

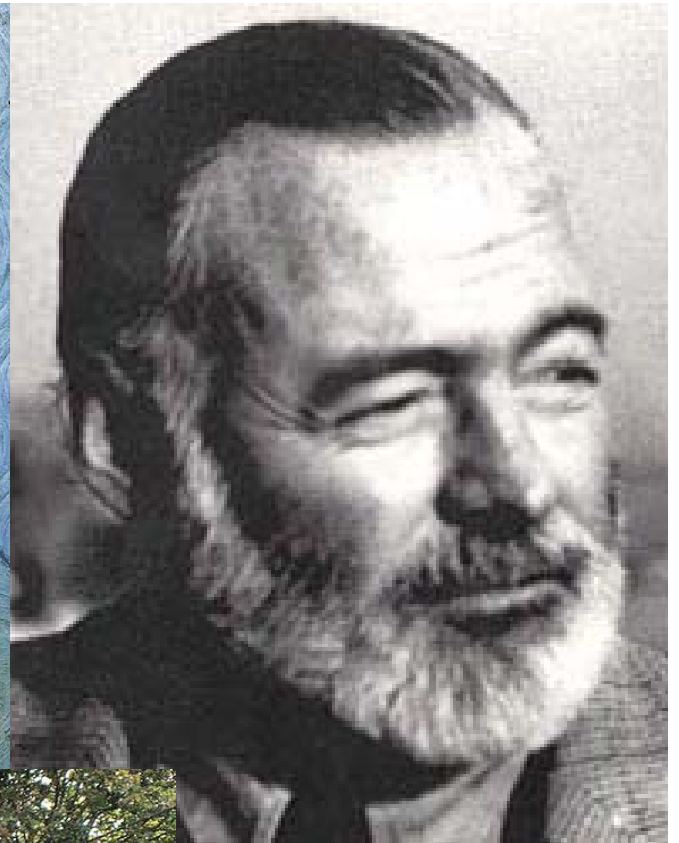
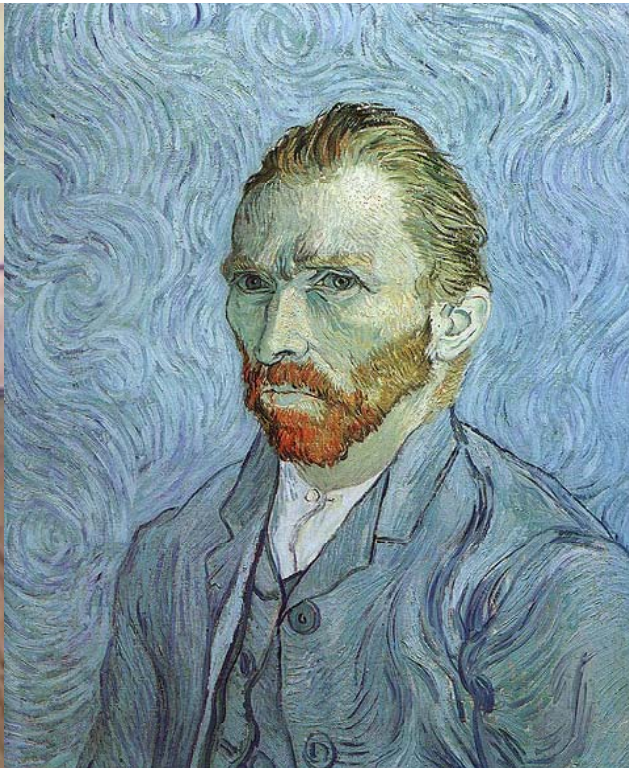
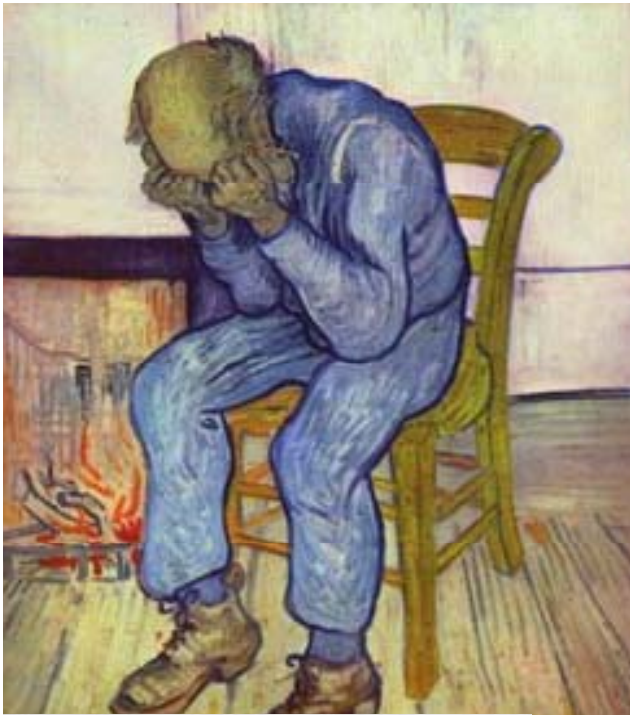
Affektive Störungen

Dr. János Réthelyi

Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Semmelweis Universität

Die Störungen der Affektivität können in zwei entgegengesetzten Richtungen, nämlich als **Manie** oder **Depression**, zutage treten. Manche schwereren Störungen der Affektivität kommen als psychotische Erkrankungen zum Vorschein.





