

Affektive Störungen =Stimmungsstörungen

1. Unipolare Depressionen
2. Bipolare Störungen

Definition

Störung der Gestimmtheit,
des Antriebs und
der Psychomotorik

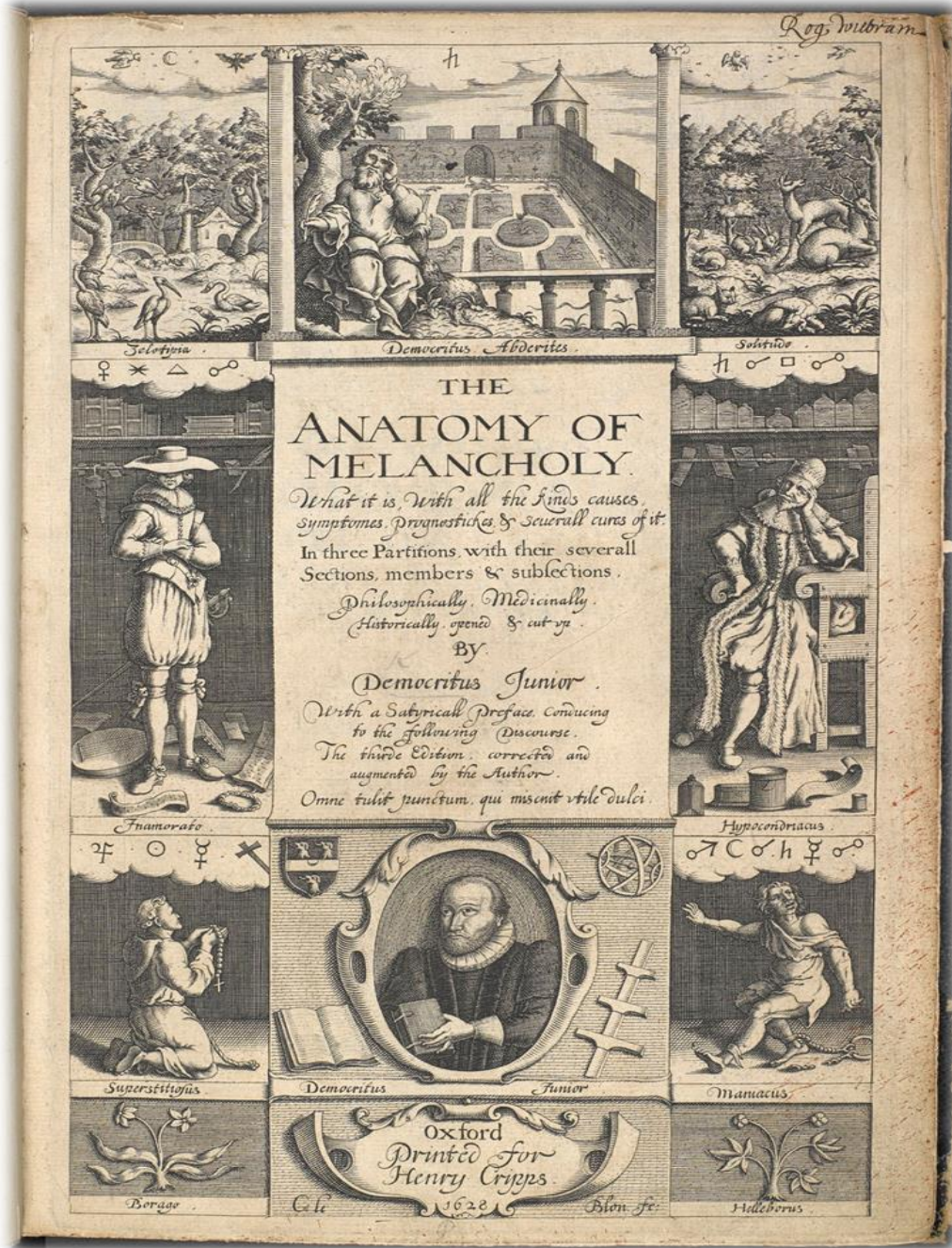
Zwei Syndrome:

- **das depressive Syndrom,**
- **das manische Syndrom**



Mischzustände sind auch möglich!

Bei schwerer Krankheitsausprägung mit
psychotischer Realitätsverzerrung



Depression
und
verwandte
Störungen

Was ist eine klinische Depression?

Trauer und Traurigkeit
≠
Depression

Affektive Störung
≠
Depression



Wichtigste Symptombereiche der Depression

1. Affektive Symptome: depressive Stimmung (Verstimmung, Bedrücktheit, Herabgestimmtheit bis hin zu Gefühlen völliger innerer Leere) Anhedonie (Interessenverlust, Sinn- und Hoffnungslosigkeit)

Depressive Stimmung: eine umschriebene, qualitative Störung der Emotionen

2. Kognitive Symptome: Störung der Aufmerksamkeit, der Konzentration und des Gedächtnisses. Negative Gedankeninhalte von der Welt und des Selbst. Grübeln über Verluste, Wertlosigkeit, Schuldgefühle, Suizid und Tod.

3. Somatische Symptome: Schlaf- und Appetitstörungen, Gewichtsveränderungen, sexuelle Dysfunktionen. Erschöpfung, Schmerzen.

4. Soziale und zwischenmenschliche Symptome: geschädigte soziale Fähigkeiten, sozialer Rückzug, Isolation.

Epidemiologie

- Die Prävalenzrate der majoren depressiven Störung:
 - 7,7% (Jahresinzidenz)
 - 15,1% (Lebenszeitprevalenz)
- Männer : Frauen = 1:2 (hormonelle Faktoren, Auswirkung der Kindergeburt, unterschiedliche psychosoziale Stressoren, Verhaltensmodelle der gelernten Hilflosigkeit, usw.)
- Durchschnittliches Alter beim Erkrankungsanfang: 40 Jh (bei 50% der Fälle zwischen 20-50 Jh)
- Zunehmende Rate unter Leuten jünger als 20 Jh (dank intensiverem Alkohol- und Drogenkonsum)
- Die Prävalenz der depressiven und Angststörungen beträgt 15% in der Grundversorgung

Multiple Ätiologie 1

- Genetik: die Heritabilität der Depression ist 37% (schwach mit mehreren genetischen Risikofaktoren verbunden)

Gen-Umwelt-Interaktion!!!

[Stress im frühen Lebensalter + genetische Verletzbarkeit] + aktuelle Stressoren

- Neurochemische Modelle: Monoaminen-Dysregulation → SER, NA, DA
 - Progressive Verschiebung von Neurotransmitter-Systemen zu Neuroverhaltenssystemen
- Veränderungen der Stressregulation: Dysregulation der HPA-Achse
- Chronobiologische Veränderungen: circadiane Rhythmusstörungen
- Strukturelle und funktionelle Hirnveränderungen: in Hirnregionen die für affektive Regulierung verantwortlich sind –präfrontaler Cortex, anteriores Cingulum, Amygdala, Hippocampus
- Persönlichkeitsentwicklung, affektive Temperamente
- Psychologische Theorien:
 - Kognitiver Ansatz
 - Psychodynamischer Ansatz (Freud → Agressionsumkehr, introjizierte geliebte Person, die man verloren hat)

