



Einleitung.....	2
Häufigkeit.....	2
Grundlagen und Ursachen.....	3
Genetische Faktoren .....	3
Biologische Faktoren .....	3
Psychologische Erklärungen .....	4
Symptomatik und klinische Untertypen.....	5
Depressive Episode.....	5
Dysthymia .....	5
Manie .....	6
Zyklothymia (bipolare affektive Störung) .....	6
Verlauf .....	6
Therapie .....	6
Biologische Verfahren .....	6
Psychologische Verfahren.....	7
Soziotherapie.....	7

## Depression und Manie



Ambroise Tardieu, 1838 Mania gefolgt von Dementia



## Einleitung

Die beiden Erkrankungsformen der Depression und der Manie werden unter dem Begriff der "Affektiven Störungen" zu einem Krankheitsbild zusammengefasst. Die bekanntere Form ist die Depression. Unter dieser Bezeichnung versteht man einen Gefühlszustand, der durch grosse Traurigkeit und Besorgnis gekennzeichnet ist. Der Betroffene fühlt sich wertlos und schuldig und zieht sich von anderen zurück. Weitere Anzeichen einer Depression sind **Schlafstörungen**, Mangel an Appetit und sexuellem Interesse. Generell ist eine Antriebs- und Interesselosigkeit zu beobachten.

Diese Krankheit, die schon von **Hippokrates** unter dem Namen Melancholie beschrieben wurde, findet sich in unterschiedlichen Abstufungen in der Allgemeinbevölkerung sehr häufig. Der Typ des "Melancholikers" ist auch in der Literatur häufig vertreten, so leidet z.B. die Hauptperson von Goethes "Die Leiden des jungen Werthers" an einer tiefen Verzweiflung, die ihn sogar in den Selbstmord treibt. Bemerkenswert ist, dass nach Erscheinen dieses Buches die Zahl der Selbstmordversuche anstieg und es fast schon zum guten Ton gehörte, melancholisch zu sein. Auch in den Büchern Hesses, der vermutlich selbst unter Depressionen litt, findet sich häufig eine ausgesprochen pessimistische Sicht der Welt.

Unter Manie versteht man einen Zustand intensiver aber unbegründet gehobener Stimmung. Diese äussert sich in übersteigter (oft sinnloser) Aktivität, Rededrang, sprunghaftem Denken, Ablenkbarkeit und unrealistischen Plänen. Relativ selten tritt Manie alleine auf, meist wechseln sich manische und depressive Phasen ab. Diese Erkrankung wird als bipolare affektive Störung bezeichnet. Der Komponist Robert Schumann soll unter dieser Krankheit gelitten haben. In seinen Briefen und Tagebüchern, insbesondere aber in seinem Werk, spiegelt sich eine starke Stimmungsschwankung wieder. Während in seinen manischen Phasen eine starke Produktivität und die Lebhaftigkeit seiner Kompositionen auffällt, fällt ihm während depressiver Episoden das Komponieren zunehmend schwer, die Melodien sind getragen und die Texte schwermütig.

## Häufigkeit

Das Vorkommen der affektiven Störungen unterscheidet sich stark nach den verschiedenen Formen. Die Wahrscheinlichkeit im Laufe eines Menschenlebens an einer Depression zu erkranken beträgt etwa 5 - 12%, damit macht die Depression ungefähr 2/3 der affektiven Störungen aus. Reine Manie kommen nur in einem sehr geringen Ausmass vor, so dass der bipolare Verlauf fast das restliche Drittel der affektiven Störungen ausmacht. Insgesamt beträgt das Risiko, an der bipolaren Form zu erkranken etwa 1%. Was das durchschnittliche Erkrankungsalter angeht, so beginnen bipolare Störungen meist in einem Alter von 30 - 35 Jahren, während Depressionen meist später, zwischen dem 40. und 45. Lebensjahr, anfangen. Frauen sind von Depressionen etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer. An der bipolaren Störung erkranken Männer genauso häufig wie Frauen. Auffällig ist auch das hohe Selbstmordrisiko: etwa 10 - 15% der depressiven Patienten sterben durch Selbsttötung.