Manische Episode

- Im Vordergrund steht gehobene Stimmung (übermäßig gute Laune, unmotivierte Heiterkeit, Übermaß an Affektivität, hinzu kommen oft Gereiztheit, Distanzlosigkeit und Aggressivität).
- Störungen der Psychomotorik: psychomotorische Beschleunigung, Antriebsteigerung, erhöhte Aktivität, Rededrang (Logorrhea), unermüdbare Tribsamkeit, „grandiose“ und stetig wechselnde Initiativen.
- Störungen des Verhaltens: Charakteristisch sind Enthemmung und Kritiklosigkeit (hohe Geldausgaben, sinnloses Einkaufen, wahlloses Verschenken aus dem Privatbesitz, kritiklose Kontaktaufnahme, kritiklose sexuelle Beziehungen) und als Folge dauernde Konflikte mit der Umwelt.

- Störungen des Denkens: Denkengang ist beschleunigt (Ideenflucht, Gedankenjagen, ständig neue Einfälle, leichte Ablenkbarkeit, gelockerter Zusammenhang zwischen den einigen Gedanken). Als Ausdruck der Selbstüberschätzung können auch Wahnideen, z. B. Größenwahn entstehen.
- Vegetative Symptome sind Schlafstörung (dauernd kurzer Schlaf ohne Ermüdung) und Gewichtsabnahme (aber keine Appetitstörung).
- **Fehlende Krankheitseinsicht.**
- Manisches Syndrom kommt auch bei organischen/toxischen Erkrankungen vor (Wirkung einiger Drogen und Pharmaka).
- Therapie: Eine stationäre Behandlung ist meistens erforderlich. Als Medikamente werden Psycholeptika angewendet.

Depressionen

- **Der Begriff „Depression“** bedeutet: Störungen des Erlebens, Befindens und Verhaltens. Drei terminologische Ebenen sind voneinander abzugrenzen:
- **symptomatologische** Ebene: Depression bezeichnet einen Zustand von affektiver Verstimmtheit, Traurigkeit, Niedergeschlagenheit (*depressive Verstimmung*).
- **syndromatologische** Ebene: eine regelrechte Kombination von emotionalen, kognitiven, motorischen und körperlich-vegetativen Störungen (*depressives Syndrom*).
- **nosologische** Bezeichnung: man vermutet eine bestimmte Krankheit (z. B. bipolare affektive Psychose, somatische oder organische Depression, schizophrene Depression usw.), eine bestimmte Ursache, einen bestimmten Verlauf, eine Prognose und dementsprechend eindeutige „Therapieerfordernisse“.

Depressives Syndrom

- Störungen der Verstimmung stehen im Vordergrund, dazu gesellen sich auch andere Unzulänglichkeiten der Emotionalität:
- Angst-Ängstlichkeit, Anxietät (kommt in den meisten Depressionen zum Vorschein) — oft auch von Unruhe begleitet;
- Gefühl der Gefühllosigkeit (Blockierung aller Gefühle, Unfähigkeit zu jeder emotionalen Resonanz);
- bei tiefen Verstimmungen entsteht die sogenannte vitale Depression (wird leibnah empfunden);
- neben Angst und Unruhe treten oft auch Schuldgefühle und eine deutliche Unsicherheit hervor.

- Charakteristische Körperhaltung, Mimik, Gestik und monotone Sprache lassen die Depression leicht erkennbar werden.
- Störungen der Psychomotorik sind meist ebenfalls bezeichnend:
- Hemmung der Psychomotorik, Verlangsamung der Bewegungen, Gehemmtheit des Verhaltens, im Extremfall Stupor;
- Verminderung der Aktivität (die Tätigkeit ist eingeschränkt);
- Entschluss, Wille und Handlungsvermögen sind gelähmt, keine Initiativen;
- bei agitierter Depression sind ängstliche Getriebenheit, unproduktiv-hektisches Verhalten, Bewegungsunruhe sowie Jammern beobachtbar.

- **Formale Störungen des Denkens:**

- Denkhemmung, Grübeln, Verlangsamung des Denkens;
- Monoideismus (das Denken ist auf gewisse Themen eingeschränkt), negative kognitive Schemata (negatives Selbst-, Welt- und Zukunftsbild), bei der Informationsverarbeitung stehen nur negative Vorstellungen im Vordergrund);
- die Denkstörung schränkt die Konzentrations- und Aufnahmefähigkeit ein.

- **Inhaltliche Störungen des Denkens sind meist holothyme Wahnideen**

- (psychotische Symptome, die in der Verstimmung wurzeln).
- Wahninhalte können die folgenden sein: Versündigung, Schuld, Verarmung, Krankheit, Versagen usw.
- der Schuld- und Versündigungswahn knüpfen an weit zurückliegende Verfehlungen an — der Versündigungswahn oft an Erlebnisse und Empfindungen, die durch die Depression bestimmt sind (Energielosigkeit, Gleichgültigkeit, Apathie);
- nihilistische Wahnideen treten in sehr schweren Formen hervor;
- hypochondrische Wahnideen sind auf eine drohende Zerstörung des Lebens durch unheilbare Krankheiten gerichtet;
- Verarmungswahnideen sind alltäglich, hauptsächlich in höherem Lebensalter;
- Zwangsgedanken — besonders Fremdschädigungsängste (zwanghafte Befürchtungen, den nächsten Angehörigen durch Tun und Unterlassen Schaden zuzufügen) — können auch vorliegen.