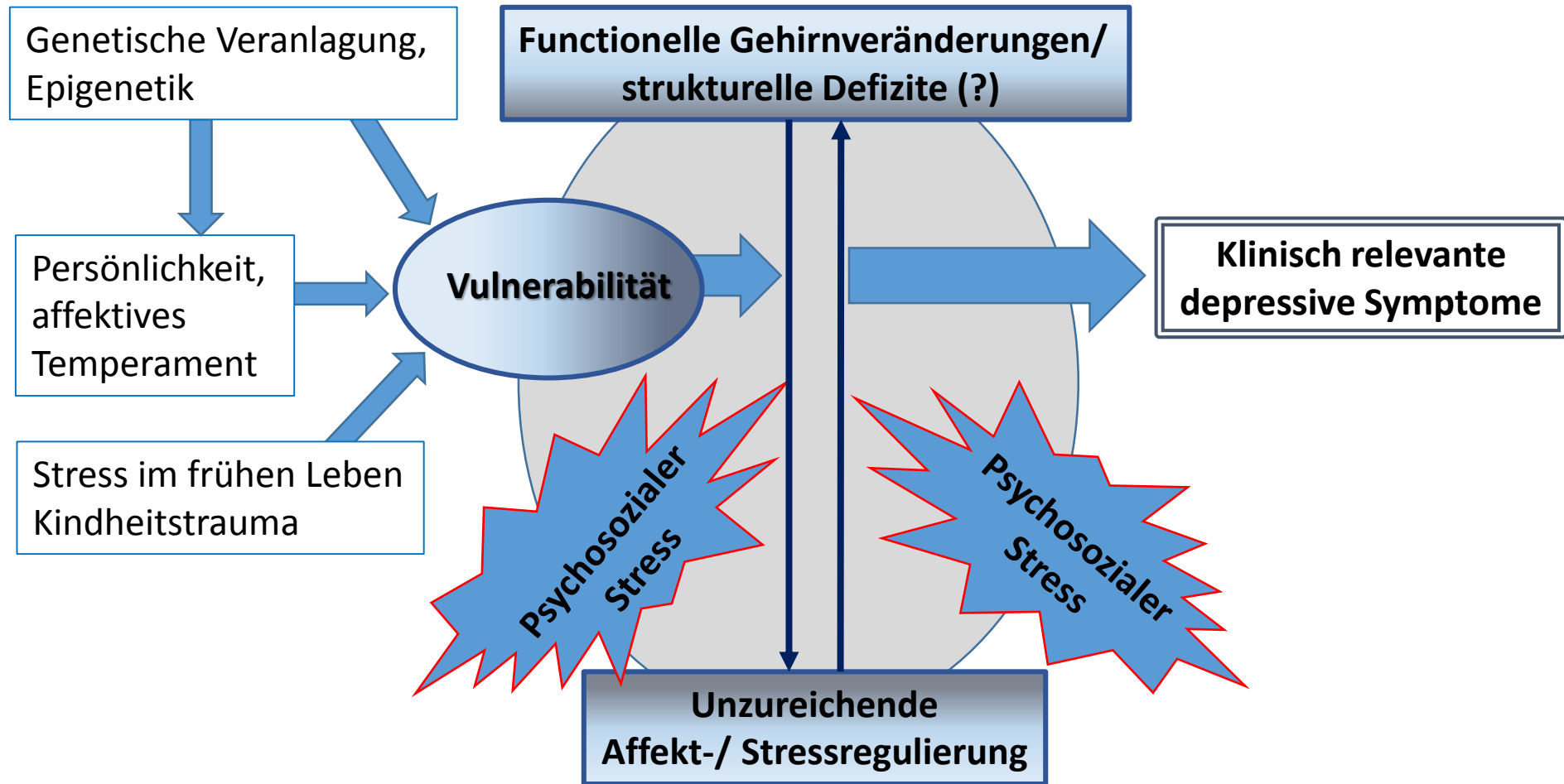
Multiple Ätiologie 2

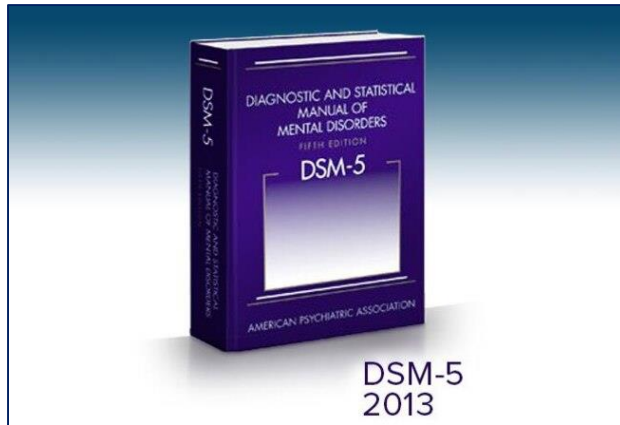
Kognitive Theorien der Depression

- Depressionen resultieren aus kognitiven Verzerrungen → **depressiogene Schemata** = kognitive Vorlagen, die sowohl externe als auch interne Daten auf eine Weise filtern, die durch frühe negative Erfahrungen verändert wird → kognitive Verletzbarkeit/ depressiver Charakter
- Aaron Beck: **kognitive Triade der Depression**
 - Ansichten über das Ich → Negative Selbstwahrnehmung
 - Ansichten über die Umwelt → die Umwelt ist feindlich und fordernd
 - Ansichten über die Zukunft → die Erwartung von Leiden und Versagen (→ Hoffnungslosigkeit)
- **Die gelernte Hilflosigkeit:** Beziehung zwischen depressiven Phenomena und der Erfahrung von unkontrollierbaren negativen Ereignissen

**Kognitive
Verhaltens-
therapien!!**

Integratives pathogenetisches Modell der Depression





5 – Depression und verwandte Störungen

1. Major depressive Störung
2. Anhaltende depressive Störung (früher Dysthymia)
3. Disruptive Stimmungsdysregulationsstörung
4. Premenstruelle dysphorische Störung

Major depressive Störung (MDD) – DSM 5

Mindestens 5 der folgenden Symptomen :

- 1. depressive Verstimmung – selbst berichtet, oder von mehreren beobachtet**
- 2. deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Freude (=Anhedonie),**
3. deutliche Gewichtsverlust/ -zunahme; oder verminderter/ gesteigerter Appetit
4. Insomnie oder Hypersomnie,
5. Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung
6. Müdigkeit oder Energieverlust
7. Gefühle von Wertlosigkeit oder unangemessene Schuldgefühle (kann auch wahnhaft sein)
8. Verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren, oder verringerte Entscheidungsfähigkeit
9. Wiederkehrende Gedanken an den Tod, Wiederkehrende Suizidvorstellungen, tatsächlicher Suizidversuch, oder genaue Planung eines Suizids.

Wenigstens
ein Symptom
ist entweder
1 oder 2

Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsame Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen und beruflichen Funktionsbereichen.

Zeitkriterium: wenigstens 2 Wochen

Reaktionen auf einen signifikanten Verlust schließen die Diagnose einer MDD nicht unbedingt aus.

Spezielle Formen

■ Saisonale Depression

- Meist leichte bis mittelschwere Depressionen
- Jahreszeitliche Gebundenheit (Herbst-Winter Depression)
- Oft mit atypischem Charakter



■ Postpartale Depression

- Auftreten während der ersten 8 Wochen nach der Geburt, Häufigkeit: 0,8-2%
- Psychopathologisch unspezifisch,
- häufig Rezidiven
- Suizidgefahr (auch erweiterter Suizid)





Anhaltende depressive Störung (ADS)

A, Deprimierte Stimmung für den größten Teil des Tages, für mehr Tage als nicht, für mindestens 2 Jahre.

