

F3

Affektive Störungen

---

- Psychische Störungen, bei denen krankhafte Veränderungen von **Stimmung**, **Affekt** und **Antrieb** im Vordergrund stehen
- Äußern sich typischerweise in Form depressiver oder manischer Syndrome & verlaufen **häufig phasenhaft**
- Unterscheidung in **unipolare Verläufe**  
(Stimmungsänderung nur in eine Richtung, meist depressiv)  
und **bipolare Verläufe**  
(Wechsel von depressiven und (hypo-)manischen Phasen)
- ICD-10 fasst unter F3 diejenigen Störungen zusammen, bei denen die affektive Symptomatik das klinische Bild bestimmt, **ohne** dass eine **organische Ursache** oder eine **substanzbedingte Störung** im Vordergrund steht
- Depressive oder manische Symptome können auch begleitend im Rahmen anderer psychischer oder körperlicher Erkrankungen auftreten

- **F30.** Manische Episode
- **F31.** Bipolare affektive Störung
- **F32.** Depressive Episode
- **F34.** Anhaltende affektive Störungen

- Def.**
- Affektive Störung mit **krankhaft gehobener oder gereizter Stimmung, gesteigertem Antrieb und vermehrter Aktivität**
  - Typisch: **Rededrang, vermindertes Schlafbedürfnis, Selbstüberschätzung und fehlende Krankheitseinsicht**
  - **meist** im Rahmen einer **bipolaren Störung** auf
- Epi.**
- **Männer & Frauen** sind gleich häufig betroffen

## Sym.

- **Situationsinadäquate Stimmungswechsel**  
(v.a. gehoben / expansiv / gereizt) über **min. 7 Tage**
- **Beeinträchtigung des Alltags** durch **min. 3** der folgenden Symptome:
  - Gesteigerte Aktivität / motorische Ruhelosigkeit
  - Gesteigerte Gesprächigkeit (Logorrhoe)
  - Ideenflucht / subjektives Gefühl von Gedankenrasen
  - Verlust normaler sozialer Hemmungen
  - Vermindertes Schlafbedürfnis
  - Überhöhte Selbsteinschätzung
  - Erhöhte Ablenkbarkeit / andauernder Aktivitäts-/Planwechsel
  - Tollkühnes / rücksichtsloses Verhalten  
ohne realistische Risikoeinschätzung
  - Gesteigerte Libido / sexuelle Taktlosigkeit

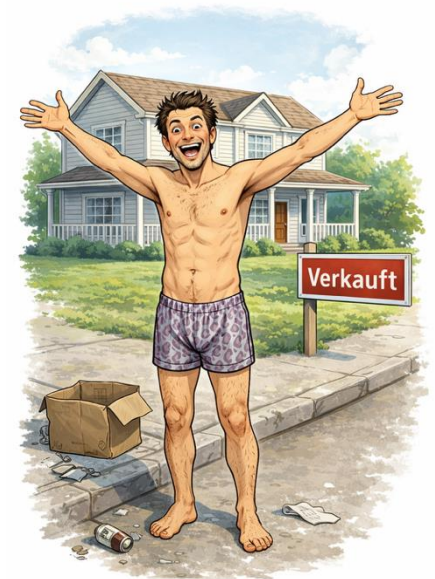


## Sym.

- evtl. **psychotische Symptome**
  - Wahn (v.a. Größen-, Liebes-, Beziehungs-, Verfolgungswahn)
    - nicht bizarr oder kulturell unangemessen
  - Halluzinationen (v.a. Stimmenhören)
    - keine Rede in der 3. Person oder kommentierende Stimmen
  - Kommunikationsunfähigkeit durch extrem ausgeprägte körperliche Aktivität oder Ideenflucht

## Kom.

- Finanzieller Ruin durch extrem vermehrte Geldausgaben & Vertragsabschlüsse
- Soziale & berufliche Folgen
- (z.B. Konflikte, Beziehungsabbrüche, Jobverlust, rechtliche Probleme)
- **Selbstgefährdung** durch Risikoverhalten, Schlafmangel, körperliche Erschöpfung



## Diag.

- s. Sym.
- **nicht** auf Missbrauch psychotroper Substanzen zurückzuführen (sonst F1)
- **nicht** auf organische psychische Störung zurückzuführen (sonst F0)
- **keine** depressiven Episoden (sonst bipolare Störung)