- Körperlich-vegetative Störungen liegen häufig vor:
- leibliche Missempfindungen wie etwa Schwere, Druck, Spannungs- und Beklemmungsgefühle im Kopf, im Bauch, in den Extremitäten;
- Die häufigsten vegetativen Funktionsstörungen sind: Schlafstörung, Schlaflosigkeit (95%), Appetitlosigkeit (86%), Gewichtsverlust (63%), Verstopfung (67%), Beklemmungsgefühl in der Brust (75%), Müdigkeit, Ermattung (75%), Kopfschmerz (42%), Magen- und Darmstörungen (36%).

- **Suizidalität-:** bei Depressionen ist das Suizidrisiko hoch!
- Selbstmordversuche kommen bei affektiven Erkrankungen, mindestens einmal im Leben, bei 20-60 % vor (große Unterschiede in den Statistiken), 15 % der Patienten begehen mit schweren depressiven Störungen ein Suizid.
- **Hinweise auf Suizidgefahr**
- suizidale Gedanken, konkrete Vorstellungen zur Vorbereitung;
- hochgradige Angst, hauptsächlich, wenn sie plötzlich ansteigt;
- Selbstbeschuldigung –Selbstvorwürfe;
- Suizidversuche in der Anamnese, gehäufte Suizidalität in der Familie, Verlust zwischenmenschlicher Kontakte;
- hochgradige, lang andauernde Schlaflosigkeit;
- Alkohol und Drogenmissbrauch;
- biologische Krisensituationen.

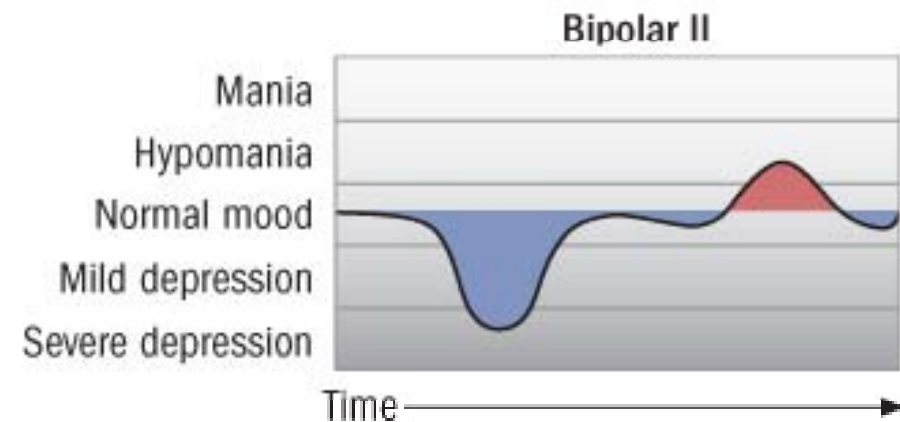
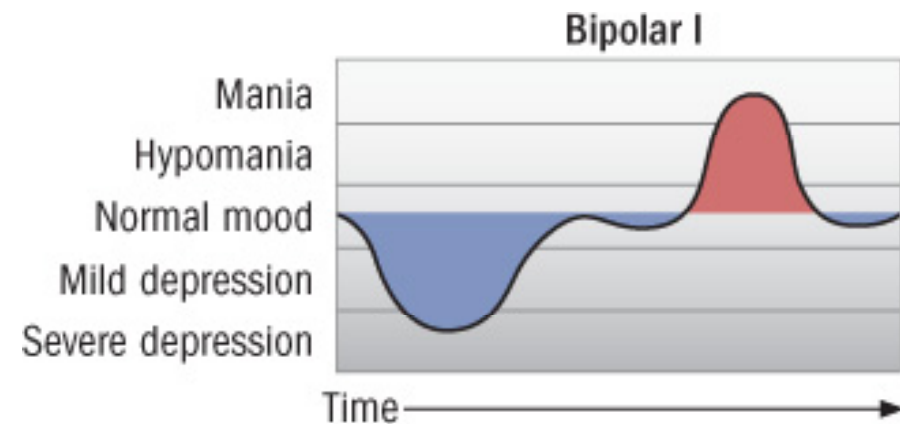
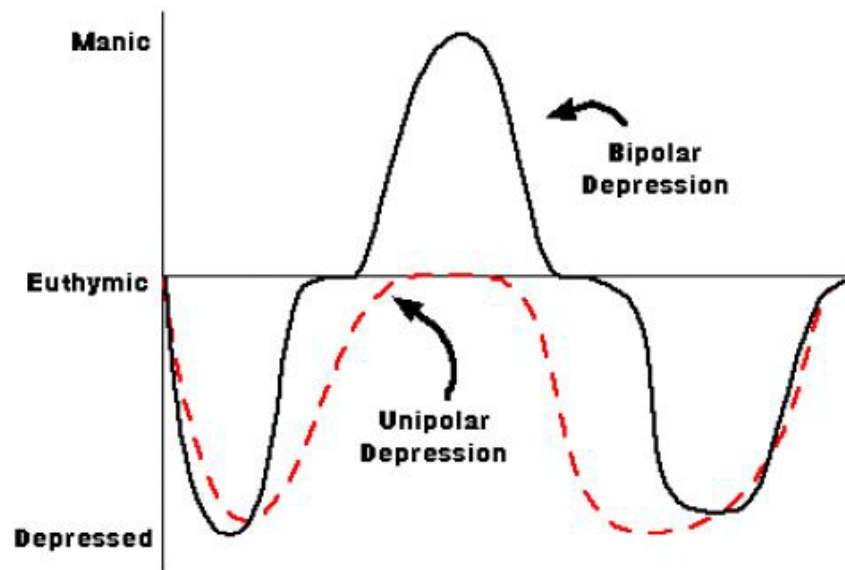
- Bei einigen Depressionen folgen Verstimmung, Gehemmtheit und Beschwerden einem *Tagesrhythmus*.
- Bei *larvierter* oder *maskierter Depression* stehen körperbezogene Erscheinungen bei gleichzeitigem Zurücktreten der Depression im Vordergrund. Der Patient kann verschiedenartige somatische Erkrankungen imitieren (wichtig zur Diagnose sind *Periodizität* und auch die *Tagesschwankungen*!)