B, Während der Depression sind 2 (oder mehr) der folgenden 6 Symptome vorhanden:

1. Schlechter Appetit oder übermäßiges Essen
2. Schlaflosigkeit oder Hypersomnie
3. Niedrige Energie oder Müdigkeit
4. Geringes Selbstwertgefühl
5. Schlechte Konzentration oder Entscheidungsschwierigkeiten
6. Gefühle der Hoffnungslosigkeit

C, Während des Zeitraums von 2 Jahren (1 Jahr für Kinder oder Jugendliche) war die Person nie länger als 2 Monate ohne Symptome.

Kriterien für eine Major Depression können 2 Jahre lang ununterbrochen vorliegen.

Eine neue diagnostische Kategorie, die eine Konsolidierung von chronischer Major Depression und Dysthymie darstellt.



Disruptive Stimmungsdysregulationsstörung (DSDS)

Die Manifestationen umfassen das Vorliegen der folgenden Merkmale für ≥ 12 Monate:

- Schwere rezidivierende Temperamentsausbrüche (z. B. verbale Wut und/oder körperliche Aggression gegenüber Menschen oder Gegenständen), die stark unverhältnismäßig sind für die jeweilige Situation und die im Durchschnitt ≥ 3 -mal/Woche auftreten.
- Temperamentsausbrüche, die nicht mit dem Entwicklungsstand übereinstimmen
- Eine reizbare, wütende Stimmung, die jeden Tag für den Großteil des Tages gegeben ist und von anderen beobachtet wird (z. B. Eltern, Lehrer, Gleichaltrige)
- Die Ausbrüche und wütende Stimmung müssen unter 2 von 3 Umständen auftreten (zu Hause oder in der Schule, mit Gleichaltrigen).

Beginn vor dem 10-ten Lebensjahr.

Eine adäquate Diagnose für chronisch gereizte Kinder, bei denen in der Vergangenheit sehr oft eine juvenile bipolare Störung diagnostiziert wurde.

Premenstruelle dysphorische Störung (PMDS)

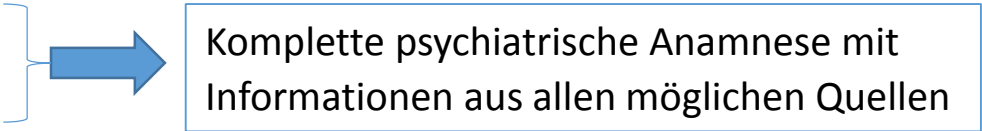
> 5 Symptome während der Woche vor der Menstruation

- Deutliche Stimmungsschwankungen (z. B. plötzlich traurig oder weinerlich)
- Ausgeprägte Reizbarkeit oder Wut oder vermehrte zwischenmenschliche Konflikte.
- Ausgeprägte depressive Stimmung, Hoffnungslosigkeit oder fehlende Selbstachtung
- Deutliche Angst, Spannung oder ein nervöses Gefühl

- Zusätzliche Symptome:
- Vermindertes Interesse an gewohnten Aktivitäten
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Wenig Energie oder Müdigkeit
- Deutliche Veränderung im Appetit, übermäßiges Essen oder spezieller Heißhunger
- Hyperinsomnie oder Insomnie
- Gefühl überfordert zu sein oder die Kontrolle zu verlieren
- Körperliche Symptome wie Brustspannen oder Schwellungen, Gelenk- oder Muskelschmerzen, ein Gefühl des Aufgedunsenseins und Gewichtszunahme

Differenzialdiagnose

- Erfüllt der Patient die diagnostischen Kriterien?
- Selbstmordrisiko?
- Medizinische oder neurologische Erkrankungen? (z. B. endokrine Erkrankungen, Gintumoren, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Hirntumoren, Schlaganfall usw.)
- Gleichzeitiger Substanzgebrauch? (z. B. Alkoholmissbrauch, Entzug von Stimulaten)
- Pharmakologische Depression? (z.B. ACE-Inhibitoren, Glucocorticoide, Chemotherapeutika usw.)
- Längsschnittbewertung:
 - Unipolare Depression?
 - Bipolare Depression?
 - Schizoaffective Störung?
 - Depression im Zusammenhang mit Schizophrenie?
 - Komorbide psychiatrische Störungen? (Persönlichkeitsstörung? Angststörungen? Substanzstörung? Andere?)



Komplette psychiatrische Anamnese mit Informationen aus allen möglichen Quellen

Depression - Suizid

- Das Risiko einer nicht diagnostizierten und unbehandelten Depression ist Suizid.
- Bei Frauen sind Selbstmordversuche weltweit häufiger.
- Selbstmordverhältnis zwischen Frau und Mann: 1: 3.
- Die Prävalenz von Depressionen wird bei komplettiertem Suizid auf 50-80% und bei Suizidversuchen auf 30-50% geschätzt.

Komplexe Therapie der Depression

- Psychoedukation
- Antidepressiva →
- Andere biologische Therapien
 - ECT (z. B. bei stark depressivem Stupor)
 - Schlafentzug, Lichttherapie (komplexe chronobiologische Intervention)
 - TMS
- Psychotherapien (PT)
 - Unterstützende PT
 - Spezifische PT
 - interpersonale Therapie, KVT, kurze dynamische PT
 - Gruppentherapie
 - Familientherapie
 - Zur Rückfallprävention: Mindfulness-basierte PT

Antidepressiva

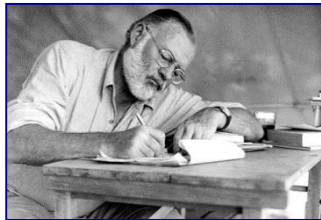
- Wiederaufnahmehemmer
 - SSRIs (Fluoxetin, Flovoxamin, Paroxetin, Sertalin, (es) Citalopram)
 - SNRIs (Venlafaxin, Duloxetin)
 - NDRIs (Bupropion)
 - NRIs (Reboxetin)
- NaSSAs (Mirtazapin, Mianserin)
- SARIs (z. B. Trazodon)
- Multimodal (Vortioxetin)
- Andere (Tianeptin, Agomelatin)
- Klassische ADs (TCAs, MAO-Inhibitoren)

Bei MDD mit psychotischen Merkmalen → Kombination mit atypischem Antipsychotikum
Augmentation mit Folsäure, Omega-3-Fettsäuren oder L-Thyroxin, falls therapieresistent.

Bei rezidivierender Depression: Lithium

Verlauf und Prognose der Major Depression

- Nach der ersten Episode beträgt das Risiko einer zweiten depressiven Episode 50%.
- Nach der zweiten Episode liegt das Risiko für die dritte depressive Episode bei 80-90%.
- Bei rund 15% tritt ein chronisches Rezidiv auf.
- Eine Major Depression kann chronisch werden.



