

Klinische Psychologie (A)

WS 2004/2005

Vorlesung mit Diskussion (# 1768)

Montags, 14-16 Uhr, HS 8

Thema 5.2

Affektive Störungen: Manie, Depression, inclusive Suizidalität

Universität Trier

FB I - Psychologie

**Abt. Klinische Psychologie, Psychotherapie
und Wissenschaftsforschung**

gkrampen Prof. Dr. Günter Krampen

Klinische Psychologie (A) - Überblick: Themenplan

- 1 Klinische Psychologie: Grundlagen
- 2 Störungs- und Krankheitsmodelle, Paradigmen
- 3 Klassifikationssysteme und klinisch-psychologische Diagnostik
- 4 Klinisch-psychologische Forschungsmethoden: Ätiologie-, Epidemiologie- und Interventionsforschung

5 Ausgewählte Störungen

- 5.1 Angst- und Zwangsstörungen sowie Belastungs- und Anpassungsstörungen

5.2 Affektive Störungen (Manie, Depression, inclusive Suizidalität)

- 5.3 Somatoforme, dissoziative und psychophysiologische Störungen
 - 5.4 Persönlichkeitsstörungen
 - 5.5 Substanzinduzierte Störungen
 - 5.6 Sexuelle Störungen und Dysfunktionen
 - 5.7 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
 - 5.8 Entwicklungsstörungen sowie Verhaltensstörungen und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit/Jugendalter
 - 5.9 Geriatrische Störungen
- Exkurs: Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
- Exkurs: Intelligenzminderungen

Literaturhinweise zu Thema 5.2: Affektive Störungen

Basisliteratur

B&P, Kap. 36; D&N, Kap. 10

Ergänzungslektüre

ICD-10: F3x

DSM-IV-TR: 296.2x, 296.3x, 300.4, 311, 296.xx (Achse I)

Vertiefungsliteratur

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (1996). *Kognitive Therapie der Depression* (5. Aufl.). München: Psychologie Verlags Union.

Costello, C.G. (Ed.). (1993). *Symptoms of depression*. New York, NY: Wiley.

Gloagen, V., Cottraux, J., Cucherat, M. & Blackburn, I.M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59-72.

Hautzinger, M. (1998). *Depression*. Göttingen: Hogrefe.

Herrle, J. & Kühner, C. (Hrsg.). (1994). *Depressionen bewältigen: Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm nach P.M. Lewinsohn*. Weinheim: PVU.

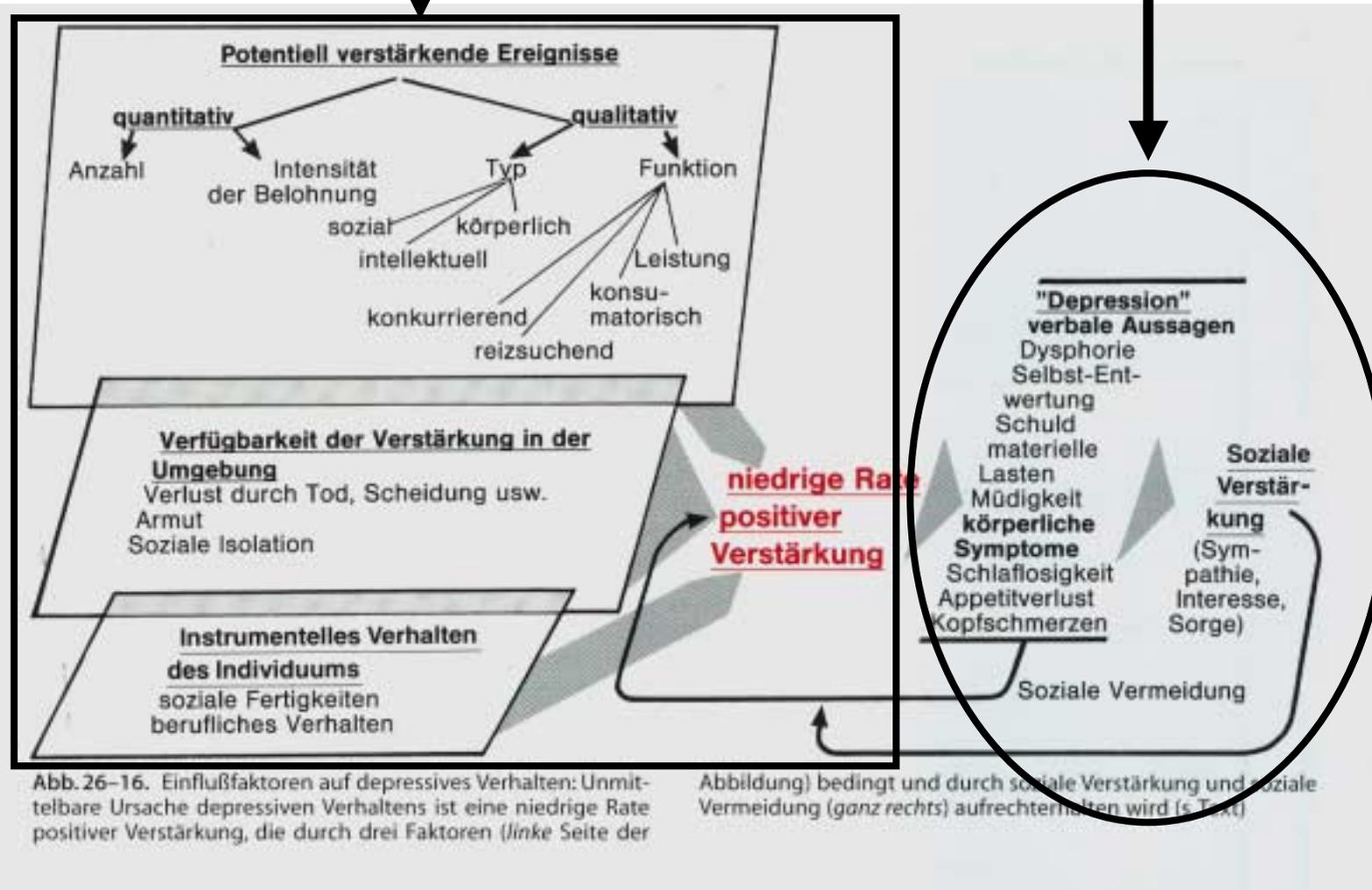
Krampen, G. (1994). *Skalen zur Erfassung von Hoffnungslosigkeit (H-Skalen)*. Göttingen: Hogrefe.