Klassifikation

- **ICD-10: F3 affektive Störungen**
- manische Episode;
- bipolare affektive Störung;
- depressive Episode;
- rezidivierende depressive Störungen (unipolare Depression);
- anhaltende affektive Störungen (**Dysthymie, Zykllothymie**);
- andere affektive Störungen.

- **Dysthymie (Dysthymia):** ist eine chronisch-depressive Verstimmung leichteren Grades (der Kranke fühlt sich müde, schwach, schläft schlecht, ist jedoch weiterhin imstande, allen Anforderungen des Alltagslebens zu genügen) — ähnlich der depressiven Neurose/neurotischen Depression.
- **Zyklothymie (Cyklothymia):** zeigt einen chronischen Verlauf von andauernder Instabilität der Stimmung (zahlreiche Perioden leichter Depression und leicht gehobener Stimmung). Sie ist eigentlich eine affektive (zykloide, zyklotype) Persönlichkeitsstörung.
- Untergruppen der ***gemischten bipolaren*** Episoden
- unproduktive und dysphorische Manie;
- agitierte Depression;

Verlauf verschiedener affektiven Störungen





Nosologische Einordnung der Depressionen

- **somatogene** Depressionen
- symptomatische (Begleitdepression körperlicher, extrazerebraler Erkrankungen z. B. postinfektiöse, pharmakogene);
- organische (zerebrale Erkrankungen z. B. Hirnatrophie, Hirninfarkt, Hirntumor, Epilepsie usw.);
- **endogene** Depressionen
- schizoaffektive;
- bipolare (periodische);
- unipolare (periodische);
- Spätdepressionen (nach dem 60sten Lebensjahr),
- Involutionsdepressionen (nach dem 45sten Lebensjahr);

- **psychogene** Depressionen (Störungen der psychischen Erlebnisverarbeitung, wobei neurotische Persönlichkeitszüge [Selbstunsicherheit, Angst] und Umweltfaktoren [Versagen- und Versuchungssituationen] zusammenwirken);
- neurotische Depression;
- Erschöpfungsdepression (Auftreten nach meist langjähriger affektiver Dauerbelastung oder wiederholten schweren Psychotraumen);
- reaktive Depression (akutes psychisches Trauma);