MANIE und BIPOLARE STÖRUNG

Definition

Störung der Gestimmtheit,
des Antriebs und
der Psychomotorik

Zwei Syndrome:

- **das depressive Syndrom,**
- **das manische Syndrom**

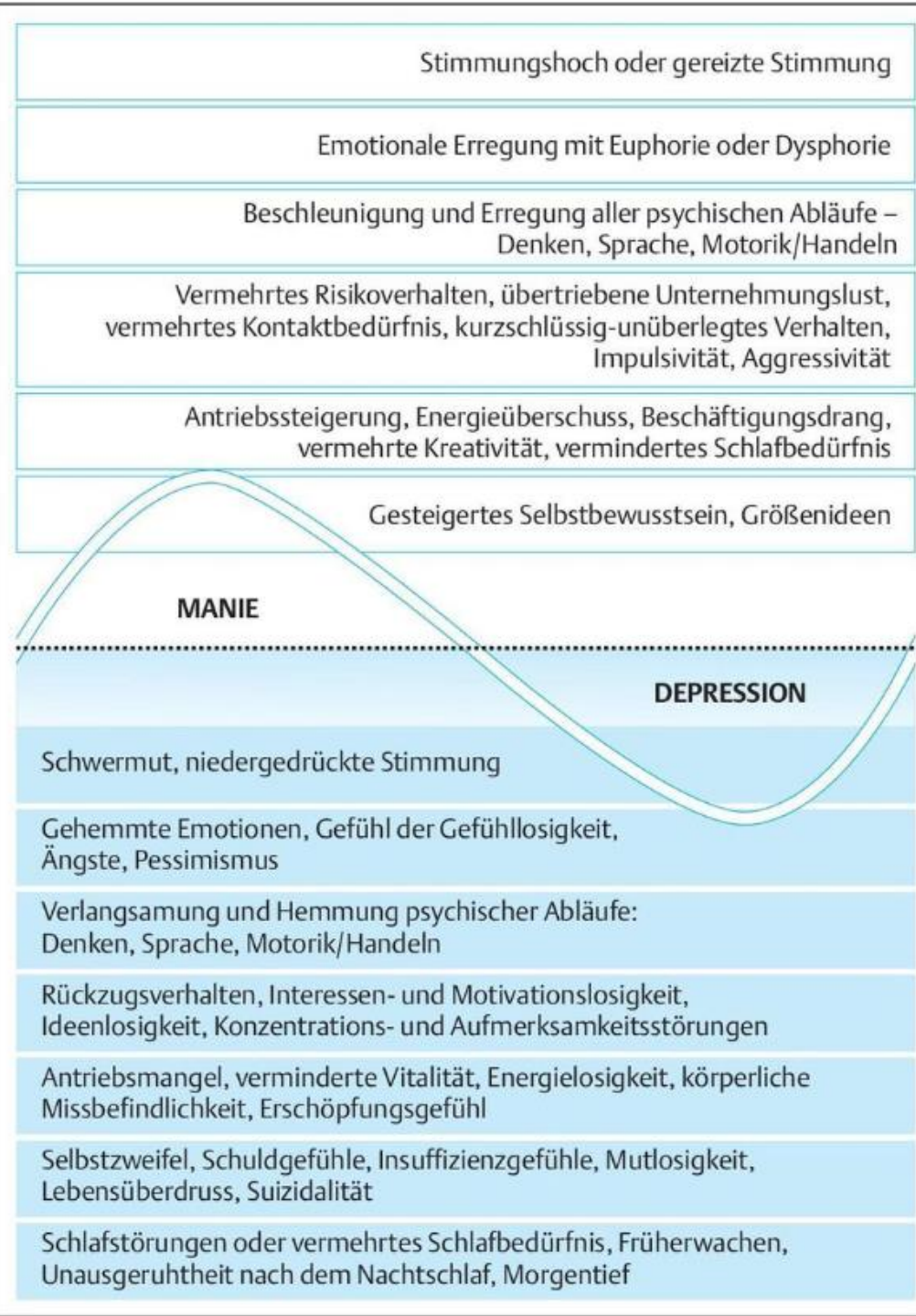
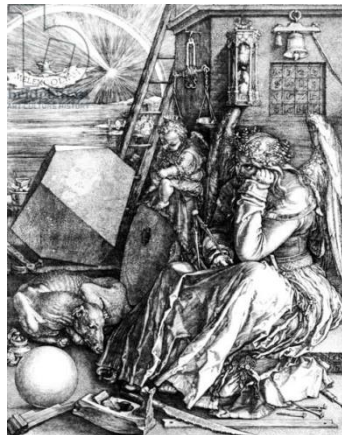


Mischzustände sind auch möglich!

Bei schwerer Krankheitsausprägung mit
psychotischer Realitätsverzerrung



Symptome der Manie und Depression



Symptome einer Manie

■ Stimmung:

- > Unangemessen gehobene, euphorische Stimmung
- > Dysphorie, Reizbarkeit, Wutanfälligkeit

■ Aktivität:

- > Erhöhter Antrieb
- > Erhöhte Betriebsamkeit
- > Ungewöhnliche, riskante Unternehmungen
- > Hemmungslosigkeit
- > Rededrang (beschleunigte Sprache)

■ Körperliche Befindlichkeit:

- > Erhöhtes Energieniveau
- > Vermindertes Schlafbedürfnis
- > Verminderter Appetit
- > Verstärkter Sexualtrieb (Libidosteigerung)

■ Denken:

- > Ideenflucht (beschleunigtes Denken, rasende Gedanken)
- > Sprunghaftes Denken
- > Eingeschränktes Urteilsvermögen
- > Größenideen

■ Psychose:

- > Wahnideen (Größenwahn, seltener: Verfolgungswahn))

Mildere Ausprägung: Hypomanie

Manie

1. Gesteigerte Aktivität oder motorische Ruhelosigkeit
2. Gesteigerte Gesprächigkeit
3. Ideenflucht oder Gedankenrasen
4. Verlust normaler sozialer Hemmungen, die zu unangemessenen Verhalten führen
5. Vermindertes Schlafbedürfnis
6. Überhöhte Selbsteinschätzung oder Größenideen
7. Erhöhte Ablenkbarkeit
8. Tollkühnes oder leichtsinniges Verhalten
9. Gesteigerte Libido oder sexuelle Taktlosigkeit

Hypomanie

1. Gesteigerte Gesprächigkeit
2. Erhöhte Ablenkbarkeit oder Konzentrationsstörung
3. Gesteigerte Aktivität oder motorische Ruhelosigkeit
4. Vermindertes Schlafbedürfnis
5. Gesteigerte Libido
6. Etwas unbedachtes Geldausgeben oder anderes waghalsiges Unternehmen
7. Gesteigerte soziale Betriebsamkeit oder Mangel an Distanz

Mildere Ausprägung: Hypomanie

Manie

1. Gesteigerte Aktivität oder motorische Ruhelosigkeit
2. Gesteigerte Gesprächigkeit
3. Ideenflucht oder Gedankenrasen
4. Verlust normaler sozialer
Beeinträchtigung des Berufs- und Soziallebens
5. Vermindertem Schlafbedürfnis
6. Überhöhte Selbsteinschätzung oder Größenideen
7. Erhöhte Ablenkbarkeit
8. Tollkühnes oder leichtsinniges Verhalten
9. Gesteigerte Libido oder sexuelle Taktlosigkeit