Sonneck, G. (2000). *Krisenintervention und Suizidverhütung*. Wien: Facultas Universitätsverlag.

5.2 Affektive Störungen: Symptomatologie und Syndromatik - Depression

sozial-kognitive Lerntheorie der Depression

komplexe Symptomatik



5.2 Affektive Störungen: Symptomatologie und Syndromatik

Syndromatik: Begrifflichkeiten

- **Historisches: Melancholie und Wahnsinn**

- **Klassische Antike und Mittelalter: Typus „Melancholiker“ in Temperamentslehre**
- **Heinroth (1773-1843)**
 - **Melancholie = inhibierte Gemütsstörung (iatromechanische Hemmung des Gemüts)**
 - **Wahnsinn/Manie = exaltierte Gemütsstörung (iatromech. Exaltation des Gemüts)**
- **Jean-Pierre Falret (1794-1870): Melancholie und Manie als 2 Zustandsformen einer Störung**
- **Emil Kraepelin (1856-1926): manisch-depressives Irrsein als Hauptgruppe der Psychosen**

- **Depression**

- **„emotionaler Zustand, der durch starke Traurigkeit und Niedergeschlagenheit, Gefühle der Wertlosigkeit und Schuld, sozialen Rückzug, Schlafstörungen, Verlust von Appetit und sexuellem Verlangen oder dem Verlust von Interesse und Freude an alltäglichen Aktivitäten gekennzeichnet ist“ (D&N, 2002, S. 303)**

- **Depressivität**

- **breiterer Begriff, der nicht nur Affektstörungen, sondern auch sonstige psychische Inaktivitäts- und Verstimmungszustände, Anspannungsschwächen, Niedergeschlagenheit und Bedrückung umfasst**

- **Manie**

- **„emotionaler Zustand von intensiver, aber unbegründeter gehobener Stimmung, der sich in Hyperaktivität, Geschwätzigkeit, Ideenflucht, Ablenkbarkeit oder nicht durchführbaren großartigen Plänen ausdrückt“ (D&N, 2002, S. 304)**

- **Hypomanie**

- **milde Form der M., die sich in Unternehmenslust und erhöhtem Ausdrucksvermögen zeigt**

- **Suizid und Suizidalität: => ff**

Verlaufsformen => ff

5.2 Affektive Störungen: Symptomatologie und Syndromatik

Syndromatik: Begrifflichkeiten

- Historisches: Melancholie und Wahnsinn: s.o.
- Depression: s.o.
- Depressivität: s.o.
- Manie: s.o.
- Hypomanie: s.o.
- **Suizid und Suizidalität**
 - **Suizid: Handlung mit Todesfolge, die mit Absicht durchgeführt wird und nicht Ausdruck von persönlicher Freiheit, sondern von Hoffnungslosigkeit ist**
 - **Parasuizid: nicht tödliche, absichtliche Handlung der versuchten oder gelungenen Selbstbeschädigung**
 - **Suizidalität: Selbstmordgefährdung - Suizidale Personen sind akut gefährdete Personen, die sich aufgrund einer Lebenskrise oder psychischen Erkrankung in einer hoffnungslosen Situation wähnen.**

Syndromatik: Verlaufsformen

- **unipolar vs bipolar**
- **episodisch vs anhaltend vs rezidivierend**

	unipolar	bipolar
episodisch	manische Episode depressive Episode	(rez.) bipolare aff. St.
anhaltend	Dysthymia	Zyklothymia
rezidivierend	rez. depressive St.	=rez. bipolare aff. St.

