

Lehrgangsskript „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

Affektive Störungen

© Thomas Wiebke

Affektive Störungen

1. Allgemeines, Ätiologie, Epidemiologie, Verlauf	193
2. Depressive Störungen	199
2.1. Depressive Episoden	200
2.1.1. leichte depressive Episode F32.0	200
2.1.2. mittelgradige depressive Episode F32.1	201
2.1.3. Schwere depressive Episode F32.2	201
2.1.4. Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen F32.3	202
2.1.5. Besonderheiten der schweren depressiven Episode	202
2.2. rezidivierende depressive Störungen F33	205
2.3. Dysthymia F34.1	205
2.4. Sonderformen der Depression	207
2.5. Differentialdiagnose depressiver Störungen	208
2.6. Therapie depressiver Störungen	208
2.7. Prognose depressiver Störungen	212
3. Manische Störungen	213
3.1. Hypomanie F30.0	214
3.2. Manie F30.1	215
3.3. Manie mit psychotischen Symptomen F30.2	215
3.4. Differentialdiagnose	215
3.5. Therapie	216
4. Bipolare Störungen	216
4.1. Bipolare affektive Störung F31	216
4.2. Zykllothymia F34.0	216

Lehrgangsskript „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

Affektive Störungen

© Thomas Wiebke

1. Allgemeines, Ätiologie, Epidemiologie, Verlauf

- Affektive Störungen sind v.a. durch krankhafte Veränderung der Stimmung und des allgemeinen Aktivitätsniveaus charakterisiert, welche sich in den zwei entgegengesetzten Polen Depression und Manie manifestieren. Die Störungen können in zeitlich abgegrenzten Episoden (Phasen) auftreten oder als lang anhaltende affektive Störung erscheinen.
- In der griechischen Humoralpathologie („Säftelehre“) begegnet uns der Begriff der Melancholie („Schwarzgalligkeit), mit dem ein körperlich bedingter traurig-mutloser Geisteszustand beschrieben wurde. Auch der Begriff Manie ist aus dem griechischen entlehnt und meint ursprünglich soviel wie „Außer-sich-sein“, Ekstase, Raserei und wurde als fieberhafte Geistesstörung angesehen. Melancholie und Manie wurden demnach weniger als Gegenpole einer Gemütsverfassung, sondern eher als auffällige Geisteszustände angesehen. Der Begriff der Melancholie hat sich allerdings außerhalb der Psychiatrie als Beschreibung einer Charaktereigenschaft eingebürgert und meint hier dann eine Veranlagung oder ein Temperament, welches durch Schwermut, Weltschmerz und Trübsinn gekennzeichnet ist.
- Der Begriff Depression¹ hingegen ist relativ jung und galt bis in das frühe 20. Jahrhundert als Oberbegriff für Störungen, die durch psychische „Unterfunktionen“ gekennzeichnet waren. Der deutsche Psychiater Kraepelin fasste 1913 unter dem Begriff Depression „alle melancholischen oder depressiven Zustände mit trauriger oder ängstlicher Verstimmung sowie Erschwerung des Denkens und des Handelns“. Auch heute bezeichnet Depression mehr ein Syndrom als ein Symptom. Es empfiehlt sich daher heute von einem depressiven Syndrom zu sprechen bzw. den Begriff Depression nur zu verwenden, wenn damit das Symptom Niedergeschlagenheit, Traurigkeit benannt werden soll.
- Die affektiven Störungen sind im ICD10 erstmals in einem eigenen Kapitel unter der Ziffer F3 zusammengefasst; damit wurde auch die überwiegend unter ätiologischen Aspekten vorgenommen Unterteilung des ICD9 verändert, die noch sehr stark von psychoanalytischen Modellen wie den klassischen Neurosenkonzepten geprägt war. Diesen Konzepten lagen v.a. psychodynamische Kriterien zugrunde², die sich aber nicht standardisieren bzw. operationalisieren (messbar machen) lassen. So musste man beispielsweise konstatieren, dass die verschiedenen depressiven Störungen nicht so scharf voneinander abzugrenzen sind.³ Darüber hinaus sind sowohl die depressiven Störungen als auch die manischen Störungen heute differenzierter klassifiziert, als noch im ICD9.
- In der heutigen Klassifikation wird versucht man demnach, bestimmte Merkmale einer Störung möglichst objektiv zu beschreiben und diese Beschreibung dann einer Klassifikation zuzuführen, wodurch sich dann viele Bezeichnungen änderten. Gleichwohl existieren die älteren Begriffe (z.B. affektiven Psychosen, manisch-depressive Psychose, neurotische Depression etc.) auch heute noch im allgemeinen und klinischen Sprachgebrauch. Die nachfolgende Tabelle stellt die wichtigsten Entsprechungen von ICD9 und ICD10 dar.