Epidemiologie

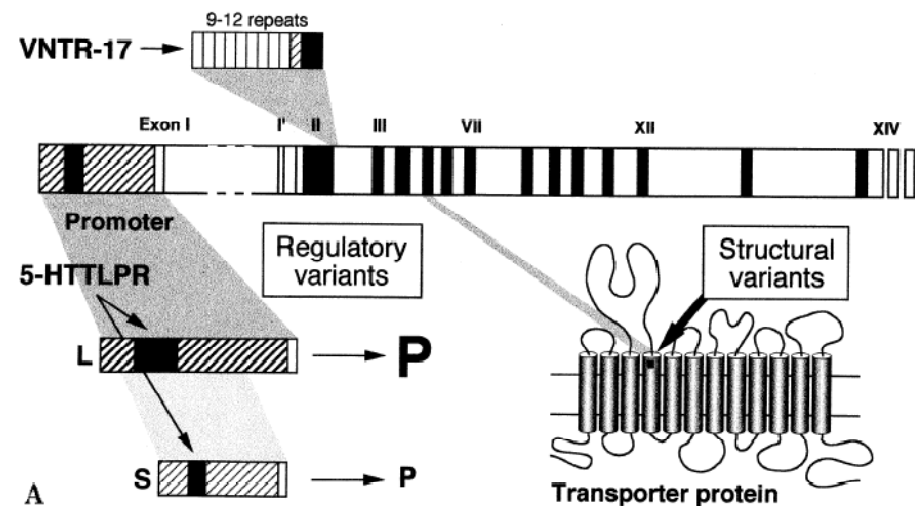
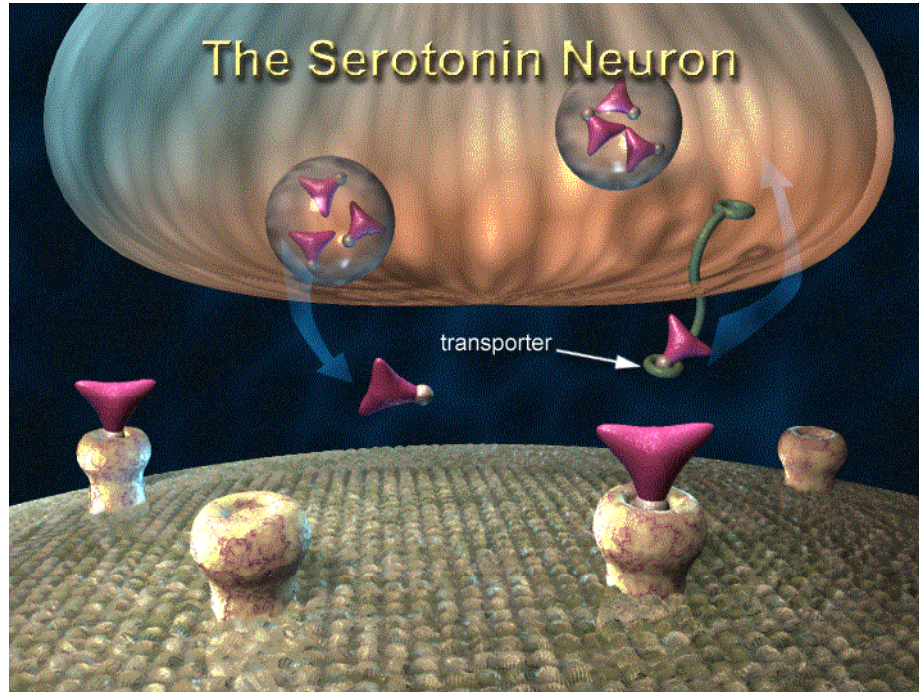
- Lebensprävalenz liegt zwischen 8 und 20 % (Erkrankung an einer depressiven Störung einmal im Leben). Frauen erkranken zweimal häufiger an Depressionen als Männer. Das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt bei unipolaren Depressionen zwischen 40-45 Jahren, bei bipolaren zwischen 30-35 Jahren. Morbiditätsrisiko der bipolaren affektiven Psychosen liegt bei 0,8-1 %.
- Verlauf: nur etwa 25 % der Depressionen sind einphasig, bei 75 % kommt es zu einem Rückfall.

Ätiopathogenese der Depressionen

- Die Entstehung affektiver Erkrankungen ist im Sinne des Vulnerabilitätskonzeptes (*anlagebedingte Verletzlichkeit*) als *multifaktorell* bedingt.
- **Genetische** Faktoren: Die genetische Disposition ließ sich durch Familien-, Zwillings- und Adaptationsstudien vor allem bei der bipolaren Form nachweisen. Die Konkordanzrate affektiver Psychosen liegt für eineiige Zwillinge bei ca. 65%, für zweieiige bei ca. 20%. In einer Familie, die mit manisch-depressiven Episoden belastet ist, das Risiko, selbst zu erkranken, wird **zwanzigmal höher** als beim Durchschnitt. Die Rolle von Umweltfaktoren lässt sich selbst in diesen Fällen nicht eindeutig ausschließen.