Hypomanie

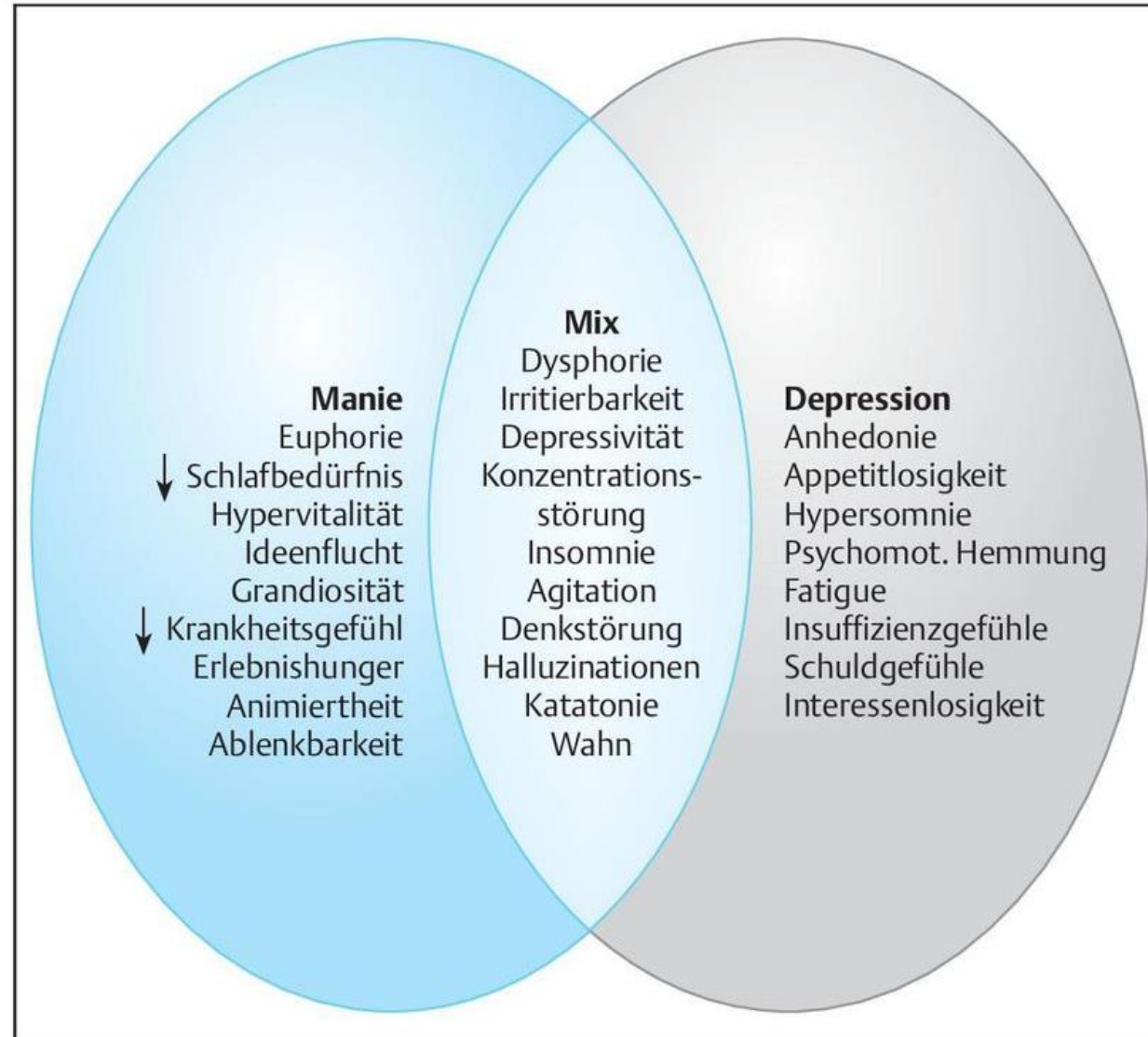
1. Gesteigerte Gesprächigkeit
2. Erhöhte Ablenkbarkeit oder Konzentrationsstörung
3. Gesteigerte Aktivität oder motorische Ruhelosigkeit
4. Vermindertem Schlafbedürfnis
5. Gesteigerte Libido
6. Etwas unbedachtes Geldausgeben oder anderes waghalsiges Unternehmen
7. Gesteigerte soziale Betriebsamkeit oder Mangel an Distanz



Beeinflussung des Berufs- und Soziallebens

Affektiver Mischzustand

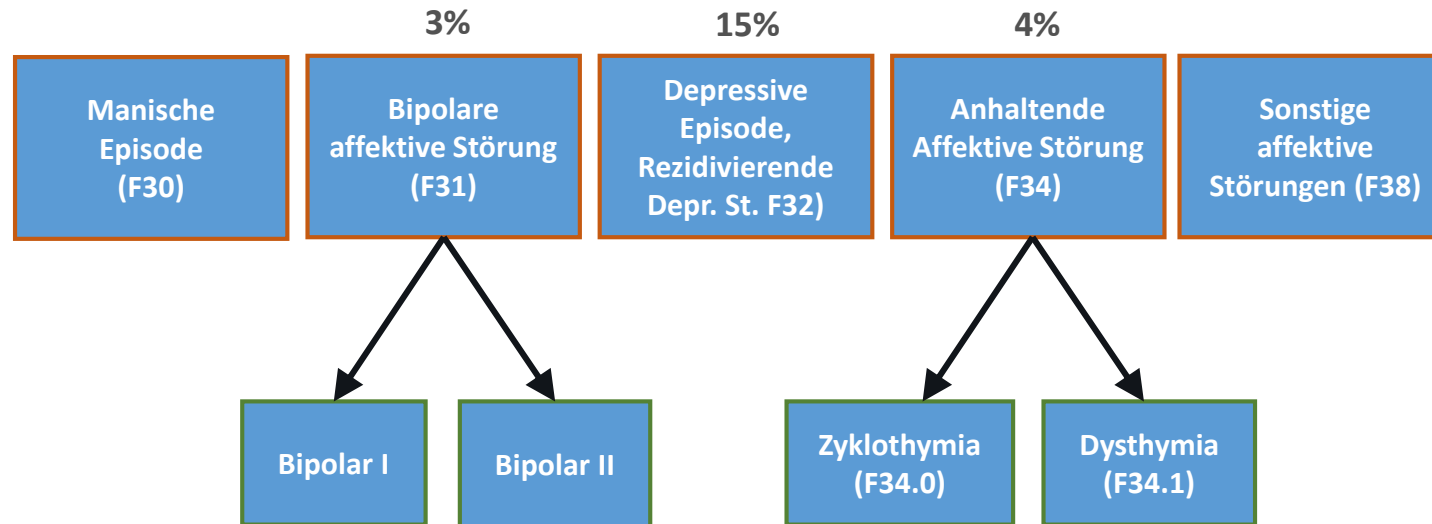
- Mischung oder schneller Wechsel (d.h. innerhalb von wenigen Stunden) von hypomanischen, manischen und depressiven Symptomen
- typisch manische Symptome (z.B. vermindertes Schlafbedürfnis, psychomotorische Agitation, Gereiztheit) bestehen gleichzeitig neben typisch depressiven (gedrückte Stimmung, Anhedonie, Hoffnungslosigkeit, Suizidalität, Schuldgefühle, Erschöpfung)
- Kann klinisch als eine agitierte Depression oder als eine dysphorische Manie erscheinen
- Erkennen wichtig, da der affektive Mischzustand
 - > mit einer erhöhten Wiedererkrankungswahrscheinlichkeit einhergeht
 - > **die Suizidgefahr besonders hoch ist!!!!**



Mischsymptomatik der Manie und Depression

Spektrum affektiver Störungen nach ICD-10

Risiko im Laufe des Lebens zu erkranken (Lebenszeitprävalenz)