¹ Lateinisch: deprimere = herunterdrücken, niederdrücken

² So sollten beispielsweise bestimmte Ereignisse auf dem Boden bestimmter Persönlichkeitsmerkmale neurotische Störungen auslösen.

³ Heute ist beispielsweise bekannt, dass sowohl neurotische als auch reaktive Depressionen in endogene Depressionen übergehen können; umgekehrt kann man auch bei endogenen Depressionen in der Anamnese fast immer Umwelteinflüsse und Persönlichkeitsprobleme eruieren, die ätiologisch wichtig sind. Bei allen Formen von Depressionen scheinen zudem Störungen im Neurotransmitterhaushalt zu bestehen.

Lehrgangsskript „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

Affektive Störungen

© Thomas Wiebke

Ätiologie

Für die Entstehung der affektiven Störungen wird heute das sog. *Vulnerabilitätskonzept* angenommen, welches von einer anlagebedingten „Verletzlichkeit“ für diese Störungen ausgeht, die auf vielfältige Ursachen zurückzuführen ist (*multifaktorielle Genese*). Die wichtigsten Faktoren sind:

- **Genetische Disposition**

- Wenn ein Elternteil an einer Depression erkrankt ist, hat das Kind ein Erkrankungsrisiko von 10%, bei Erkrankung beider Eltern liegt die Wahrscheinlichkeit bei 40%.
- Für die bipolare Störung ist die genetische Disposition noch evident: bei einem erkrankten Elternteil besteht ein 20%iges Erkrankungsrisiko, leiden beide Eltern an dieser Störung liegt das Risiko bei 60%.

- **Neurobiologische Faktoren**

- Man geht von einer Störung bestimmter Neurotransmitter im Gehirn aus, welche chemisch zur Gruppe der Monoamine gehören. Bei der Depression, handelt es sich v.a. um Serotonin, Noradrenalin und Dopamin, die hier nicht ausreichend zur Verfügung stehen, bzw. nicht ausreichend Rezeptoren auf den Nervenzellen finden sollen (Amindefizit-Hypothese). Bei der Manie geht man dagegen von einer übermäßigen Aktivität vor allem von Noradrenalin und Dopamin aus.
- Auch hormonelle Störungen scheinen insbesondere bei Depressionen eine Rolle zu spielen (Cortisol⁴, Schilddrüsenhormone, Wachstumshormon).
- Zudem gibt es Hinweise, dass chronobiologische Faktoren einen Einfluss auf Entstehung und Verlauf haben; so zeigen Depressionen oft eine deutliche saisonale Rhythmik mit Häufung im Frühjahr und Herbst; eine Sonderform ist hier die sog. *saisonale Winterdepression*. Auch die Schwankungen im Tagesverlauf stützen diese Vermutung.

- **Hirnstrukturelle Veränderungen**

- Es gibt Hinweise darauf, dass möglicherweise auch eine Verminderung der Anzahl bestimmter Nervenzellen, sowie eine Verminderung der Dicke einzelner Hirnregionen⁵ bei der Entstehung und dem Verlauf der Störung eine Rolle spielen. Zudem scheint auch die Durchblutung und Sauerstoffverwertung einzelner Hirnbereiche verändert.

- **Psychoziale Faktoren**

- Einschneidende Lebensereignisse („life events“) und Dysstress erhöhen das Depressionsrisiko.
- Interessanter Weise steigt die Prävalenz der Depressionen in allgemeinen Krisen- und Notzeiten nicht an.

⁴ Cortisol ist ein von der Nebenniere gebildetes Stresshormon.

