksichtsloses Fahren,
 9. gesteigerte Libido oder sexuelle Taktlosigkeit.

Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Episode darf weder auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen noch auf eine organische psychische Störung zurückzuführen sein.

[nach WHO, ICD-10, Forschungskriterien, H. Dilling et altri, Verlag Hans Huber]

Differentialdiagnose der Manie:

- ### organische manische Störung bzw. substanzinduzierter manischer Zustand
- ### manisch-depressiver Mischzustand
- ### schizophrene und andere psychotische Erregungszustände

Differentialdiagnose

Was sind die wichtigsten Differentialdiagnosen bei einem manischen Syndrom?

Eine organisch bedingte Manie kann durch die somatische Untersuchung und anhand der Anamnese ausgeschlossen werden. Substanzinduzierte manische Zustände dauern in der Regel bei nüchternem Zustand nicht an. Bei **manisch-depressiven Mischzuständen** treten rasch wechselnde oder miteinander verknüpfte manische und depressive Symptome auf. Aber aufgepasst: Hinter sehr vielen manischen Zuständen steht eine tiefe Verletzung - eine Art abgewehrte Depression -, ohne dass wir von Mischzuständen sprechen. Im weiteren sind schizophrene Erregungszustände ohne gehobene Stimmung oder Reizbarkeit von der Manie zu differenzieren.

12.3.4 Therapie der Manie

Akutbehandlung: Die Behandlung einer akuten Manie kann wegen der meist fehlenden Krankheitseinsicht schwierig sein. Bei ausgeprägter Selbstschädigung oder Fremdgefährdung ist eine stationäre Behandlung erforderlich. Allgemein empfehlenswert ist es, die Patientin von stimulierenden Aussenreizen abzuschirmen, sie ernst zu nehmen, jedoch ohne zu stark auf die manischen Inhalte einzugehen. Manchmal ist es sogar hilfreich, ein persönliches Verletztwerden oder eine versteckte Missstimmung anzusprechen. Wegen des Aktivitätsdrangs sollte darauf geachtet werden, dass die Patientin sich betätigen oder sich körperlich erschöpfen kann.

Auf medikamentöse Therapie kann bei einer akuten Manie selten verzichtet werden. In Frage kommen in der Regel Neuroleptika (evt. mit sedierender Komponente). Bei leichteren, vorwiegend ambulanten Fällen, bei denen keine sofortige Sedation erforderlich ist, kann auch Lithium als Ersttherapie verwendet werden. Das Lithium scheint spezifischer auf die manische Grundstörung einzuwirken, während Neuroleptika ihre Wirkung eher über psychomotorische Dämpfung entfalten.

Langzeitbehandlung und Rezidivprophylaxe: Nach einer ersten Stabilisierung durch die Neuroleptikabehandlung hat es sich bewährt, mit einer Lithiumtherapie zu beginnen. Das Neuroleptikum kann dann bei vollständiger Remission der manischen Episode ausgeschlichen werden. Die Therapie mit Lithium soll mindestens über 2 - 3 Jahre fortgeführt werden. Eine darüber hinausgehende Langzeitprophylaxe ist vor allem bei rezidivierenden und **bipolaren** Verläufen wünschenswert (siehe auch S. 14). Als Alternative zu Lithium kommt Carbamazepin in Frage, das ebenfalls gute „antimanische“ und prophylaktische Eigenschaften hat. Bei einer Langzeitprophylaxe sollen die Blutspiegel des verwendeten Medikamentes periodisch überprüft werden. Eine Aufklärung der Patientin über die besonderen Gefahren einer Lithiumintoxikation ist Voraussetzung jeder Therapie mit Lithium.

Nach Abklingen einer manischen Episode kann es für die Patientin hilfreich sein, allfällige Schamgefühle, die das Verhalten während der manischen Episode betreffen, im therapeutischen Gespräch aufzuarbeiten, wie überhaupt eine psychotherapeutische Begleitung von Maniekranken über die unmittelbare Krankheitsepisode hinaus empfehlenswert ist.

allgemeine Massnahmen

Welche allgemeinen Massnahmen können bei der Behandlung einer Manie hilfreich sein?

Akutmedikation

Wie kann eine akute Manie medikamentös behandelt werden?

Rezidivprophylaxe

Welche Medikamente können zur Langzeitprophylaxe einer Manie verwendet werden?

12.4 Bipolare affektive Störung

12.4.1 Allgemeines zur bipolaren affektiven Störung

Die bipolare affektive Störung wurde früher als *manisch-depressive Krankheit* bezeichnet. In der Umgangssprache hat sich dieser Begriff gehalten. Bei dieser Störung treten im Langzeitverlauf in unregelmässiger Reihenfolge sowohl manische wie depressive Episoden auf. (Wenn nur depressive Episoden im Sinne einer rezidivierenden depressiven Störung auftreten, spricht man auch von einer monopolen affektiven Störung. Treten in wenigen Fällen hingegen nur manische Episoden auf, wird dennoch von einer bipolaren affektiven Störung ausgegangen, weil spätere depressive Episoden nicht ausgeschlossen werden können und Disposition, Verlauf und Prognose dieser rein manischen Fälle von bipolaren Störungen praktisch nicht zu unterscheiden sind.)