## Ther.

- **Akutphase: Stationäre Einweisung**  
(wegen Erregung, Eigen- / Fremdgefährdung)
- Ambulante Therapie ist oft zum Scheitern verurteilt aufgrund fehlender Krankheitseinsicht
- **Medikamente**
  - v.a. **Lithium**
    - Stimmungsstabilisierer, Phasenprophylaktika
    - ca. 7 Tage bis Serumspiegel ausreichend ist  
(daher Kombination mit anderen Medikamenten)
    - Nebenwirkungen: z.B. vermehrtes Wasserlassen & Durst
  - **Neuroleptika**
- evtl. **Einrichten einer Betreuung**



## Def.

- **Leichtere Ausprägung der Manie ohne** psychotische Symptome oder ausgeprägte soziale bzw. berufliche Beeinträchtigung
- Betroffene wirken **lebhaft, redselig, leistungssteigernd**
- Meist noch keine so schwere Entgleisung wie bei Manie



## Sym.

- **Deutlich abnorm gehobene / gereizte Stimmung über min. 4 Tage**
- **Beeinträchtigung des Alltags** durch **min. 3** der folgenden Symptome:
  - Gesteigerte Aktivität / motorische Ruhelosigkeit
  - Gesteigerte Gesprächigkeit (Logorrhoe)
  - Konzentrationschwierigkeiten / Ablenkbarkeit
  - Vermindertes Schlafbedürfnis
  - Gesteigerte Libido
  - Übertriebene Geldausgaben / andere Arten von leichtsinnigem oder verantwortungslosem Verhalten
  - Gesteigerte Geselligkeit / übermäßige Vertraulichkeit

## Diag.

- s.o.
- **nicht** auf Missbrauch psychotroper Substanzen zurückzuführen (sonst F1)
- **nicht** auf organische psychische Störung zurückzuführen (sonst F0)
- **keine** depressiven Episoden (sonst bipolare Störung)
- **Wichtige DD**
  - Hyperthyreose
  - Anorexia nervosa
  - Agitierte depressive Episode
  - Zwangsstörung



- Def.**
- Störung mit **min. 2 Episoden** mit **deutlich gestörter Stimmung** und **verändertem Aktivitätsniveau** des Betroffenen
  - Episoden-Häufigkeit und Verlaufsmuster sind **sehr variabel** und folgen oft einem **belastenden Ereignis**

- Sym.**
- **Wechsel** von **Hypomanie** oder **Manie** und **Depression**
  - **Wiederholte** (hypo-)manische Phasen
  - Charakteristisch: vollständige Besserung zwischen den Phasen
  - Manische Episoden beginnen i.d.R. abrupt & dauern zwischen 2 Wochen und 4-5 Monaten
  - Depressive Episoden dauern i.d.R. länger (ca. 6 Monate) (selten > 1 Jahr, eher bei älteren Menschen)
  - Beginn oft im Jugend- / frühen Erwachsenenalter

- Kom.**
- **Suizid** (deutlich erhöhtes Risiko!)



- Def.**
- **Affektive Störung**, bei der über einen mindestens 2-wöchigen Zeitraum eine **depressive Stimmung, Interessen- oder Freudverlust** und **Antriebsminderung** im Vordergrund stehen
  - evtl. als einzelne Episode, **meist rezidivierend**
- Epi.**
- Gehört zu den **häufigsten psychischen Erkrankungen**
  - **Lebenszeitprävalenz**
    - Männer 10%
    - Frauen 20%



## Ätio.

- **Vulnerabilitäts-Stress-Modell**
  - Treffen von individueller Anfälligkeit auf belastende innere oder äußere Stressfaktoren mit nicht ausreichenden Bewältigungsressourcen
- **Risikofaktoren**
  - Frühere depressive Episoden
  - Familiäre Häufung
  - Aktuell belastende Lebensereignisse
  - Somatische Krankheiten (z.B. M. Parkinson, Hypothyreose)
  - Medikamenten-, Drogen-, Alkoholmissbrauch
  - Frühere Suizidversuche in Eigen- / Familienanamnese
  - Fehlendes soziales Netz
- **Lichtmangel** (Saisonale Herbst- / Winterdepression)
- **Reaktiv** (Anpassungsstörung, Belastungsstörung)
- **Wochenbett** (Wochenbettdepression)