⁵ Cortex und Basalganglien

Lehrgangsskript „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

Affektive Störungen

© Thomas Wiebke

- **Lerntheoretische Modelle:**

- sehen das Hauptproblem depressiver Erkrankungen in einer Störung der Wahrnehmung, speziell in einer negativen Wahrnehmung der eigenen Person, der Umwelt und der Zukunft, die v.a. durch Stress aktiviert und verallgemeinert wird.
- Aaron Beck, einer der Begründer der kognitiven Verhaltenstherapie, geht davon aus, dass bei depressiven Menschen typischerweise negative Gedanken über sich, ihre Umwelt und ihre Zukunft vorherrschen.
- Die von Beck so benannte **kognitive Triade** bei Depressiven besteht aus folgenden Merkmalen:
 - **negative Selbstwahrnehmung** („unfähig“, „wertlos“, „hässlich“ etc.)
 - **negative Weltsicht** aufgrund der Neigung, Erfahrungen überwiegend negativ zu bewerten („Meine Nachbarin hat mich nicht begrüßt, also mag sie mich nicht!“)
 - **negative Zukunftserwartungen** („Das klappt sowieso nicht!“, „Das kann niemals besser werden!“)
- Diese Grundeinstellungen bedingen charakteristische dysfunktionale Denk- bzw. Bewertungsmuster wie z.B.:
 - **willkürliches Schlussfolgern:** aus Sachverhalten werden regelmäßig negative Schlüsse gezogen, ohne zu überprüfen, ob diese Schlüsse auch richtig sind (...ich habe eine Aufgabe nicht richtig gelöst, also bin ich ein Versager ⇒ ohne zu überprüfen, ob die Aufgabe überhaupt lösbar war...)
 - **selektive Abstraktion:** man ist nur auf die negativen Aspekte eines Sachverhaltes fixiert, ohne den größeren Zusammenhang und eventuelle positive Aspekte wahrzunehmen (... ich habe die schriftliche Heilpraktikerprüfung bestanden ⇒ aber ich sehe nur auf die 4 Fehler, die ich gemacht habe...)
 - **Übergeneralisierung:** (... ich habe einen Nachbarn, der mich offensichtlich nicht mag ⇒ niemand mag mich wirklich...)
 - **Personalisierung:** bestimmte Ereignisse oder Sachverhalte beziehe ich automatisch auf mich, obwohl gar nicht klar ist, dass sie mit mir zu tun haben (... mein Nachbar begrüßt mich nicht ⇒ er mag mich nicht...)
 - **absolutes, dichotomes, polarisierendes Denken:** Erlebnisse werden in nur in extremen, sich ausschließenden Kategorien bewertet (... entweder du liebst mich, oder du hasst mich...)
 - **Katastrophisieren:** es werden immer nur negative und katastrophale Ergebnisse meines Handelns erwartet (... bei der Prüfung werde ich garantiert wieder einen Blackout haben...)
- So entstehen kognitive Verzerrungen in der Selbsteinschätzung und Umweltbewertung, eine Schwellenerniedrigung und selektive Wahrnehmung für enttäuschende und Verlussterlebnisse, verbunden mit einer Neigung zur Selbstüberforderung und geringe positive Selbstverstärkung.

Lehrgangsskript „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

Affektive Störungen

© Thomas Wiebke

• *Psychoanalytische Modelle*

- gehen v.a. von einer Störung der Mutter- bzw. Elternbeziehung in der ersten Lebensphase (orale Phase) und mangelndem Selbstwertgefühl aus.
- So sollen einer Depression oft *Entbehrungs- und Verlusterfahrungen* v.a. in der oralen Phase und/oder *übermäßige Fürsorglichkeit* v.a. in der analen Phase (aufgrund von Ängstlichkeit oder einer Reaktionsbildung der Eltern) zugrunde liegen. Das Kind antwortet mit Trennungsangst, verstärkter Anhänglichkeit und Abhängigkeit und - besonders in der analen Phase - mit aggressiven Impulsen, die es aber abwehrend gegen sich richtet⁶. Die ständigen Versagungs- und Verlusterlebnisse (nicht nur in der Kindheit) führen also zu Frustration und schließlich zu Aggressionen, welche aber, aus Angst vor Liebesverlust, meist nicht nach außen gerichtet, ja oftmals noch nicht einmal wahrgenommen werden.
- Da die Entwicklung von Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl und Durchsetzungsvermögen nur mangelhaft war, reagieren Erwachsene bei Auftreten eines spezifischen Lebensereignisses nicht aggressiv, sondern regressiv. Diese Lebensereignisse, in denen der Betroffene sich nicht geliebt fühlt, sich nicht stark fühlt, sich schlecht bzw. böse fühlt, stellen für ihn eine *narzisstische Kränkung* dar, und sind somit auch die typischen Auslösesituationen für eine Depression: Trennung vom Partner, Krankheit, Arbeitsplatzverlust.