5.2 Affektive Störungen: Differentialdiagnostik

Differentialdiagnostik: klassifikatorische Diagnostik nach der ICD-10

- **eingeorordnet in F3x: symptomatologisch und syndromatisch homogene Gruppe von Störungen mit affektiver Primär-Phänomenologie**
- **inclusive affektiver Störungen „mit psychotischen“ Symptomen**
 - d.h., mit Wahnvorstellungen und/oder Halluzinationen oder Stupor
- **keine Differenzierung nach „endogener“ und „reaktiver“ (exogener) Depression, da dies Ätiologieannahmen umfassen würde**
- **Leitprinzipien der Differentialdiagnostik**
 - **Leitsymptom: (starke) Veränderung der Stimmungslage / Affektivität**
 - **Differentialdiagnostik innerhalb von F3x nach der Phänomenologie und dem Schweregrad der Störung**
 - **Phänomenologie der Ausprägung**
 - unipolare exaltierte Affektivität => (hypo-)manische Episode
 - unipolare inhibierte Affektivität => depressive Episode; Dysthymia
 - bipolare exaltiert-inhibierte Affektivität => bipolare affekt. Störung; Zykllothymia
 - **Phänomenologie des Verlaufs**
 - episodisch => (hypo-)manische Episode, depressive Episode
 - rezidivierend => rezidivierende depressive Episoden, (rez.) bipolare affektive St.
 - anhaltend => Dysthymia, Zykllothymia
 - **Schweregrad (pragmatisches Kriterium)**
 - ambulante B. => leichte (und mittelgradige) Episoden, Dysthymia, Zykllothymia
 - stationäre Behandlung => uni-/bipolare (mittelgradige und) schwere Episoden

5.2 Affektive Störungen: Differentialdiagnostik

z.B. ICD-10: F32 - depressive Episode

ff

Leitsymptome

- 1. Gedrückte Stimmung**
- 2. Verlust von Interesse und Freude, Antriebsminderung und Aktivitätseinschränkung**
- 3. Erhöhte Ermüdbarkeit (auch nach kleinen Anstrengungen)**

Zeitkriterium

Anhaltend: minimal 2 Wochen ohne Reaktion auf Lebensumstände

Diagnostisches Kriterium

Mindestens 2 der 3 Leitsymptome müssen vorhanden sein

5.2 Affektive Störungen: Differentialdiagnostik

z.B. ICD-10: F32 - depressive Episode ff

Weitere häufige Symptome

- 1. Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit**
- 2. Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen**
- 3. Schuldgefühle, Gefühle der Wertlosigkeit**
- 4. Negative, pessimistische Zukunftsgedanken**
- 5. Gedanken an oder realisierte Selbstverletzungen und Suizidversuche**
- 6. Schlafstörungen**
- 7. Verminderter Appetit**

Zeitkriterium

Anhaltend: minimal 2 Wochen

Diagnostisches Kriterium

Mindestens 2 dieser weiteren Symptome müssen vorhanden sein

5.2 Affektive Störungen: Differentialdiagnostik

z.B. ICD-10: F32 - depressive Episode ff

„somatisches“ Begleitsyndrom mit den Symptomen

- 1. Interessenverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten**
- 2. Mangelnde Fähigkeit, auf Freundlichkeit oder Günstiges emotional zu reagieren**
- 3. Frühmorgendliches Erwachen**
- 4. Morgentief**
- 5. Psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit**
- 6. Deutlicher Appetitverlust**
- 7. Deutlicher Gewichtsverlust**
- 8. Deutlicher Libidoverlust**

5.2 Affektive Störungen: Differentialdiagnostik

z.B. ICD-10: F32 - depressive Episode ff

Differentialdiagnostik

- **F32.0x: leichte depressive Episode...**
(min. 2 Leitsymptome plus 2 weitere Symptome)
 - F32.00: ... ohne somatische Symptome
 - F32.01: ... mit somatischen Symptomen (minimal 4)
- **F32.1x: mittelgradige depressive Episode...**
(min. 4 Leitsymptome plus 3-4 weitere Symptome)
 - F32.10: ... ohne somatische Symptome
 - F32.11: ... mit somatischen Symptomen (minimal 4)
- **F32.2x: schwere depressive Episode...**
(nahezu alle S. in schwerer Ausprägung)
 - F32.2: ... ohne psychotische Symptomen
 - F32.3: ... mit psychotischen Symptomen (Wahn, Halluzinationen oder depressiver Stupor, katatone Symptome)

5.2 Affektive Störungen

Manische Episoden (ICD-10: F30.x)

- **Allgemeines**
 - in reiner Form selten, geringe Prävalenzrate
 - **Zeitdauer:** mehrere Tage bis wenige Monate
 - **Leitsymptome:** unbegründet gehobene Stimmungslage; motorischer und verbaler Aktivitätsdrang; Ideenflucht; Ablenkbarkeit; unrealistische Pläne und Selbstüberschätzung; gesteigerte Geselligkeit, Vertraulichkeit und Libido; erhöhte Selbstöffnungsbereitschaft; reduziertes Schlafbedürfnis; evtl. auch flegelhaftes Benehmen
 - typisch ist plötzlicher Beginn mit starker Symptomeskalation in wenigen Tagen
- **Hypomanie (ICD-10: F30.0)**
 - ... für einige Tage, ggfs. mit abgeschwächter Symptomatik und geringeren beruflichen und sozialen Funktionsbeeinträchtigungen
- **Manie ohne psychotische Symptome (ICD-10: F30.1)**
 - wenigstens 1 Woche oder länger
 - massive berufliche und soziale Funktionsbeeinträchtigungen
- **Manie mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F30.2)**
 - wie F30.1, aber mit (Größen-)Wahn und/oder Halluzinationen
 - in der Regel stationäre Behandlung erforderlich
- **Epidemiologie**
 - **Lebenszeitprävalenz:** ? (aber niedrig und bei Männern etwas häufiger)
 - **Risikoalter für Störungsbeginn:** M = frühes Erwachsenenalter, aber auch Adoleszenz und mittleres Erwachsenenalter