## Grundlagen und Ursachen

Die Entstehung affektiver Störungen ist im Sinne einer anlagebedingten Verletzlichkeit zu verstehen, die von vielen weiteren äusseren Faktoren beeinflusst wird. Ob ein Lebensereignis eine Depression auslöst, hängt also von der individuellen Disposition ab. Folgende Faktoren werden als ursächlich angesehen:

### Genetische Faktoren

In Zwillings-, Familien-, und Adoptionsstudien konnte gezeigt werden, dass bei Verwandten ersten Grades von Patienten mit affektiven Störungen eine Häufung solcher Erkrankungen auftritt. So zeigt sich beispielsweise, dass, wenn ein Elternteil erkrankt ist, bei dem Kind eine Wahrscheinlichkeit von 10 - 20% besteht, an der selben Störung zu erkranken. Sind beide Elternteile betroffen, liegt das Erkrankungsrisiko sogar bei 50 - 60%. Leidet ein eineiiger Zwilling an einer affektiven Störung, so ist sein Zwilling mit einer 65 -prozentigen Wahrscheinlichkeit ebenfalls erkrankt.

### Biologische Faktoren

Bei Patienten mit affektiven Störungen ist ein veränderter Neurotransmitterhaushalt festgestellt worden. Unter Neurotransmittern versteht man chemische Botenstoffe, die an der Weiterleitung von Nervenimpulsen beteiligt sind. So fand sich bei Depressiven ein Mangel an den Neurotransmittern Noradrenalin und Serotonin. Bei der Behandlung der Depression werden Medikamente eingesetzt, die dazu führen, dass die Konzentration dieser Stoffe erhöht wird. Inzwischen wird davon ausgegangen, dass nicht einzelne Veränderungen der Neurotransmitter, sondern eine Störung des Gleichgewichts verschiedener Transmitter ursächlich ist. Ausserdem ist bei Depressiven die Empfindlichkeit und Dichte der Rezeptoren, auf die die Neurotransmitter einwirken, verändert. Neurotransmitter scheinen auch bei der Entstehung der Manie eine Rolle zu spielen. Bei dieser Störung liegt eine erhöhte Konzentration der Neurotransmitter Dopamin und Noradrenalin vor.

Affektive Störungen scheinen auch im Zusammenhang mit einem gestörten Hormonhaushalt zu stehen. So konnte beispielsweise bei Depressiven ein Überschuss des Hormons Cortisol nachgewiesen werden. Möglicherweise steht dieser Befund in Verbindung mit dem gestörten Neurotransmitterhaushalt. Es konnte z.B. gezeigt werden, dass eine hohe Cortisolkonzentration zu einer Verringerung der Dichte der Serotoninrezeptoren führen kann.

Auch körperliche Erkrankungen und Medikamente können Ursachen, Begleitfaktoren oder Auslöser für affektive Störungen sein. Beispiele dafür sind die Parkinsonsche Erkrankung oder Cortisolbehandlung.

In neuster Zeit lassen Untersuchungen vermuten, dass ein Virus an der Entstehung affektiver Störungen beteiligt sein könnte. Im Blut von Personen, die an Depressionen oder bipolaren affektiven Störungen litten, konnte ein Virus identifiziert werden, der nur während der Krankheitsschübe aktiv ist.



## Psychologische Erklärungen

Untersuchungen haben gezeigt, dass im Vorfeld von Depressionen gehäuft krisenhafte Ereignisse, wie der Verlust einer geliebten Person oder anhaltende Konflikte, aufgetreten waren. Diese Faktoren scheinen allerdings nicht ursächlich Depressionen auszulösen, sondern eher zu einer unspezifischen Stressreaktion zu führen, die sich in Depressionen äussern kann.