Epidemiologie

- Unter den affektiven Störungen sind die Depressionen am häufigsten. Die Prävalenz (Bestand der Erkrankten) soll für alle depressiven Störungen bei etwa 5-10% der deutschen Bevölkerung liegen.
- Zwischen 8 und 20% erkranken zumindest einmal im Leben an einer behandlungsbedürftigen Depression. Allerdings werden nur 50 % der Depressionserkrankungen in der Primärversorgung richtig diagnostiziert, davon werden höchstens 40 % einer spezifischen Therapie zugeführt (so werden immer noch viele depressive Menschen mit Tranquilizern statt mit Antidepressiva behandelt!).
- Etwa 10% der Patienten einer Allgemeinarztpraxis leiden an einer Depression, womit diese Erkrankung zu den häufigsten Krankheiten überhaupt gehört. Nach Schätzungen der WHO werden Depressionserkrankungen im Jahr 2020 weltweit nach den Herz-Kreislauferkrankungen den 2. Rang unter den Ursachen für Berufsunfähigkeit einnehmen.
- Die Dauer vom Beginn der Erkrankung bis zum Beginn Behandlung beträgt durchschnittlich ca. 7 Jahre.
- Das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt bei den monopolaren Depressionen zwischen 30 und 45 Jahren, bei bipolaren Formen zwischen 20 und 35 Jahren.
- Der Beginn einer Dysthymia liegt im Mittel im 3.- 4. Lebensjahrzehnt, bei der Hälfte der Fälle vor dem 25. Lebensjahr. Beginnt die Dysthymia ausnahmsweise im höheren Lebensalter, tritt sie häufig nach einer zeitlich abgrenzbaren depressiven Episode oder nach einem Trauerfall auf.

⁶ s. Kapitel „Grundlagen der Tiefenpsychologie – Abwehr“ (S. 47ff)

Lehrgangsskript „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

Affektive Störungen

© Thomas Wiebke

- Ein starker Anstieg vor allem der schweren Depressionserkrankungen lässt sich noch einmal im höheren Lebensalter (Altersdepression bei den über 65-jährigen) beobachten.
- Frauen sollen von Depressionen ungefähr doppelt so häufig wie Männer betroffen sein. Allerdings lassen neuere Untersuchungen Zweifel an dieser Zahl aufkommen, da sich Depressionen bei Männern möglicherweise anders zeigen als bei Frauen. (s. S. 73)
- Die Prävalenz bei den bipolaren und manischen Verläufen weist keine ausgeprägten Geschlechtsunterschiede auf.