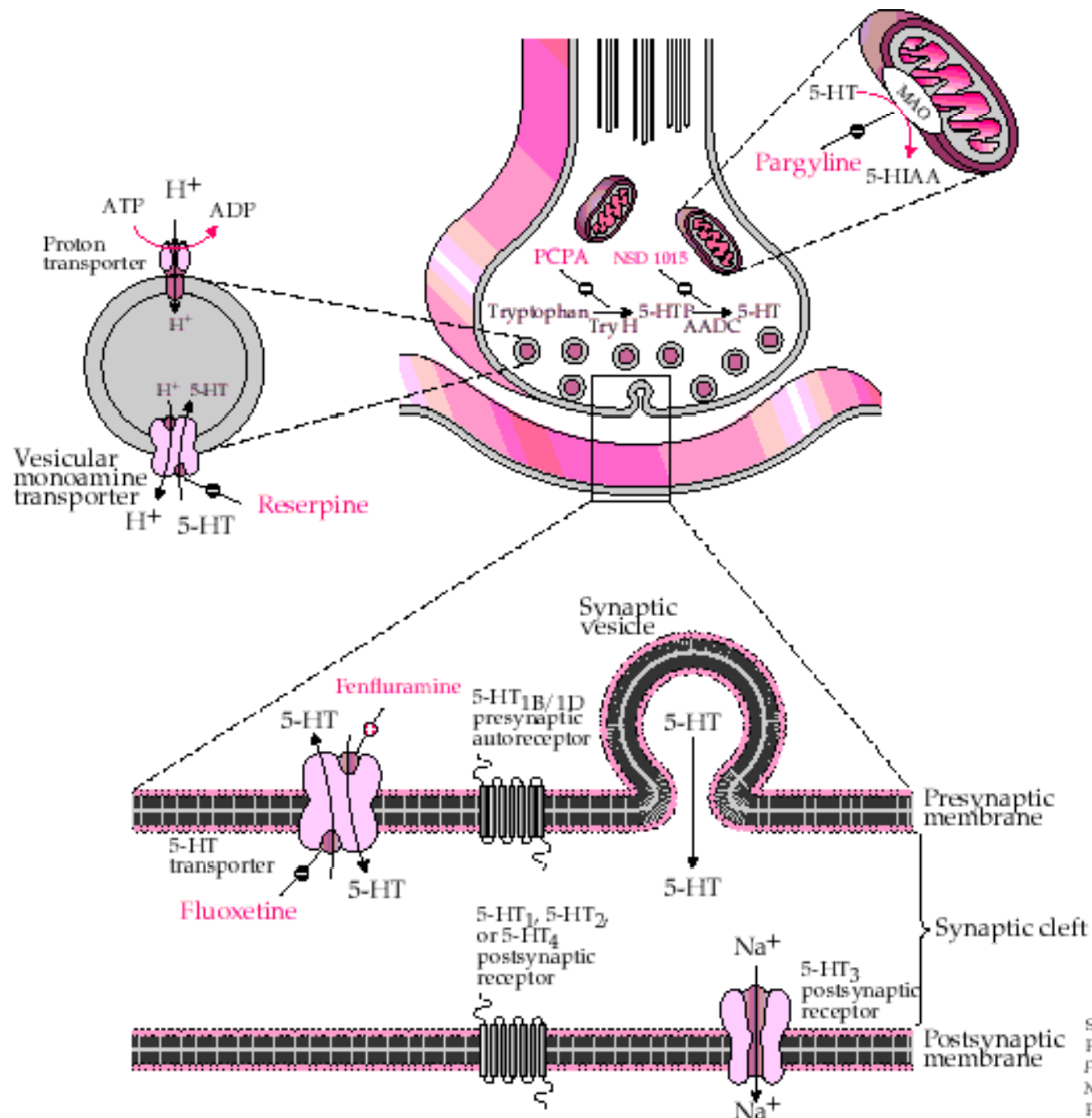
- **Neurochemische Faktoren:** Die Veränderungen im Metabolismus zerebraler Neurotransmitter sind entscheidend (Amindefizit-Hypothesen, Serotonin, Noradrenalin).
- **Psychologische Faktoren:** psychosoziale Stressoren werden als Risikofaktoren angesehen (auch das Wochenbett!)
- Kritische Lebensereignisse findet man gehäuft im Vorfeld der Depressionen (psychoreaktive Auslösung, *Stressreaktion als Risikofaktor* für die Auslösung). In den meisten Fällen liegt kein Kausalzusammenhang vor, die Rede kann nur von einer unspezifischen Stressreaktion sein.
- Kognitions- und lerntheoretisches Modell: Den Depressiven kennzeichnen *negative Wahrnehmungen* der eigenen Person, der Umwelt und der Zukunft (sog. kognitive Triade). Aus verhaltenstheoretischer Sicht kann die Depression als *Störung der Selbstwahrnehmung, Selbstbewertung und Selbstverstärkung* aufgefasst werden.

Serotonin-transporter (5HTT)



(Source: Lesch et al., 1998)

- 17q11.2
- Plays a major role in the regulation of serotonin, is a molecular target of psychopharmacological treatments
- The serotonin-transporter linked polymorphic region (5-HTTLPR): Short allele (s): 14 repeats, long allele (l): 16 repeats



Sinauer Associates, Inc.
Feldman
*Fundamentals of
Neuropsychopharmacology*
Fig. 9-1



Welcome to the Dunedin Multidisciplinary Health and Development Research Unit

We run the ongoing [Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study](#) (also known as the Dunedin Longitudinal Study), which has been going for almost 38 years. We also run the [Parenting Study](#), Family Health History Study, and [Next Generation Study](#). The Dunedin Multidisciplinary Health and Development Research Unit is a founding partner in the [National Centre for Lifecourse Research](#).

Quick Links:

- [Publications](#)
- [Latest News](#) - [Family history can help predict severity of mental disease](#)
- Recent Event - [Seminar to New Zealand Treasury](#)
- [Staff](#)
- [External Links](#)
- [National Centre for Lifecourse Research](#)
- [Intranet](#) - *for Phase 38 Theme Leaders only*