5.2 Affektive Störungen

Depressive Episoden (ICD-10: F32.xx; Major Depression, MD)

- **Allgemeines**
 - diagnostische Leitsymptome und Zeitdauer (min. 2 Wochen): s.o.
 - zu diagnostizieren bei erstmaliger „Major Depression“
- **Differentialdiagnostik**
 - **F32.0x: leichte depressive Episode: min. 2 Leitsymptome plus 2 weitere Symptome**
 - F32.00: ... ohne somatische Symptome
 - F32.01: ... mit somatischen Symptomen (minimal 4)
 - **F32.1x: mittelgradige depressive Episode: min. 4 Leitsymptome plus 3-4 weitere S.**
 - F32.10: ... ohne somatische Symptome
 - F32.11: ... mit somatischen Symptomen (minimal 4)
 - **F32.2x: schwere depressive Episode: nahezu alle S. in schwerer Ausprägung**
 - F32.2: ... ohne psychotische Symptomen
 - F32.3: ... mit psychotischen Symptomen (Wahn, Halluzinationen oder depressiver Stupor, katatone S.)
 - **F32.8: andere depressive Episode** (etwa „lavierte“, „maskierte“ D. mit starker Somatisierung)
- **Epidemiologie** (zusammen mit F33.x: rezidivierende depressive Störungen)
 - **Lebenszeitprävalenz: je nach diag. Kriterium 5%-17% (häufigste psychische Störung)**
 - **erhöhte Prävalenz bei Frauen (F:M = 2,5:1) und in sozial benachteiligten Schichten**
 - **Prävalenz bei nahen Familienangehörigen: erhöht**
 - **Prävalenz im Vorschulalter: < 1%; Schulkinder: 2-3%; Jugendalter: wie bei Erwachsenen**
 - **erhebliche Kulturunterschiede: min. 1,5% in Taiwan, max. 19% in Beirut/Libanon**
 - **1. Risikoalter für Störungsbeginn: frühes und mittleres Erwachsenenalter (20-40 J.)**
 - **2. Risikoalter: Prävalenz von 10%-15% bei über 65-Jährigen**

5.2 Affektive Störungen

Rezidivierende depressive Störungen (ICD-10: F33.xx)

- **Allgemeines**
 - diagnostische Leitsymptome und Zeitdauer (min. 2 Wochen): s.o.
 - zu diagnostizieren bei wiederholter „Major Depression“ (häufigster Fall)
- **Differentialdiagnostik: Rezidivierende depressive Störung mit ...**
 - **F33.0x: ... gegenwärtig leichter Episode ...**
 - F33.00: ... ohne somatische Symptome
 - F33.01: ... mit somatischen Symptomen (minimal 4)
 - **F33.1x: ... mit gegenwärtig mittelgradiger Episode**
 - F33.10: ... ohne somatische Symptome
 - F33.11: ... mit somatischen Symptomen (minimal 4)
 - **F33.2: ... mit gegenwärtig schwerer Episode ohne psychotische Symptome**
 - **F33.3: ... mit gegenwärtig schwerer Episode mit psychotischen Symptomen**
psychotische Symptome: Wahn, Halluzination oder depressiver Stupor, katatone Symptome
 - **F33.4: ... gegenwärtig remittiert**
 - **F38.10: rezidivierende kurze depressive Störung**
etwa 2-3 Tage pro Monat (z.B. im Kontext von N94.0: prämenstruelles Syndrom o.ä.), sonst lethisch
- **Epidemiologie** (zusammen mit F32.x: Depressive Episode)
 - **Lebenszeitprävalenz: je nach diag. Kriterium 5%-17%** (häufigste psychische Störung)
 - erhöhte Prävalenz bei Frauen (F:M = 2,5:1) und in sozial benachteiligten Schichten
 - **Prävalenz bei nahen Familienangehörigen: erhöht**
 - **erhebliche Kulturunterschiede: min. 1,5% in Taiwan, max. 19% in Beirut/Libanon**
 - **1. Risikoalter für Störungsbeginn: frühes und mittleres Erwachsenenalter (20-40 J.)**
 - **2. Risikoalter: Prävalenz von 10%-15% bei über 65-Jährigen**
 - **säkulare Retardation im Kohortenvergleich 1950 / 2000**
 - **Prävalenzanstieg**
 - **niedrigeres M-Alter (25-30 Jahre) bei Störungsbeginn**

5.2 Affektive Störungen

Bipolare Affektive Störungen (ICD-10: F31.xx)