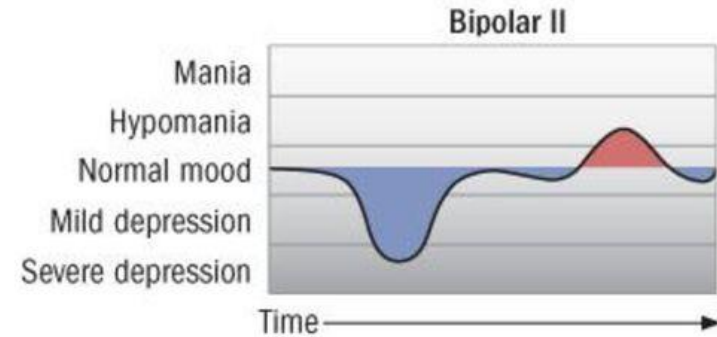
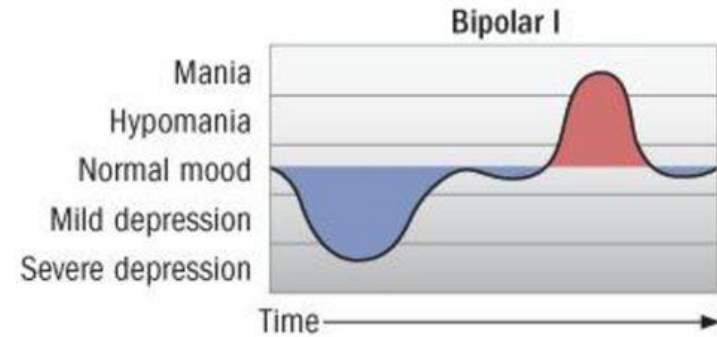
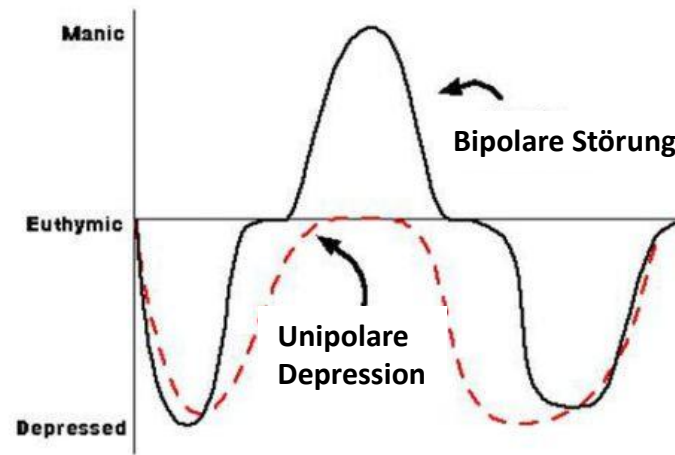


Frauen erkranken etwa zweimal häufiger an Depressionen.

Ersterkrankungsalter:

unipolare Depression 30-45 Jahre,
bipolare Erkrankung 20-35 Jahre.

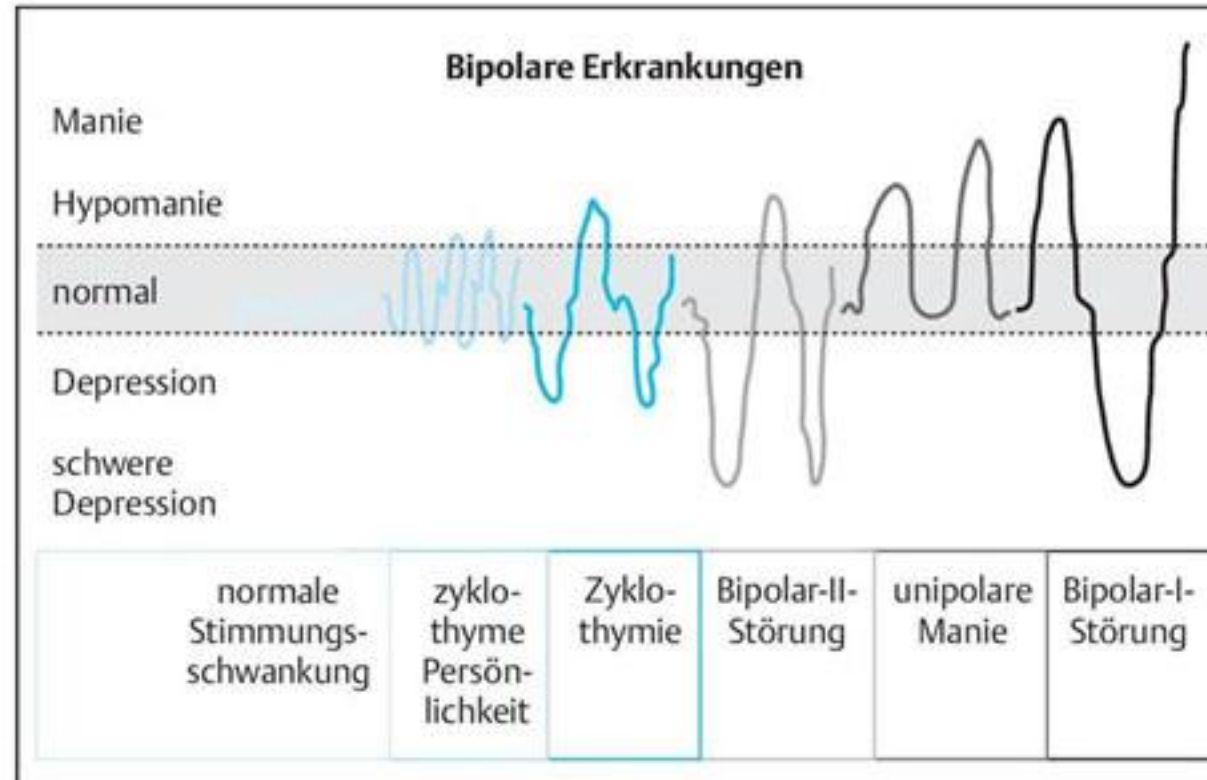
Verlauf verschiedener affektiver Störungen



Zyklothymie

- DEFINITION: Stimmungsschwankungen erheblichen Ausmasses ohne Vollbild von Manie und schwerer Depression.
- DSM-Kriterien:
 - > mind. zwei Jahre (Kinder und Heranwachsende ein Jahr) zahlreiche Perioden mit hypomanen Episoden und zahlreiche Episoden mit depressiven Episoden (jedoch keine Major Depression)
 - > Nie länger als zwei Monate Symptombefreiheit
 - > Während der ersten zwei Jahre keine Manie, keine Major Depression, keine gemischte Episode

Schema und Kontinuum bipolarer Erkrankungen



Allgemeine Merkmale einer bipolaren Störung

- Lebenszeitprävalenz 1 – 5 %
- Früher Erkrankungsbeginn mit biographischem Knick
- Zu Beginn oft eine depressive Phase
- Suizidalität und psychotische Merkmale gerade bei jungen Pat.
- besonders hohes **Suizidrisiko** (>30fach gegenüber Normalbevölkerung, ca. doppelt so hoch wie bei unipolarer Depression, 15-20% Suizide bei Unbehandelten)
- erhöhte Mortalität durch Unfälle und Stoffwechselstörungen
- häufig Rapid Cycling (>4 switches im Jahr)
- hohe **Wiedererkrankungsrate** (>80% innerhalb 5 Jahren) mit beträchtlichem Chronifizierungsrisiko
- **erniedrigtes Funktionsniveau** in mehreren Bereichen
- den Krankheitsverlauf prägen die depressiven, weniger die hypo-/manischen Episoden

Ätiologie der bipolaren Störungen

Multifaktoriell!