Die psychoanalytische Theorie der Depression geht davon aus, dass die Wurzel der Depression schon in der frühen Kindheit liegt. Wenn in der oralen Phase (etwa erstes Lebensjahr) die Bedürfnisse des Kindes unzureichend oder übermässig befriedigt werden, führt das dazu, dass die Person auf dieser Entwicklungsstufe stehen bleibt. Dies äussert sich darin, dass das Selbstwertgefühl der Person in grossem Ausmass von anderen Menschen abhängt. Darüber hinaus nimmt Freud an, dass eine Person sich nach dem Verlust eines geliebten Menschen mit diesem Menschen identifiziert, um so den Verlust auszugleichen. Da man, nach Freud, denjenigen, die man liebt auch unbewusste negative Gefühle entgegenbringt, wird die Person nun selber Objekt dieser negativen Gefühle. Normalerweise gelingt es, sich in einer Phase von Trauerarbeit durch die Erinnerung an den Verstorbenen aus der Identifizierung zu lösen. Bei sehr abhängigen Personen aber misslingt diese Trauerarbeit. Sie können sich nicht lösen und bestrafen sich selbst für die Fehler des Verstorbenen, mit dem sie sich identifizieren. Das führt zu fortgesetzter Selbstbeschuldigung und Depression. In der psychoanalytischen Theorie ist mit dem Verlust eines geliebten Menschen allerdings nicht unbedingt dessen Tod gemeint, es kann sich auch um einen symbolischen Verlust wie z.B. die Zurückweisung durch einen Menschen oder den Verlust eines Partners handeln.

Die kognitive Theorie von Beck bietet folgende Erklärung für das Entstehen von Depressionen: Durch negative Erlebnisse in Kindheit oder Jugend (z.B. Verlust der Eltern, Kritik durch Lehrer) erwirbt eine Person ein negatives Denkmuster. Erlebt die Person die gleiche oder eine ähnliche Situation erneut, wird dieses Muster aktiviert und verstärkt. Das negative Denkmuster beeinflusst das Verhalten und die Wahrnehmung eines Menschen. So wird z.B. ein Depressiver aus der Tatsache, dass er von einem Bekannten nicht gegrüsst wurde, nicht darauf schliessen, dass dieser ihn nicht gesehen hat, sondern darauf, dass er ihn nicht mag. Solche Denkfehler bestätigen dann erneut die negative Sicht der eigenen Person ("Wie kann diese Person mich auch mögen, wo ich doch ein wertloser Mensch bin.").

Eine weitere Theorie der Depression geht von der sogenannten gelernten Hilflosigkeit aus. Durch Erfahrungen, in denen die Person bei dem Versuch, eine Situation zu kontrollieren, versagt hat entsteht die Passivität der Depressiven, ihr Gefühl, unfähig zu sein, das eigene Leben zu meistern. Allein dieses Versagen führt aber noch nicht zu Depressionen. Es kommt darauf an, wie die Person ihr Verhalten erklärt. Hat eine Person beispielsweise in einer Prüfung versagt, kann sie verschiedene Gründe für dieses Versagen finden. Man kann sich entweder als zu dumm bezeichnen, erklären, die Prüfung sei unfair gewesen, oder sagen, man sei einfach zu müde gewesen. Depressive neigen dazu die Erklärung zu finden, die sie am schlechtesten dastehen lässt ("Ich bin zu dumm"). Darüber hinaus führen negative Ereignisse und ihre Erklärung dann dazu, dass auch für die Zukunft nur das



schlechteste angenommen wird ("Da ich zu dumm bin, werde ich auch bei der nächsten Prüfung durchfallen.").

Theorien, die die Entstehung bipolarer affektiver Störung erklären, sind rar. Für die depressiven Phasen werden meist dieselben Erklärungsmodelle herangezogen, wie für die Depression selbst. Bezüglich der manischen Schübe wird generell angenommen, dass es sich um die Vermeidung eines negativen Zustandes (z.B. niedriges Selbstwertgefühl) handelt.

## Symptomatik und klinische Untertypen

Bei den affektiven Erkrankungen werden aufgrund von Verlauf und Schweregrad der Störung verschiedene Formen unterschieden:

### Depressive Episode

Hierbei handelt es sich um eine depressive Verstimmung, die meist mit Hemmung von Denken und Antrieb und Schlafstörungen einher geht. Das Ausmass reicht von leicht gedrückter Stimmung bis zu einem schwermütigen "Gefühl der Gefühllosigkeit". Oft herrschen quälende Angst und innere Unruhe. Der Depressive erlebt die Umwelt als grau, häufig kommt es zu sozialem Rückzug. Das Selbstmordrisiko ist bei dieser Erkrankung sehr hoch, 40 - 80% der Patienten haben Selbstmordgedanken. Äusserlich ist bei Depressiven häufig mangelnde Mimik und Gestik und eine leise, zögernde Stimme zu bemerken. Aufgrund des Erscheinungsbildes unterscheidet man folgende Untertypen:

- **Gehemmte Depression:**  
Diese Form ist gekennzeichnet durch reduzierte Aktivität, bis hin zur Bewegungslosigkeit.
- **Agitierte Depression:**  
Sie zeichnet sich durch ängstliche Getriebenheit, Bewegungsunruhe und unproduktive Hektik aus.
- **Larvierte Depression:**  
Bei dieser Erscheinungsformen stehen körperliche Beschwerden (z.B. Schwindel, Kopfdruck) im Vordergrund.
- **Psychotische Depression:**  
Hierbei treten Wahnideen und Halluzinationen auf.