- **Allgemeines**
 - diagnostische Leitsymptome für depressive und manische Episoden: s.o.
 - nach Erstmanifestation: rezidivierende Störung mit ungünstiger Prognose
 - Lombroso (1890): klassisch psychiatrische Hypothese zu „Genie und Irrsinn“
 - **Differentialdiagnostik: Bipolare Affektive Störung mit ...**
 - **F31.0:** ... gegenwärtig hypomanischer Episode (auch „Bipolar-II-Patienten“)
 - **F31.1x:** ... gegenwärtig manischer Episode ... (auch „Bipolar-I-Patienten“)
 - F31.11: ... ohne psychotische Symptome
 - F31.12: ... mit psychotischen Symptomen
 - **F31.3x:** ... gegenwärtig mittelgradiger oder leichter depressiver Episode ...
 - F31.30: ... ohne somatische Symptome
 - F31.31: ... mit somatischen Symptomen (minimal 4)
 - **F31.4:** ... gegenwärtig schwerer depressiver Episode ohne psychotische Symptome
 - **F31.5:** ... gegenwärtig schwerer depressiver Episode mit psychotischen Symptomen
 - **F31.6:** ... gegenwärtig gemischter Episode
 - **F31.7:** ... gegenwärtig remittiert
 - **F38.00: Gemischte affektive Episode** (min. 2 Wochen mit Mischung oder raschem Wechsel der E.)
 - **Epidemiologie** (zusammen mit F32.x: Depressive Episode)
 - **Lebenszeitprävalenz: 1%** (somit eher selten)
 - **F:M = 1:1;** bei Frauen mehr depressive, bei Männern mehr manische Episoden
 - **Risikoalter: häufig erstmals im Jugendalter**
- Prävalenz bei nahen Familienangehörigen: erhöht**

5.2 Affektive Störungen

Anhaltende Affektive Störungen (ICD-10: F34.x)

- **Allgemeines**

- anhaltende, leicht fluktuierende Stimmungsstörungen mit wenig ausgeprägten Episoden
- **Dauer: viele Jahre bis Jahrzehnte; schleichender Beginn mit Chronifizierung**
- **hohes subjektives Leiden sowie berufliche und soziale Beeinträchtigungen, bei Kindern erhebliche schulische Leistungsbeeinträchtigungen**
- **ähnlich zu / klassifizierbar als => Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F60.x)**

- **F34.0: Zykllothymia**

- **anhaltende Stimmungsinstabilität mit vielen Perioden leichter Depression und Hypomanie ohne dass die diagnostischen Kriterien dafür erreicht werden sowie evtl. auch lethische („vergessen“) Zwischenphasen mit normaler Stimmung**
- **manchmal komorbid mit ausgeprägten depressiven oder manischen Episoden**
- **Epidemiologie**
 - **Lebenszeitprävalenz: ca. 0,4% - 1% mit F:M = 1:1;**
 - **Risikoalter: Jugendalter und frühes Erwachsenenalter**
 - **Prävalenz bei Verwandten 1. Grads: erhöht**
 - **Risiko für Entwicklung einer Bipolare Affektive Störung: 15%-50%**

- **F34.1: Dysthymia**

- **anhaltende depressive Verstimmungen, z.T. mit lethischen Zwischenphasen**
- **manchmal komorbid mit ausgeprägten depressiven Episoden („Doppelte Dep.“)**
- **Epidemiologie**
 - **Lebenszeitprävalenz: ca. 6%; 1-Jahres-Prävalenz: 3%**
 - **W:M = 1:1 in Kindheit; F:M = 2,5:1**
 - **Risikoalter: Kindheit, Jugendalter, frühes Erwachsenenalter**
 - **Prävalenz bei Verwandten 1. Grads: erhöht**

- **F34.8: andere anhaltende affektive Störungen**

5.2 Affektive Störungen

andere affektive Störungen

- **Seasonal Affective Disorder (SAD)**
 - „Winterdepression“
 - **saisonal abhängige bipolare und unipolare affektive Störungen mit Möglichkeit der Zusatz-Kodierung in ICD-9**
 - **in ICD-10: zumeist F33.0x - rez. depressive St. mit gegenw. leichter Episode**
 - **Epidemiologie**
 - **Prävalenz hängt ab von**
 - (höherem) Breitengrad
 - **Alter: frühes Erwachsenenalter**
 - **Geschlecht - F:M = 7,5:1**
 - **These: durch Tageslicht-Reduktion sinkt Serotoninproduktion im Hypothalamus**
 - **Intervention: „Licht-Therapie“**
 - **mit Intensitäten von 300 bis zu 10.000 Lux bis zu mehreren Stunden täglich**
 - **zielt auf die Stabilisierung des Serotonin-Stoffwechsels ab**
- **„Sissi-Syndrom“ bei ca. 3 Millionen Deutschen?**
 - **Erfindung einer PR-Agentur (PR-Firma Wedopress/Oberursel) für die Massenmedien (Illustrierten und „Wartezimmer-Journale“) ...**
... oder ...
 - **... Variante der Hypomanie (F30.0) bzw. der bipolaren affektiven Störung mit hypomanischen Episoden (Bipolar-II-Patienten; F31.0)?**

5.2 Affektive Störungen: Ätiologie

Psychologische Ansätze zur Ätiologie

• Psychoanalytische Theorie

- **Freud (1917): Depression basiert auf oraler Fixation (Lebensmotto „*I get ... and I am always disappointed by others and myself*“) durch zu starke vs zu geringe Befriedigung mit komplexer Psychodynamik:**