Verlauf

- Manchmal leiden Patienten viele Jahre, evtl. sogar lebenslang an leichteren Depressionen (Dysthymia) oder an einem ständigen Wechsel zwischen leichter Depressionen und leicht gehobener Stimmung (Zyklothymia).
- Die zeitlich abgegrenzten Verläufe der affektiven Störungen (Episoden/ Phasen) heilen gewöhnlich restlos aus (Totalremission); ein Patient kann jedoch mehrmals im Leben solche Episoden durchlaufen. Dabei sind rein (monopolar) depressive Formen mit ca. 2/3 aller affektiven Psychosen weitaus häufiger als manisch-depressive (bipolare) mit ca. 30% oder rein manische (gleichfalls monopolare) Verlaufsformen mit ca. 3-6% aller Fälle.
- Fast alle Betroffenen machen mehr als eine Phase während ihres Lebens durch. Die durchschnittliche Phasenzahl ist bei den bipolaren Formen mit ca. 9 doppelt so hoch wie bei den monopolar-depressiven mit 4 Phasen. Zwischen den einzelnen Phasen können Intervalle von Jahren oder Jahrzehnten liegen, selten können Intervalle aber auch vollständig fehlen.
- Die *Phasendauer* schwankt interindividuell sehr stark zwischen einigen Tagen und 18 Jahren. Am häufigsten sind die Phasen, die 6 bis 12 Monate anhalten.
- Eine Untergruppe affektiver Psychosen zeichnet sich durch einen raschen Phasenwechsel mit jährlich mindestens 4 depressiven und/oder manischen Phasen aus und wird daher als „*Rapid-Cycler*“ bezeichnet.
- Der Wechsel von einer depressiven in eine manische Phase wird manchmal durch Antidepressiva provoziert.
- Die einzelnen Phasen beginnen in der Regel allmählich, selten auch akut oder perakut (von einer Stunde oder gar einer Minute zur anderen). Die Remission vollzieht sich meist ebenfalls allmählich, manchmal aber auch von einem Tag auf den anderen.
- In einigen Fällen enden depressive Phasen mit einer hypomanischen (10%) und manische Phasen mit einer subdepressiven Nachschwankung.
- Bei den affektiven Psychosen ist das Suizidrisiko stark erhöht, am höchsten ist es bei der bipolaren Störung, zwischen 15 und 30% der Betroffenen sollen durch Suizid sterben.

Lehrgangsskript „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

Affektive Störungen

© Thomas Wiebke

2. Depressive Störungen

Die depressiven Störungen sind durch das *depressive Syndrom* (s.u.) gekennzeichnet. Je nach Verlaufsform und Schweregrad unterscheidet man zwischen:

- *depressiven Episoden (F32)* und unterscheidet dabei noch zwischen *leichten* (F32.0) und *mittelgradigen* (F32.1), sowie *schweren* depressiven Episoden *mit* (F32.3) *oder ohne* (F32.2) *psychotischen Symptomen*; Entscheidend für die Einstufung in dieser Rubrik ist der episodenhafte Charakter der Störung!
- *rezidivierenden depressiven Störungen (F33)* und unterscheidet dabei, ob gegenwärtig eine leichte, mittelgradige, oder aber eine schwere depressive Störung ohne psychotische Symptome oder mit psychotischen Symptomen vorliegt; entscheidend hierbei ist der rezidivierende Charakter der Störung, d.h. es muss schon mindestens einmal eine depressive Episode gegeben haben!
- *Dysthymia (F34.1)*, bei der es sich um eine anhaltende (chronische) depressive Verstimmung handelt.

Übersicht depressives Syndrom

psychische Symptome	somatische Symptome	psychosoziale Symptome
<ul style="list-style-type: none">• niedergeschlagene Verstimmung,• Freudlosigkeit,• Interesselosigkeit,• Energielosigkeit,• innere Unruhe oder psychomotorische Hemmung,• Mutlosigkeit,• Minderwertigkeitsgefühle,• Angstzustände, Zwänge,• Überempfindlichkeit,• Reizbarkeit,• Konzentrationsstörungen,• Grübelneigung,• Entscheidungsunfähigkeit,• Schuldgefühle,• Beziehungsstörungen,• Verarmungsideen,• hypochondrische Befürchtungen,• leichtere paranoide Fehldeutungen• Entfremdungserlebnisse	<ul style="list-style-type: none">• Schlaf- u. Appetitstörungen,• Gewichtsverlust,• gastrointestinale Beschwerden,• Kopfschmerz,• Blasenstörungen,• Atemenge,• Herzsensationen,• Globusgefühl,• Kreislaufstörungen,• diffuse Beschwerden in Bereich von Muskulatur u. Skelettsystem,• Sekretionsstörungen (z.B. Mundtrockenheit, Versiegen der Tränensekretion),• Hitzewallungen, Kälteschauer,• Libido- u. Potenzstörungen,• Beeinträchtigung der Stimme (leise, monoton) und der Psychomotorik (vornübergebeugt, kraftlos, schleppender Schritt)	<ul style="list-style-type: none">• Rückgang zwischenmenschlicher Kontakte,• Isolationsneigung• Probleme mit Partnern, Kindern, Vorgesetzten• Leistungsabfall,• Gefahr der Versetzung, Herabstufung oder des Arbeitsplatzverlustes