### Dysthymia

Bei dieser Störung handelt es sich um eine chronische depressive Verstimmung leichten Grades. Zwar klagt der Betroffene über Müdigkeit, Unzulänglichkeit, Anstrengung, Schlafstörungen und den Verlust der Genussfähigkeit, ist aber in der Regel fähig, mit dem Alltag zurechtzukommen. Diese Form beginnt meist im frühen Erwachsenenalter. Folgende Sonderformen lassen sich unterscheiden:

- **Spätdepression:**  
Sie tritt nach dem 45. Lebensjahr auf, das Selbstmordrisiko ist besonders hoch.
- **Altersdepression:**  
Die Ersterkrankung liegt nach dem 60. Lebensjahr.
- **Wochenbettdepression:**  
Nach der Geburt eines Kindes verfällt die Mutter in eine depressive Stimmung.



- **Erschöpfungsdepression:**  
Sie tritt auf nach einer Dauerbelastung oder wiederholten schweren Schicksalsschlägen.

## **Manie**

Diese affektive Störung ist durch folgende Symptome gekennzeichnet: unangemessen gehobene Stimmung, Antriebssteigerung, beschleunigtes Denken und Selbstüberschätzung (bis hin zum Grössenwahn). Häufig treten im Zusammenhang mit der Manie leichtsinnige Geldausgabe und sexuelle Enthemmung auf, was zu schweren familiären, finanziellen und gesundheitlichen Folgen führen kann. Dem Betroffenen fehlt die Krankheitseinsicht, was eine Zwangseinweisung notwendig machen kann.

## **Zyklothymia (bipolare affektive Störung)**

Dabei handelt es sich um eine anhaltende Störung, die im frühen Erwachsenenalter beginnt und chronisch verläuft. Es handelt sich um eine Instabilität der Stimmung mit zahlreichen Perioden leichter Depression und leicht gehobener Stimmung. Die Stimmungsschwankungen stehen meist nicht im Zusammenhang mit Lebensereignissen. Sehr selten treten depressive und manische Symptome gleichzeitig auf, wie etwa depressive Stimmung mit Rededrang. Man spricht dann von einer gemischten Episode einer bipolaren affektiven Störung.

## **Verlauf**

Affektive Störungen verlaufen phasenweise, d.h. es kommt zu mehr oder weniger ausgeprägten Symptomschüben mit (bei der Zyklothymia abwechselnder) gedrückter oder gehobener Stimmung, die aber nach einer Weile abklingen, so dass die Stimmung bis zur nächsten Phase auf ein normales Niveau zurückkehrt.

Dabei kann der Beginn von depressiven Phasen sowohl schleichend als auch plötzlich einsetzen, während manische Phasen meist rasch (innerhalb weniger Stunden oder Tage) beginnen. Bei reinen Manien oder Depressionen muss man mit ca. 4 Phasen im Laufe des Lebens rechnen. Bei der bipolaren Störung treten mehr, aber kürzere Phasen auf. Je länger die Störung besteht, desto schneller folgen die Phasen aufeinander. Unbehandelte manische oder depressive Phasen dauern ca. 4 - 12 Monate, auch hier verkürzt sich mit steigender Phasenzahl die symptomfreie Zeit zwischen den Schüben.

## **Therapie**

Die Frage, mit welchen Mitteln eine affektive Störung behandelt werden sollte, muss auf den Einzelfall abgestimmt werden. Dabei spielen unter anderem die angenommenen Entstehungsfaktoren eine wichtige Rolle.