Die bipolaren affektiven Störungen werden von den monopolen (rezidivierend depressiven) Störungen abgegrenzt, da sie sich hinsichtlich familiärer Disposition, Persönlichkeit, Verlauf und Prognose unterscheiden. Bipolare Störungen treten im Mittel früher auf (zwischen 20 und 30 Jahren), verlaufen sozial ungünstiger und weisen eine höhere Episodenzahl auf.

Was versteht man unter einer bipolaren affektiven Störung?

12.4.2 Klinik der bipolaren affektiven Störung

Im Stadium der Erkrankung liegt entweder ein manisches oder depressives Syndrom vor, wie es in den vorhergehenden Kapiteln beschrieben wurde. Entsprechend wird diagnostiziert: Gegenwärtig manische (oder depressive) Episode bei bipolarer affektiver Störung.

Seltener können auch *manisch-depressive Mischbilder* (z. B. agitierte Depression mit ängstlicher Erregung und gelegentlich Ideenflucht) auftreten. Sie werden nach ICD-10 als gemischt affektive Episode bezeichnet.

Der Wechsel zwischen den verschiedenen Zuständen (manisch, depressiv, ausgeglichen) kann schleichend oder abrupt erfolgen, zeigt aber bei einer einzelnen Person oft ein typisches Muster. In der Regel klingen manische und depressive Episoden weitgehend oder vollständig ab, ohne die Betroffenen in ihrer Lebensführung weiterhin zu beeinträchtigen. Die Wahrscheinlichkeit, irgendwann einen Rückfall zu erleiden, ist mit ca. 90 % aber sehr hoch.

Wie gross ist die Rückfallgefahr bei Auftreten einer manischen oder depressiven Episode im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung?

12.4.3 Ursachen der bipolaren affektiven Störung

Auch wenn die Ursachen der bipolaren affektiven Störung bisher nicht vollständig aufgeklärt sind, dürften in der Pathogenese dieser Erkrankung analoge Neurotransmittersysteme eine Rolle spielen wie bei Depressionen. Als auslösende Faktoren sind zum Teil ähnliche Belastungssituationen wie bei Depressionen zu beobachten. Die genetische Disposition ist aber bei Personen mit rezidivierenden depressiven Störungen und Menschen mit bipolaren affektiven Störungen verschieden. Im Unterschied zu (monopolen) rezidivierenden depressiven Störungen sind bei den bipolaren affektiven Störungen beide Geschlechter etwa gleich häufig betroffen. Neben persönlicher Verletzlichkeit gehen v. a. Zeitumstellung, Schlaflosigkeit und bei Frauen eine Geburt mit erhöhter Rückfallgefährdung einher.

Welche Lebensumstände können die Rückfallgefährdung erhöhen?

12.4.4 Diagnose der bipolaren affektiven Störung

Die Diagnose stützt sich auf das Auftreten von manischen und depressiven Episoden im Längsverlauf. Differentialdiagnostisch sollte eine organische Erkrankung (z. B. Frontalhirnsyndrom) ausgeschlossen werden. Manche Kliniker haben generell den Eindruck, dass bipolare Erkrankungen eine „grössere organische Vulnerabilität“ aufweisen als reine Depressionen.

Ausschluss organischer psychischer Störungen

12.4.5 Therapie der bipolaren affektiven Störung

Während sich die Therapie in den akuten Krankheitsepisoden nach dem Vorliegen eines depressiven oder manischen Zustandsbildes richtet (siehe in den entsprechenden Kapiteln), schützt eine geeignete **Prophylaxe** mit Lithium oder Carbamazepin vor weiteren depressiven wie manischen Episoden. Die medikamentöse Prophylaxe ist bei enger Indikationsstellung bei Wiederauftreten einer Episode innert 4 Jahren, bei weitergefasster Indikationsstellung bei Wiederauftreten innert 2 Jahren angezeigt. Hohe Suizidgefährdung oder besonders schwere Krankheitsfolgen führen ebenfalls zu einer weiteren bzw. schnelleren Indikationsstellung.

Die **psychotherapeutische Begleitung** von Personen mit bipolaren affektiven Störungen ist manchmal besonders anspruchsvoll, aber - nicht nur zur Unterstützung der medikamentösen Compliance - notwendig.

Langzeitprophylaxe

Wann ist eine medikamentöse Langzeitprophylaxe indiziert?

Psychotherapie