**Sym.**

• **Hauptsymptome:**

- **Antriebsmangel**
- **Interessen- und Freudverlust**
- **Depressive Stimmung**
  - Über die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag
  - Unbeeinflusst von äußeren Umständen



## Sym. • Zusatzsymptome:

- Verlust des **Selbstvertrauens** oder **Selbstwertgefühls**
- Unbegründete **Selbstvorwürfe** / ausgeprägte, unangemessene **Schuldgefühle**
- Wiederkehrende Gedanken an den **Tod / Suizid** oder **suizidales Verhalten**
- **Aufmerksamkeits- / Konzentrationsmangel, Unschlüssigkeit / Unentschlossenheit**
- **Psychomotorische Agitiertheit / Hemmung** (subjektiv / objektiv)
- **Schlafstörungen** jeder Art
- **Appetitverlust / gesteigerter Appetit** (mit entsprechender Gewichtsveränderung)



## **Sym.** • **Somatisches Syndrom:**

- **Deutlicher Interessenverlust** / Verlust der Freude  
Interesse an normalerweise angenehmen Tätigkeiten
- Mangelnde Fähigkeit, auf Umgebungsaspekte **emotional** zu reagieren
- **Frühmorgendliches Erwachen** (min. 2h vor gewohnter Zeit)
- **Morgentief**
- **Objektivierbare** psychomotorische Hemmung / Agitiertheit
- **Deutlicher Appetitverlust**
- **Gewichtsverlust**  
( > 5% des Körpergewichts in letzten 4 Wochen)
- **Libidoverlust**

- Diag.**
- Anhaltende Symptomatik über **min. 2 Wochen**
  - **nicht** auf Missbrauch psychotroper Substanzen zurückzuführen (sonst F1)
  - **nicht** auf organische psychische Störung zurückzuführen (sonst F0)
  - **keine** (hypo-)manische Episoden (sonst bipolare Störung)
  - **keine** gleichzeitigen Kriterien für eine Schizophrenie / schizodepressive Störung

## Diag.

- **Leichte depressive Episode**
  - min. **2** Hauptsymptome + Zusatzsymptome  
(in Summe min. **4** Symptome)
- **Mittelgrade depressive Episode**
  - min. **2** Hauptsymptome + Zusatzsymptome  
(in Summe min. **6** Symptome)
- **Schwere depressive Episode**
  - min. **3** Hauptsymptome + Zusatzsymptome  
(in Summe min. **8** Symptome)
- **Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen:**
  - **Wahnideen** (v.a. Schuld-, hypochondrischer-, nihilistischer Wahn)
    - nicht bizarr oder kulturell unangemessen
  - oder **Halluzinationen** (v.a. anklagende Stimmen)
    - keine Rede in der 3. Person oder kommentierende Stimmen
  - **Depressiver Stupor**
- **Somatisches Syndrom: min. 4** der Symptome eindeutig feststellbar

## Diag.

- **Anamnese (gezielt & aktiv erfragen!)**

- z.B. Frageschema nach **Kielholz**:

- Können Sie sich (noch) über Dinge freuen?
- Fällt es Ihnen schwer, Entscheidungen zu treffen?
- Haben Sie (noch )Interesse an etwas?
- Neigen Sie in letzter Zeit zum Grübeln?
- Plagt Sie das Gefühl, Ihr Leben sei sinnlos geworden?
- Fühlen Sie sich oft grundlos müde und abgeschlagen?
- Haben Sie Schlafstörungen?
- Haben Sie Schmerzen, Missempfindungen, einen Druck auf der Brust?
- Haben Sie wenig Appetit? Haben Sie Gewicht verloren?
- Gibt es Veränderungen in Ihrem Sexualleben?





Diag.

- **Abklären einer Suizidgefährdung**
- **Selbstbeurteilungsbögen**  
(dienen der Einschätzung von Schwere und Verlauf)
  - Emotionale Symptome
  - Kognitive Symptome
  - Somatische Symptome
  - Selbstwertbezogene Symptome
  - Psychotische Symptome (je nach Instrument (z.B. SCL-90®))

A hand-drawn illustration of a self-assessment form titled "Selbstbeurteilungsbogen". It features a grid with columns for symptom severity (0, 1, 2, 3, 4) and rows for different symptoms (1-9). A pencil is shown at the bottom right, and there is a space for a signature and date.