Genetische Faktoren

Biochemische Theorien

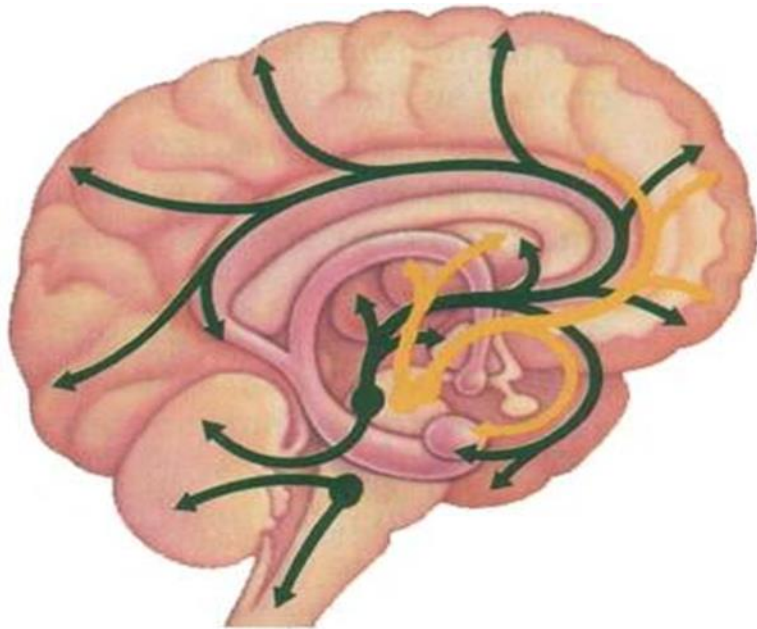
Neuroendokrine Faktoren

Chronobiologische Theorien

Brain imaging

Umweltfaktoren

Neurotransmitter



Biochemische Dysbalance in BP

- Dopamin ↑
- Serotonin ↓
- Noradrenalin ↑
- GABA ↓
- Calcium-Ionen-Transport

- CAVE: Viele Modelle, wenig gesichertes Wissen

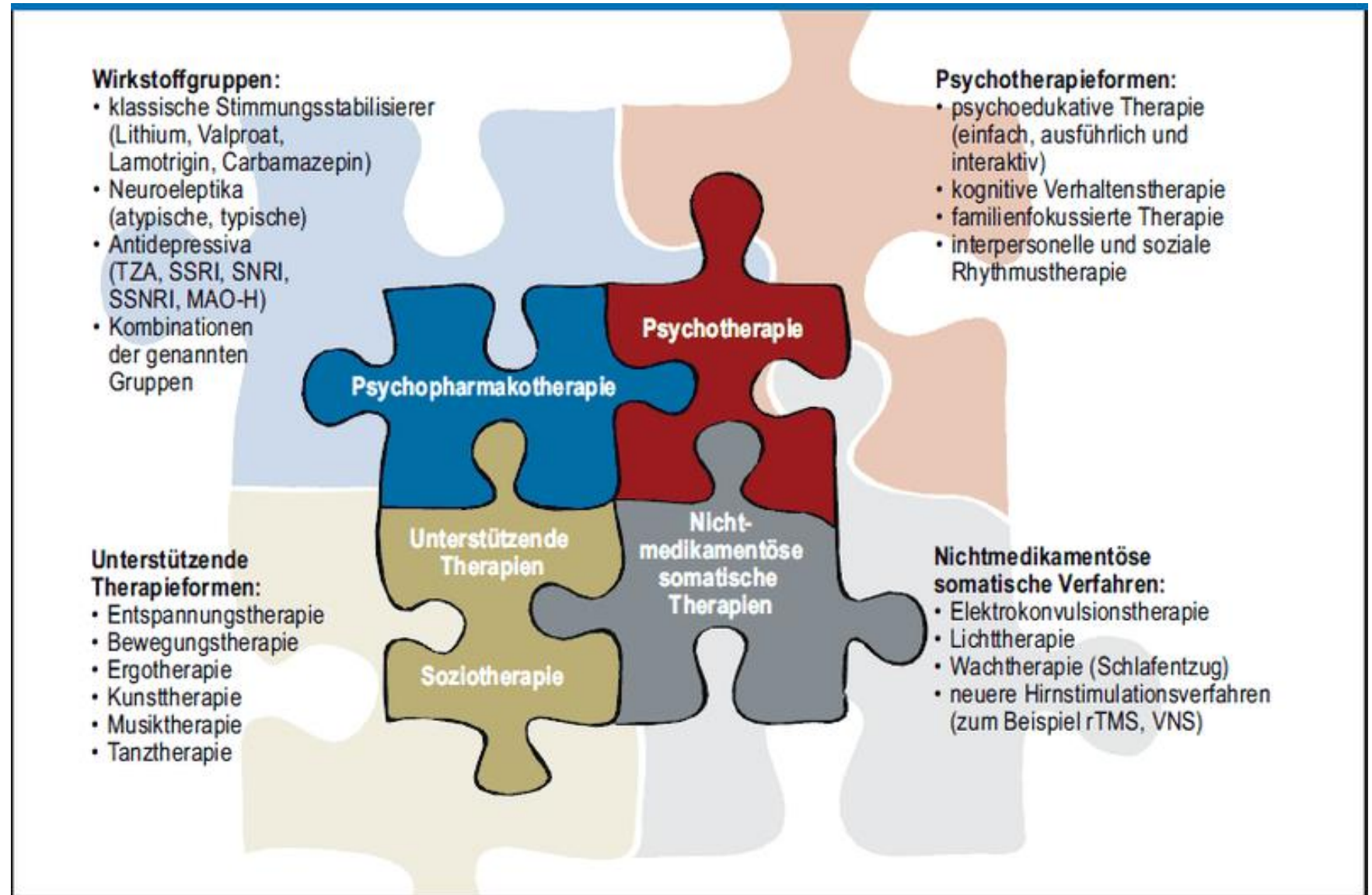
Instabilität – komplexe Mechanismen

- Instabile Reizleitung
 - > Intracelluläre Signalübertragungsmechanismen → Li
 - > Lithium als ein Mittel der Neuroprotektion
- Defekte Bremsen
 - > Frontallappe → Verhaltenshemmung und -modulierung
 - > Noradrenalin als Hemmer der Dopaminausschüttung
- Gestörte Zeitgeber
 - > Interne circadiane Rhythmen (nucleus suprachiasmaticus) – „Master Clock“
 - > Externe Reize (Tag-Nacht / Sonnenaufgang, TV-Programm)

Differenzialdiagnose der Manie: Ausschluss von

- somatogenen Ursachen (physikale Untersuchung, Labor, Drogenscreening, HirnCT/ -MRT)
 - zB: Stimulanzienintoxikation, Hirntumor, Hyperthyreose
- Pharmakogene Ursachen
- schizoaffektiven Psychosen
- hyperthymen Persönlichkeit