- Trennungs- und/oder Liebesentzugserfahrungen in oraler Phase führen zunächst zur *Introjektion* (Verinnerlichung) des Verlorenen (des Objekts, der Person)
- darauf folgt die *Identifikation* mit dem Objekt der Trauer (der Person, die vermisst, da geliebt wird, aber wegen der Trennung/dem Entzug auch negative Gefühle auslöst)
- wodurch der Trauernde durch die *Introjektion* zum Objekt des eigenen Hasses oder der eigenen Wut wird
- was dadurch gesteigert wird, dass das Kind die Trennung/den Entzug der Person übel nimmt
- und dass *Schuldgefühle* beim Gedanken an das wirkliche oder eingebildete Böse entstehen, das das Kind dem verloren Menschen angetan hat ...
- nach dieser Phase der Introjektion folgt die *Phase der Trauerarbeit* (positiver Fall: Bindungen an verlorene Person werden über Erinnerungen gelöst)
- Trauerarbeit missglückt bei *abhängigen Menschen (orale Fixation)* und mündet in einen Prozess der Selbstverachtung, Selbstbeschuldigung und Depression, da sie jede erinnerte und introjizierte Unzulänglichkeit des verlorenen Menschen quält
- Zorn des Trauernden auf den Verlorenen bleibt nach innen gerichtet = Zorn auf sich selbst = Depression

- **(Hypo-)Manie basiert auf Fixation in ödipaler (früh-genitaler) Phase**

- **hysterischer Charakter, übersteigter Narzissmus (Lebensmotto „*I am a star ...*“)**
 - => Kognitiv-behaviorale Theorie der Depression => ff
 - => Interpersonale Theoriefacetten der Depression => ff
 - => Biologische Theorien zu Affektiven Störungen => ff

5.2 Affektive Störungen: Ätiologie

Psychologische Ansätze

- Psychoanalytische Theorie der Depression: s.o.
- **Kognitiv-behaviorale Theorie der Depression**
 - **Beck (1964): sogen. kognitive Theorie (und Therapie) der Depression => Abb.**
 - **verzerrte Kognitionen: willkürliches Schlussfolgern, selektive Abstraktion, Übergeneralisierung, Minimierung und Maximierung als typische „kognitive Symptome“**
 - **kognitive Triade der D.: negative Ansichten und Erwartungen über (1) sich selbst (Selbstwert), (2) die Umwelt (Misstrauen) und (3) die Zukunft (Hoffnungslosigkeit)**
 - **Seligman et al. (1974, 1978): Varianten der Hilflosigkeitstheorie der D. => Abb.**
 - **1. behaviorale Lerntheorie der gelernten Hilflosigkeit: klass. Konditionieren**
 - **2. kognitive Attributionstheorie der gelernten Hilflosigkeit: Attributionsstil als Diathese**
 - **3. kognitive Theorie der Hoffnungslosigkeits-Depression: Attributionsstil, negativer oder instabiler Selbstwert oder auch Maximierung negativer Erlebnisse als Diathesen**
- **Interpersonale Theoriefacetten der Depression => Abb.**
 - **Lewinsohn, 1974: IPT-Theorie der Verstärkerverluste wegen mangelnder sozialer Unterstützung, Ablehnungserfahrungen, Partnerschaftskonflikten, mangelnden *social skills*, beständiger Suche nach Bestätigung ... als Ätiologie-relevante und/oder aufrechterhaltende Faktoren der Depression**
- **Psychologische Theoriefacetten der (Hypo-)Manie**
 - **Lebensbelastungen als Auslöser (hypo-)manischer Episoden: wenig Belege**
 - **(hypo-)manische Episode als Abwehr gegen den schwächenden psychischen Zustand nicht nur in der Depression, sondern allgemein (auch in remittierten Phasen) zur Abwehr (Überspielung) mangelnder Selbstachtung (bestätigt in indirekten Inferenztests, nicht in direkten Fragebogenerhebungen!)**

5.2 Affektive Störungen: Ätiologie

Psychologische Ansätze: s.o.

Biologische Theorien zu Affektiven Störungen

- **Genetische Faktoren**

- **Konkordanzraten?**

- erhöht bei Patienten mit bipolarer Störung für Verwandte 1. Grades: 10% - 25%
- erhöht für bipolare Störungen bei EEZ ca. 72%, bei ZEZ ca. 14%
- kaum erhöht für unipolare affektive Störungen

- **molekulargenetische Kopplungsstudien (linkage studies) des Erbguts?**

- bislang widersprüchliche Befunde zur Existenz eines dominanten Gens auf dem 11., 18. und/oder 21. Chromosom ...

- **Neurochemische Faktoren => Abb.**

- **Neurotransmitter Noradrenalin und Serotonin?**

- **Noradrenalin-Theorie:** niedriger N.-Spiegel kovariiert mit Depression, hoher mit Manie
- **Serotonin-Theorie:** niedriger S.-Spiegel kovariiert mit Depression
- **Pharmakastudien weisen z.T. konsistente, z.T. widersprüchliche Befunde auf und deuten auf erheblich komplexere Zusammenhänge (z.B. lindert *Lithium* in beiden Phasen bipolarer Störungen die Symptome)**

- **Neuroendokrines System: HHNA? => ff**

- **Neuropsychologie => ff**

5.2 Affektive Störungen: Ätiologie

Psychologische Ansätze: s.o.