## Diag.

- **Wichtige DD:**

- Angststörungen
- Zwangsstörungen
- Anpassungsstörung, PTBS
- Medikamente

(viele haben Depression verursachende Nebenwirkungen, z.B. Cortison, blutdrucksenkende Medikamente)

## Kom. • Suizid

### Cave:

Suizide sind bei depressiven Störungen deutlich häufiger als in der Allgemeinbevölkerung (ca. 30-fach erhöht). Suizidgedanken treten während einer depressiven Episode bei etwa 60–70 % der Betroffenen auf. Etwa 4 % aller wegen einer depressiven Störung hospitalisierten Patienten versterben durch Suizid, und rund 9 % aller Patienten, die im Laufe ihres Lebens wegen Suizidalität behandelt wurden, sterben durch Suizid. Deshalb muss bei jedem Patienten mit depressiver Störung regelmäßig und aktiv nach Suizidalität gefragt werden. Bei Hinweisen auf akute Suizidalität ist die Gefährdung sofort einzuschätzen und ein angemessenes Behandlungssetting zu veranlassen, gegebenenfalls auch eine Unterbringung nach § 11 PsychKG.

## Ther.

- **Individuell**  
(je nach Schweregrad, Erkrankungsverlauf und Patientenpräferenz)
- **Allgemeine Behandlungsziele**
  - Symptomreduktion & Remission
  - Rezidivvermeidung
  - Suizid verhindern
  - Wiedererlangung der beruflichen & psychosozialen Integration
- **Aktiv-abwartende Behandlung** („watchful waiting“)
  - Bei leichten depressiven Episoden (Reevaluation nach 2 Wochen)

## Ther. • Medikamente



### ○ Antidepressiva

- Erhöhen im ZNS die intrasynaptische Konzentration von **Serotonin und/oder Noradrenalin**
- Je schwerwiegender die depressive Episode, desto wirksamer die medikamentöse Therapie (**nur bei mittelgradig bis schwer wirksam & indiziert**)
- **Antidepressive Wirkung verzögert** (meist innerhalb der ersten Wochen), Antriebssteigerung meist schneller (**Suizidgefahr!**)
- Fehlendes Ansprechen nach 3-4 Wochen erfordert Therapiemodifikation (z.B. Dosissteigerung)
- Erhaltungstherapie (langfr. Therapie nach Ersttherapie)
  - Min. 6 Monate nach Remissionseintritt
  - $\geq 2$  Jahre bei  $\geq 2$  Episoden

## Ther. ○ Antidepressiva

### – Präparate

- **Trizyklische Antidepressiva** (z.B. Amitriptylin, Clomipramin)
  - Gute Wirksamkeit, **hohes Nebenwirkungspotenzial** (v.a. anticholinerg & chinidinartig (z.B. Delir, Harnverhalt))
- **Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI)** (z.B. Citalopram, Fluoxetin)
  - Bei Therapiebeginn auf **Serotonin-Synrom** & **Suizidgedanken** achten!
  - **SSRI-Absetzsyndrom** (bei > 5 Wochen Therapiedauer)
    - Schwindel, Gleichgewichts-, Schlafstörungen u.a.

## Ther. ○ Antidepressiva

### – Präparate

- **Johanniskraut** bei leichter Depression
  - Nebenwirkungen:  
Müdigkeit, Lichtempfindlichkeit, Leberschädigung u.a.
  - evtl. Absetzprobleme (keine Abhängigkeit)
- **Andere** (z.B. MAO-Hemmer, SSNRI) – **Keine** Benzodiazepine!
- **Neuroleptika** bei psychotischen Symptomen