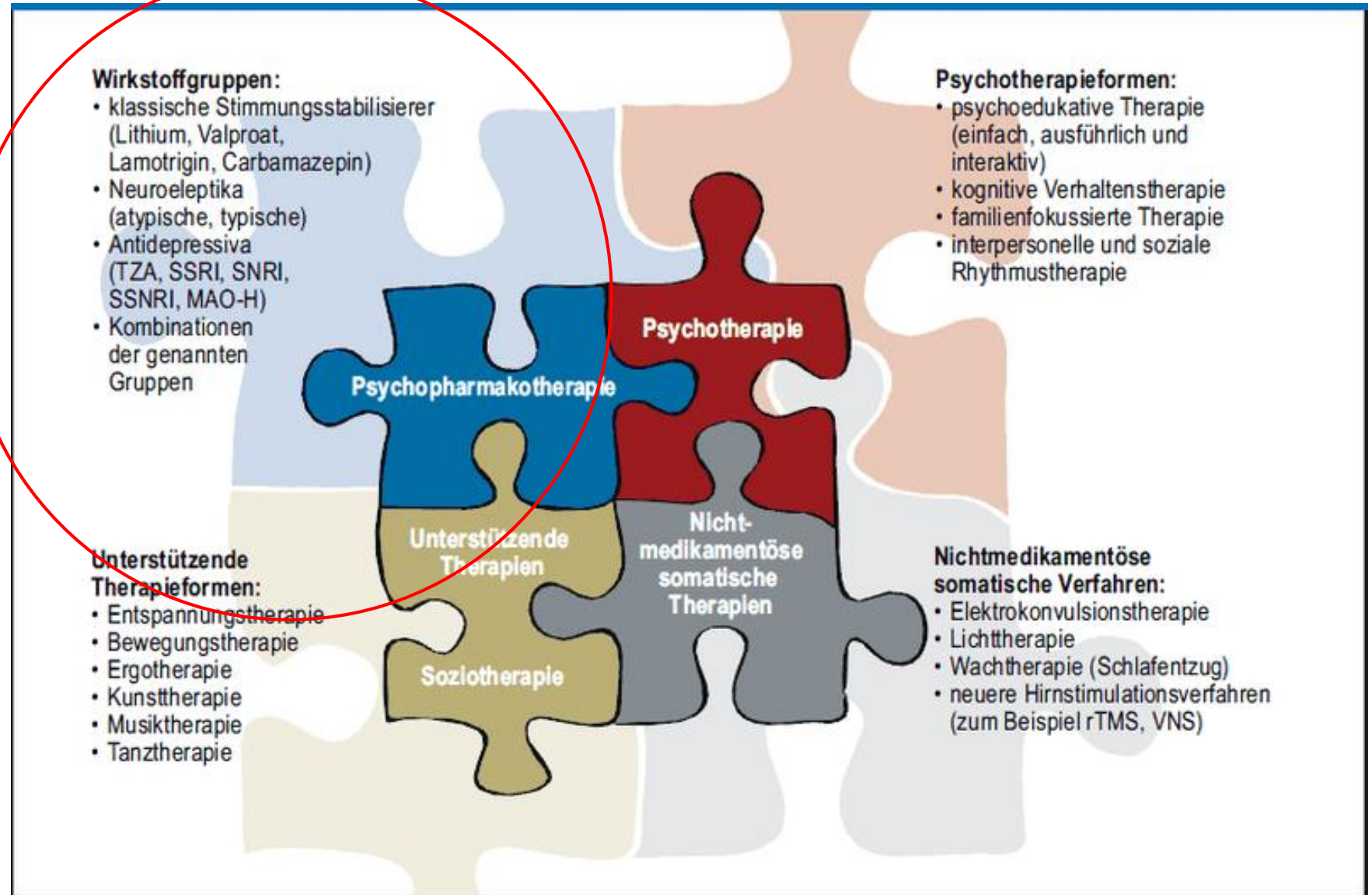
Therapie



Mögliche Therapiebausteine bei bipolaren Störungen;

TZA, trizyklische Antidepressiva; SSRI, Serotonin-Weideraufnahmehemmer; SSNRI, selektive Serotonin- und Noroadrenalin-Wiederaufnahmehemmer; MAO-Hemmer, Monoaminoxidase-Hemmer; rTMS, repetitive transkranielle Magnetstimulation; VNS Vagus-Nerv-Stimulation

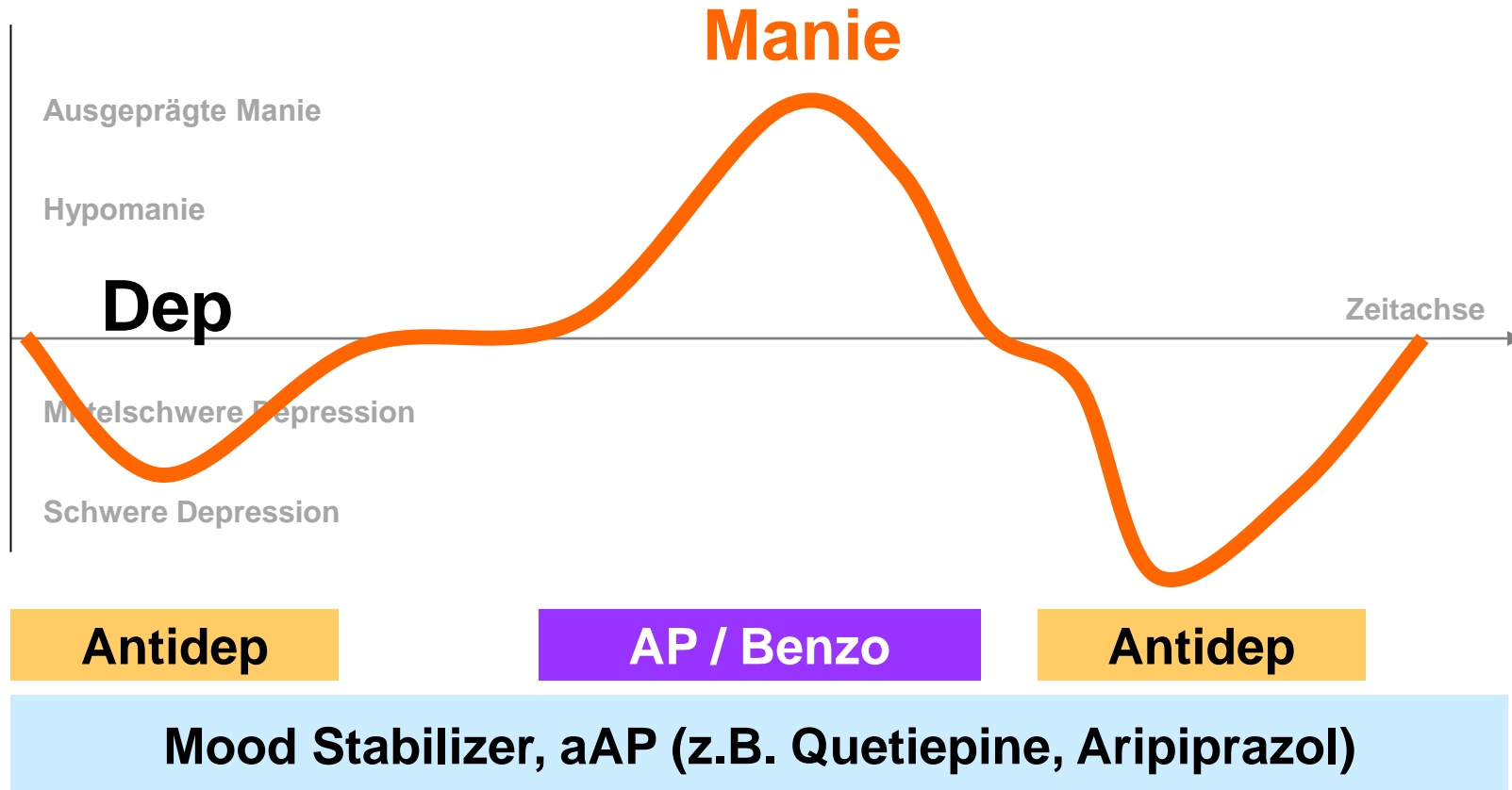
Therapie



Mögliche Therapiebausteine bei bipolaren Störungen;

TZA, trizyklische Antidepressiva; SSRI, Serotonin-Weideraufnahmehemmer; SSNRI, selektive Serotonin- und Noroadrenalin-Wiederaufnahmehemmer; MAO-Hemmer, Monoaminoxidase-Hemmer; rTMS, repetitive transkranielle Magnetstimulation; VNS Vagus-Nerv-Stimulation

Medikamentöse Therapieschema



Antidepressiva nur zusammen mit Stimmungsstabilisatoren (oder mit aAP)!!!

Verlauf

- Episodisch
- Die Prognose ist besser als in SCH
- Prädiktoren der schlechteren Prognose:
 - Komorbide Störungen:
 - Persönlichkeitsstörung
 - Suchterkrankung
 - ADHS
 - Non-compliance
 - Rapid-cycling (4 oder mehr Episoden in einem Jahr)