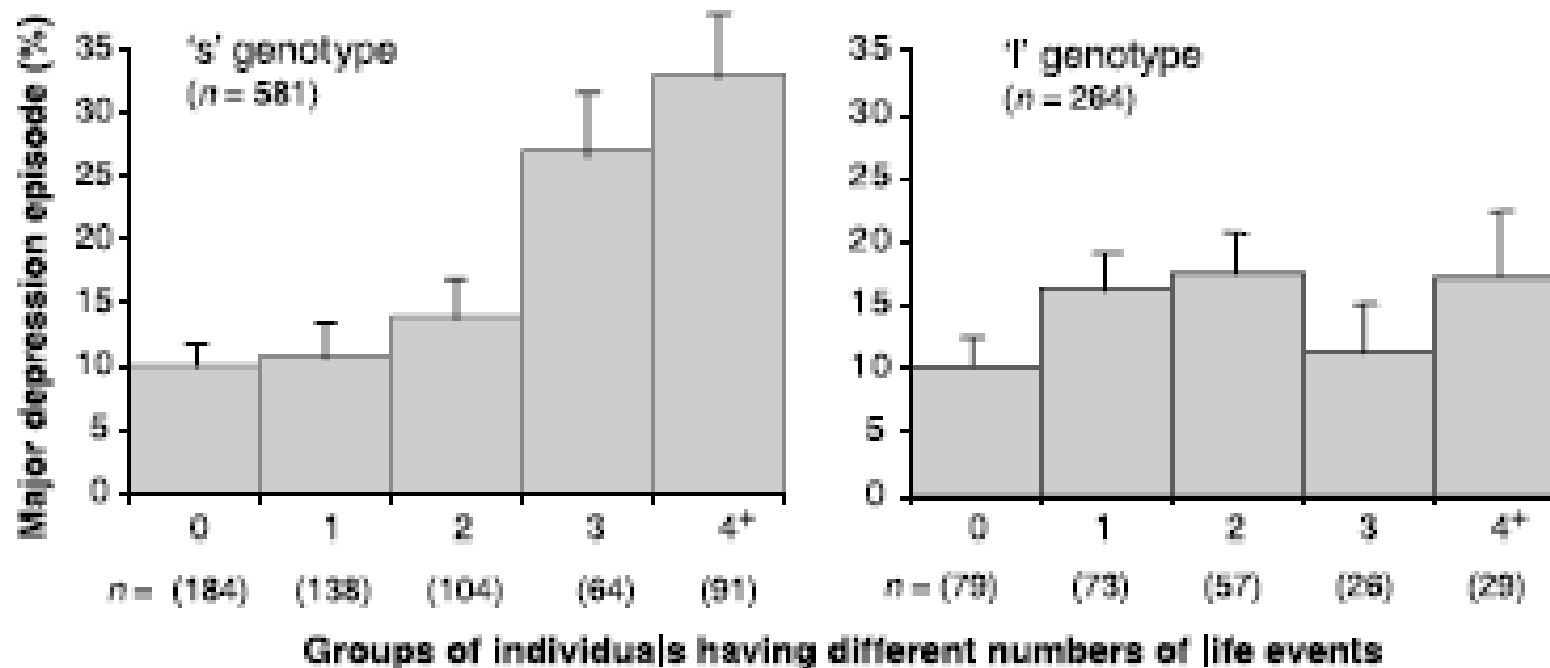
The Unit is part of the [Department of Preventive and Social Medicine](#) at the [University of Otago](#), and is primarily funded by the [Health Research Council of New Zealand](#).

Please click on the menu links on the left-hand side of the page for ideas of what we're doing. And, if you have any comments or suggestions, please [contact us](#).