## Ther. • Psychotherapie

### ○ Grundlegende Aspekte

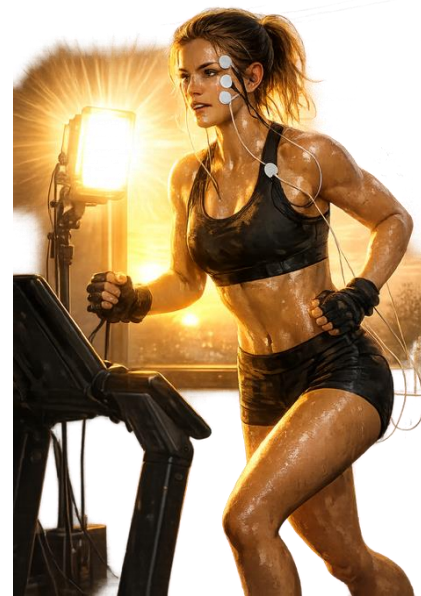
- Ermutigung, Unterstützung
- Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung
- Klärung von Motivation & Zielen
- Vermittlung von Krankheitsverständnis
- Entlastung von belastenden äußeren Problemsituationen
- Wiedergewinnung von Erfolgssituationen (positive Verstärkung)
- Einbeziehung von Angehörigen
- Krisenmanagement



## Ther. • Psychotherapie

- **Kognitive Verhaltenstherapie**
  - **Kognitive Umstrukturierung** nach A. T. Beck
  - **Cognitive Behavioral Analysis of Psychotherapy (CBASP)**
    - speziell für chronisch-depressive Patienten
- **Andere Formen (z.B.)**
  - Tiefenpsychologisch fundierte Therapie
  - Psychoanalyse
  - Körperorientierte Psychotherapie  
(körperliche Aktivierung beeinflusst den Verlauf günstig)

- Ther.**
- **Nichtmedikamentöse somatische Verfahren (z.B.)**
    - **Lichttherapie**
    - **Schlafentzugstherapie (Wachtherapie)**
    - **Elektrokrampftherapie (ECT)** – bei therapieresistenter Depression
    - **Körperliches Training / Sport**



## Übersicht nach Ursache

- **Organische Depression**
  - Bei **körperlichen Erkrankungen** (z.B. Hypothyreose, M. Parkinson)
- **Medikamenteninduziert** (v.a. im Alter)
  - z.B. durch Kortison
- **Endogene Depression**
  - Neurotransmitterstörung mit Morgentief, Denkhemmung, Gefühl der Gefühllosigkeit, Wahn, ...
- **Wochenbettdepression**
  - Beginn meist 1-2 (max. 6) Wochen nach Entbindung über Wochen bis Monate
  - Mutter hat Versagensgefühle
  - DD: „Wochenbettblues“ (nur wenige Tage, nicht behandlungsbed.)

## Übersicht nach Ursache

- **Neurotische Depression**
  - Biographisch bedingt
- **Posttraumatische Depression**
  - Auslöser sind belastende Lebensereignisse
- **Erschöpfungsdepression**
  - Nach wiederholten schweren Traumata
- **Altersdepression**
  - > 60 Jahre
  - Beginn oft rasch mit erhaltener Orientierung
  - **DD: Demenz** (Differenzierung oft schwierig)
  - Evtl. auffällige Reizbarkeit, Hypochondrie, Misstrauen, Gedächtnisstörungen (Pseudodemenz)

## Übersicht nach Ursache

- **Saisonale Depression** (selten)
  - Besserung durch Lichttherapie

## Übersicht nach Sympto- matik

- **Gehemmte Depression**
  - Besserung durch Lichttherapie
- **Agitierte Depression**
  - Bewegungsunruhe
  - unproduktives, hektisches Verhalten
- **Larvierte Depression**
  - Funktionelle Organbeschwerden im Mittelpunkt
- **Anankastische Depression**
  - Typisch: Zwangsgrübeln

## Übersicht nach Verlauf/ Ausprä- gung

- **Depressive Episode**
  - Bisher einmaliges Auftreten einer vollausgeprägten depressiven Störung
- **Depression** im Rahmen einer **bipolaren Störung**
  - Bewegungsunruhe
  - unproduktives, hektisches Verhalten
- **Rezidivierende depressive Störung**
  - Mehrmaliges Auftreten
- **Rapid Cycling**
  - $\geq 4$  depressive und/oder manische Phasen/Jahr
- **Zyklothymia**
  - Typisch: Zwangsgrübeln
- **Dysthymia**
  - Chronisch-depressive Verstimmung ohne genügende Ausprägung für leichte bis mittelschwere Depression
  - Beginn meist frühes Erwachsenenalter & über mehrere Jahre

ENDE