## **Biologische Verfahren**

Häufig wird Depression medikamentös durch den Einsatz von Antidepressiva behandelt. Die Auswahl eines Antidepressivums richtet sich nach den erwarteten Nebenwirkungen (z.B. Mundtrockenheit und Blutdrucksenkung), insbesondere aber nach dem Erscheinungsbild. So sollte z.B. bei der agitierten Depression ein Mittel



eingesetzt werden, das neben antidepressiver auch eine beruhigende Wirkung hat. Auch können einzelne Symptome wie Schlafstörungen oder Unruhe mit spezifischen Medikamenten behandelt werden. Nach Abklingen der Symptome sollte die Behandlung mindestens 6 - 12 Monate fortgesetzt werden, da ein hohes Rückfallrisiko besteht.

In Folge der neuen Befunde, die eine Virusinfektion als einen auslösenden Faktor nahelegen, hat sich auch eine neue medikamentöse Behandlungsform entwickelt. Dabei hat sich gezeigt, dass Amantin, eine Substanz, die zur Behandlung bestimmter Formen der Parkinsonschen Krankheit eingesetzt wird, dazu führt, dass der Virus nicht mehr im Blut der Patienten nachweisbar ist und auch die Symptome verschwinden.

Abgesehen von der medikamentösen Behandlung haben sich bei der Therapie von Depressionen je nach Unterform auch Schlafentzug (zur Korrektur des gestörten Wach-Schlaf-Rhythmus) und Lichttherapie (bei Depressionen die jahreszeitlich bedingt auftreten) bewährt. Als letzter Ausweg wird auch Elektrokrampftherapie (z.B. bei hoher Selbstmordgefahr) eingesetzt.

Die Akutbehandlung von Manien ist wegen der fehlenden Krankheitseinsicht der Betroffenen häufig schwierig. Deswegen ist gerade bei ausgeprägter Symptomatik die stationäre Behandlung notwendig. Der Patient sollte von stimulierenden Aussenreizen abgeschirmt werden und die Möglichkeit erhalten, sich abzureagieren. Als medikamentöse Behandlung eignet sich eine Kombination von Präparaten, die der wahnhaften Symptomatik entgegenwirken und Substanzen, die eine generell beruhigende Wirkung haben. Auch die Langzeitbehandlung und Rückfallverhinderung gestalten sich schwierig und verlangen einige Überzeugungsarbeit.

## **Psychologische Verfahren**

Bei der kognitiven Verhaltenstherapie und der interpersonalen Therapie geht es darum, die negativen Realitäts- und Selbstbewertungen zu prüfen und zu korrigieren. Dabei werden Alltagsprobleme des Betroffenen betrachtet und untersucht, wie der Patient denkt, erlebt und mit seiner Umwelt in Kontakt tritt. Dadurch sollen unrealistische Erwartungen und depressive Gedankenverzerrungen entdeckt werden. Aufgrund der Kenntnis der zugrundeliegenden Probleme wird dann dem Patienten geholfen, Problembewältigungsfähigkeiten aufzubauen. Auch die Aktivität des Patienten soll gesteigert werden. Ziel ist es allgemein, die sozialen Fähigkeiten und das Selbstvertrauen des Depressiven zu verbessern.

Nach Abklingen der akuten Symptomatik kann auch in einer psychoanalytischen Therapie die grundlegende Verlusterfahrung des Patienten aufgedeckt werden. Die psychodynamische Situation bei Auslösung der Depression soll rekonstruiert und so die frühkindliche Erfahrung wiedererlebt und reif bearbeitet werden. Dabei ist die Beziehung von Patient und Therapeut besonders wichtig.

## **Soziotherapie**

Bei der stationären Behandlung ist die Arbeits- und Beschäftigungstherapie ein wichtiger Bestandteil. Je nach Zustand des Patienten ist Hilfe bei der



Tagesstrukturierung, Entdeckung kreativer Fähigkeiten, nicht-sprachliche Gefühlsverarbeitung oder Konzentrations- und Ausdauertraining Ziel der Behandlung.

Generell sollte im Umgang mit Personen, die unter affektiven Störungen leiden, darauf geachtet werden, dass sie in ihren Problemen unbedingt ernst genommen werden. So sollte man ihnen weder raten, sich zusammenzureissen, noch versuchen, ihnen eventuelle Wahnideen auszureden. Während akuter Phasen soll der Betroffene möglichst keine wichtigen Entscheidungen treffen. Bei der Therapie ist die Einbeziehung der Familie sehr zu empfehlen.