Biologische Theorien zu Affektiven Störungen

- Genetische Faktoren: s.o.
- Neurochemische Faktoren: s.o.
- **Neuroendokrines System**
 - **Überaktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA)?**
 - **Hypothalamus-Hormone => Hypophysen-Hormone <=> vegetative Symptome der Depression (wie Appetit- und Schlafstörungen)**
 - **übermäßige Thyreotropin-Releasing-Hormone (TRH) des Hypothalamus <=> erhöhter Kortisolspiegel bei Depressiven <=> Vergrößerung den Nebennieren**
 - **wiss. Gegenposition: Überaktivität der HHNA ist nur Ausdruck einer unspezifischen Stressreaktion**
 - **Schilddrüse: Hypothalamus-Schilddrüsen-Achse <=> bipolare Störung?**
 - **Schilddrüsenhormone können bei bipolaren Störungen eine Manie auslösen**
- **Neuropsychologie**
 - **strukturelle und funktionale Spezifika spezifischer Cortex-Regionen**
 - **EEG-Studien => Abb.**
 - **Studien mit bildgebenden Verfahren => Abb.**

5.2 Affektive Störungen

Prognose und Behandlung Affektiver Störungen

Allgemeines

- **unipolare und bipolare affektive Störungen sind rezidivierend**
- **Major Depression**
 - etwa 80% der Pat. mit erstmaliger Major Depression erleiden weitere (M = 4) Episoden mit einer typischen Dauer von 3-5 Monaten
 - bei etwa 12% der Pat. mit einer Major Depression tritt Chronifizierung auf (Dauer > 2 Jahre)
 - bei behandelten Pat. (remittiert) bleibt häufig eine subklinische Symptomatik erhalten
- **Bipolare affektive Störungen**
 - über 50% der Pat. erleiden 4 oder mehr Episoden, wobei lange depressive und erheblich kürzere (hypo-)manische Episoden typisch sind
 - 1 Jahr nach stat. Behandlung: 76% der Pat. noch beeinträchtigt, 52% der Pat. volle Symptomatik
- **Achtung: massiv erhöhte (Para-)Suizid-Rate**

Psychologische Behandlungsverfahren

- **Psychodynamische Therapien: Aufdeckend**
 - Psycho-Analyse des nach innen gewendeten (introjizierten) Zorns: Karthasis (Zorn ausagieren), Förderung der Regression, Analysen freier Assoziationen
 - Ziele: Einsicht in verdrängten Konflikt, in mangelnde Zuneigung der Eltern als Ursache (Störungsmodell), in die Irrationalität der Schuldgefühle, in belastende Kindheitserlebnisse
 - **Behandlungsprognose: wenige und widersprüchliche Wirksamkeitsnachweise**
 - Psychodynamische Interpersonale Therapie: => ff
 - Kognitiv-Behaviorale Therapie: Veränderung dysfunktionaler Denkschemata: => ff
 - Training sozialer Fertigkeiten: Selbstsicherheit optimieren: => ff
 - Selbstkontrollansätze: => ff
 - andere psycholog. Ansätze (Klient-zentrierte PT, Bibliothherapie, „Be-friending“, Sport): => ff
 - Spezifika der psychologischen Behandlung bipolarer Störungen: => ff
- Invasive (psychopharmakologische) Behandlung: => ff

5.2 Affektive Störungen

Prognose und Behandlung Affektiver Störungen

Allgemeines: s.o.

Psychologische Behandlungsverfahren: s.o.

– Psychodynamische Therapien: Aufdeckend: s.o.

- **Psychodynamische Interpersonale Therapie (IPT; nach Klerman & Weissman, 1984)**
 - **Analyse der Widersprüche zwischen aktuellem interpersonalem Verhalten und den gewünschten (erfüllenden) sozialen Beziehungen; nicht intra-, sondern interpersonal orient.**
 - **Behandlungsprognose: erste gute Belege für Linderung unipolarer Depressionen und für die Aufrechterhaltung des Behandlungserfolgs bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen**
 - **Kognitiv-Behaviorale Therapie: Veränderung dysfunktionaler Denkschemata**
 - **Beck (1964): „Kognitive Therapie“ zur Umstrukturierung selbst- und umweltbezogener Bewertungs- und Erwartungskognitionen durch Konfrontation, Persuasion, angeleitete Selbstbeobachtung „innerer Monologe“ sowie zahlreiche aktivierende „Hausaufgaben“**
 - **Behandlungsprognose: viele gute Wirksamkeitsnachweise bei Erw. und Jugendlichen**
 - **nach einer großen Studie (1977) ähnliche Wirksamkeit wie ITP und Antidepressiva (Imipramin in klinischer Betreuung) und alles besser als Placebo-Gruppe (Placebo-Medikament in klinischer Betreuung und Unterstützung)**
 - **Ellis (1962): Rational-Emotive Therapie (RET) zur Modifikation „irrationaler Kognitionen“**
 - **Training sozialer Fertigkeiten: verhaltensorientiert Selbstsicherheit optimieren**
 - **Lewinsohn (1974) u.a.: Selbstsicherheitstraining in Gruppensetting zu konkreten *social skills* mit 12 Gruppensitzungen (dt.: Herrle & Kühner, 1994)**
 - **Behandlungsprognose: 1 Beleg für gleiche Wirksamkeit wie Kognitive Therapie**
 - => Selbstkontrollansätze: Selbstkontrolle und „coping“ optimieren: => ff
 - => andere psychologische Behandlungsansätze: => ff
 - => Spezifika der psychologischen Behandlung bipolarer Störungen: => ff
- => Invasive (psychopharmakologische) Behandlung: => ff

5.2 Affektive Störungen

Prognose und Behandlung Affektiver Störungen

Allgemeines: s.o.