<http://dunedinstudy.otago.ac.nz/>

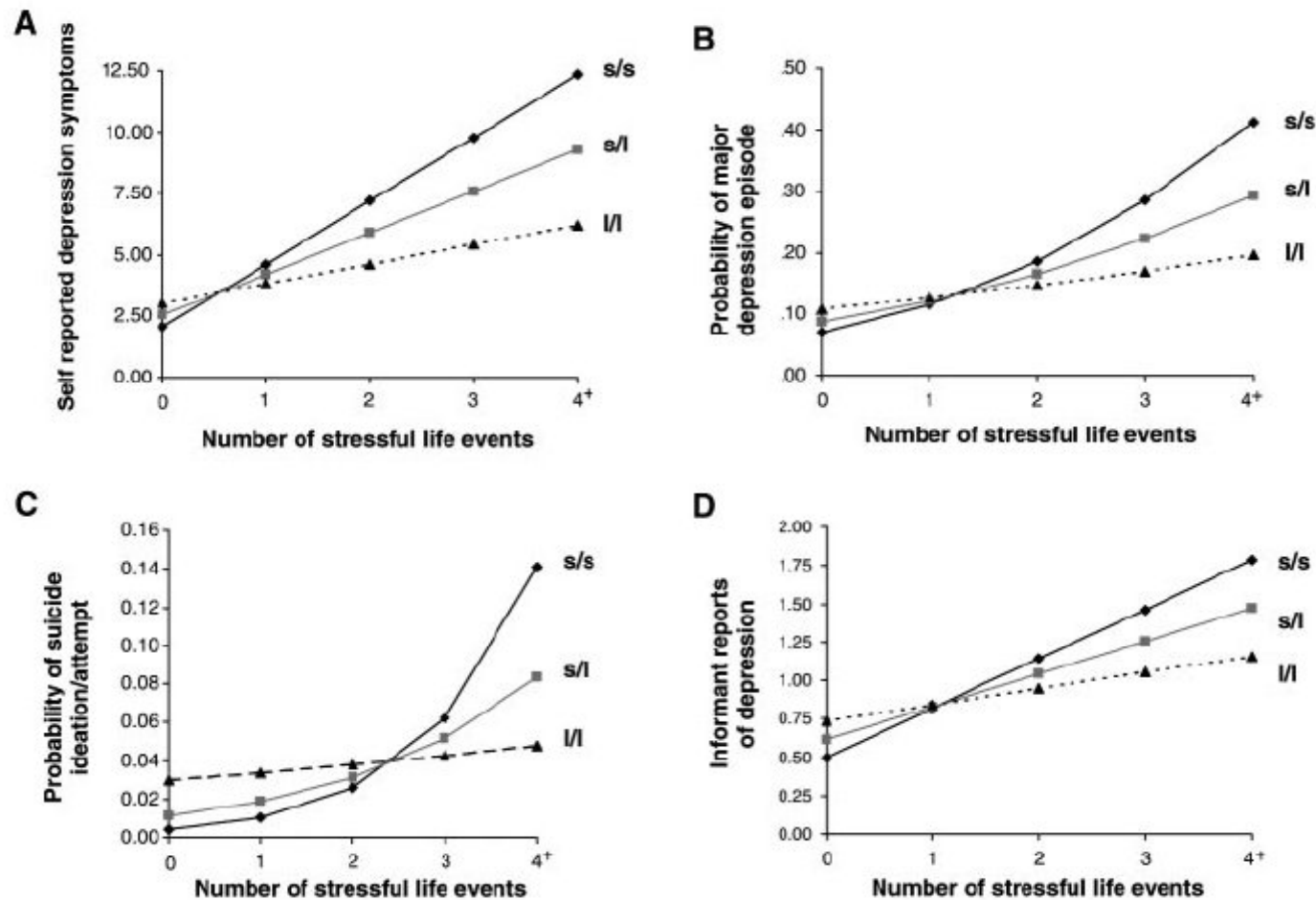


Influence of Life Stress on Depression: Moderation by a Polymorphism in the 5-HTT Gene



Caspi et al,
Science 301:
386-389, 2003

A Influence of Life Stress on Depression: Moderation by a Polymorphism in the 5-HTT Gene



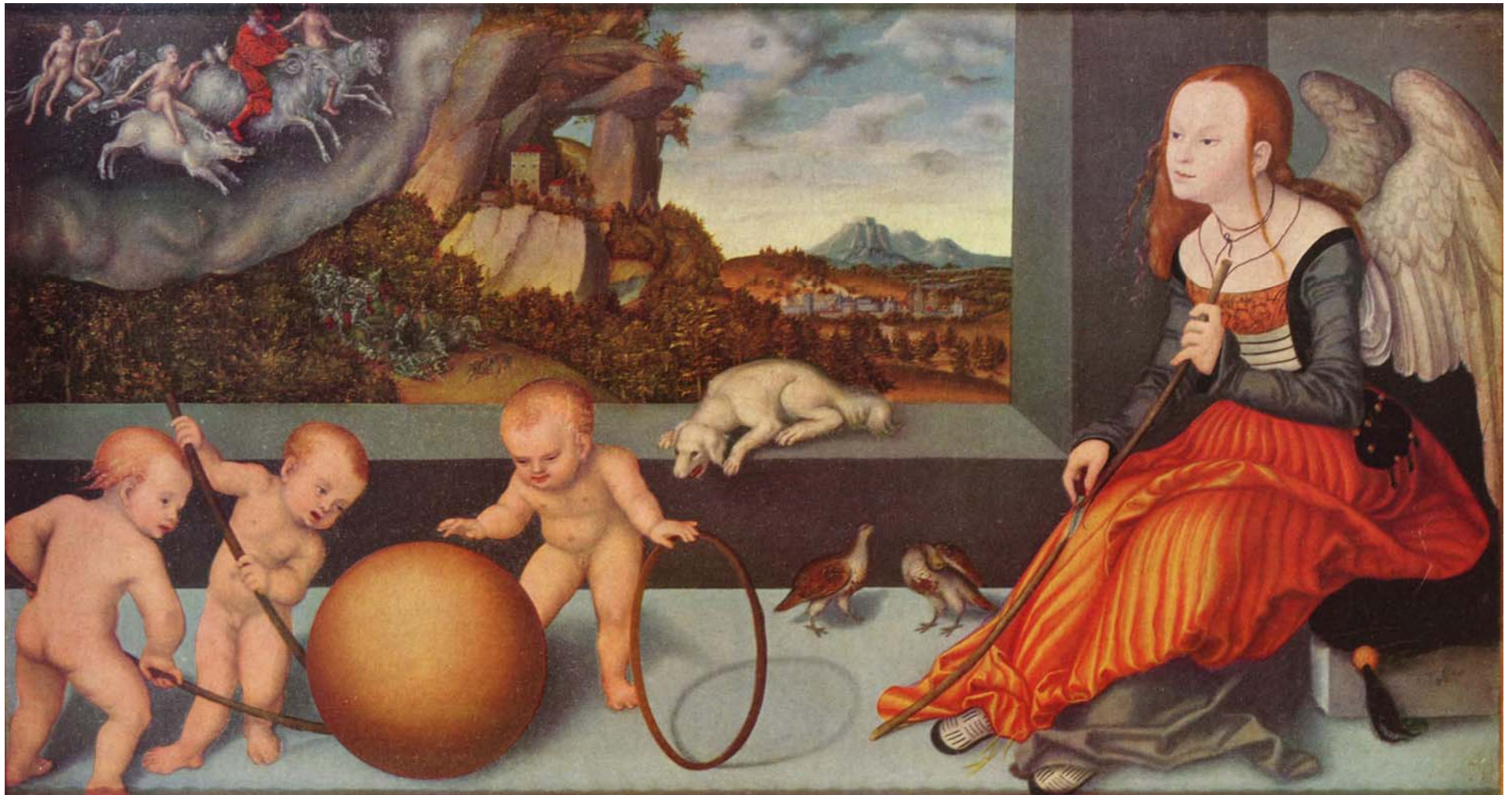
Caspi et al,
Science, 2003

Depression: Wege aus der Dunkelheit

Amai Haukamp und Anja Gerloff

Spiegel TV, 2009

**[http://youload.to/cU0M0VT2C2ULBXN6E.
html#bottom](http://youload.to/cU0M0VT2C2ULBXN6E.html#bottom)**



Lucas Cranach sen.: Melancholie