Psychologische Behandlungsverfahren: s.o.

- Psychodynamische Therapien: Aufdeckend: s.o.
- Psychodynamische Interpersonale Therapie: s.o.
- Kognitiv-Behaviorale Therapie: s.o.
- Training sozialer Fertigkeiten: s.o.

- **Selbstkontrollansätze: Selbstkontrolle und „coping“ optimieren**
 - **Kanfer (1971), Rehm (1977): Veränderung dysfunktionaler Selbstmanagement-Prozesse durch Training von Selbstbeobachtung, -bewertung, -verstärkung ...**
 - **McLean (1981): Veränderung (sozialen) „coping“-Verhaltens durch Kommunikations- und Problemlösetraining**
- **andere psychologische Behandlungsansätze**
 - **Klient-zentrierte PT: ähnliche leichte Symptomreduktion wie „ärztliche Routinebetreuung“ bei Erhöhung der Patientenzufriedenheit (im Vergleich zur Pharmakotherapie)**
 - **Bibliotherapie: massive Symptomlinderung bei leichten / mittelgradigen depr. Episoden**
 - **„Be-friending“ (freundschaftliche Gespräche): dito**
 - **Sport und körperliche Aktivierung: eher „outcome“-Kriterium als Behandlungsmethode**
- **Spezifika der psychologischen Behandlung bipolarer Störungen**
 - **Einsatz kognitiv-behavioraler Therapiemethoden, von Psychoedukation (compliance, Alltagsgestaltung etc.) und Aufklärung von Angehörigen**
 - **Behandlungsprognose: bedeutsame Effekte auf Medikations-„compliance“, Unterstützung durch Angehörige und Freunde sowie Krankheitsverarbeitung**
 - **systemische Behandlung / Familientherapie: Analyse der Zusammenhänge zwischen Episoden und den Beziehungen zu anderen**
 - **bei ausgeprägt-manischem Risikoverhalten: ggfs. Anregung einer Betreuung**

5.2 Affektive Störungen

Tabelle 1: Psychologische Ansätze zur Therapie depressiver Störungen

Therapieansatz	Spezifisches Therapieziel	Therapieelemente
<i>Verhaltensorientierte Ansätze</i> sensu Lewinsohn	Veränderung von inadäquaten Verhaltens-Verstärker-Kontingenzen	Kontingenzmodifikatorische Partner- und Familientherapie, Training sozialer Skills; Aktivitätspläne ...
sensu Wolpe	Veränderung von negativen emotionalen Reaktionsmustern	Systematische Desensibilisierung; Assertionstraining ...
<i>Kognitiv orientierte Ansätze</i> sensu Beck	Veränderung von negativen kognitiven Schemata	Identifikation -automatischer- Gedanken und genereller Einstellungsverzerrungen, gelenktes Fragen; Hausaufgaben; Gedanken- und Aktivitätsprotokolle ...
sensu Seligman	Veränderung von negativen Kontrolleinstellungen und Attributionstendenzen	Reattributionstraining ...
<i>Selbstkontroll- und Streißbewältigungsansätze</i> sensu Rehm	Veränderung von inadäquaten Selbstkontrollprozessen	Training von Selbstbeobachtung, Selbstbewertung und Selbstverstärkung ...
sensu McLean	Veränderung von inadäquaten Problembewältigungsstrategien, speziell im sozialen Bereich	Kommunikationstraining, Problemlösetraining ...
<i>Interpersonell orientierte Ansätze</i> sensu Klerman und Weissman	Veränderung von inadäquaten Problembewältigungsstrategien im sozialen Bereich	Identifikation problemrelevanter Emotionen und Kognitionen, Verbesserung inadäquater Kommunikationsmuster ...

5.2 Affektive Störungen

Prognose und Behandlung Affektiver Störungen

Allgemeines: s.o.

Psychologische Behandlungsverfahren: s.o.

- Psychodynamische Therapien: Aufdeckend: s.o.
- Psychodynamische Interpersonale Therapie: s.o.
- Kognitiv-Behaviorale Therapie: Veränderung dysfunktionaler Denkschemata: s.o.
- Training sozialer Fertigkeiten: Selbstsicherheit optimieren:s.o.
- Spezifika der psychologischen Behandlung bipolarer Störungen: s.o.

Invasive (psychopharmakologische) Behandlung

• Elektrokrampftherapie (EKT)

- **Vorläufer im MA bis 19. Jahrhundert: Schüttelgalgen und Tollriemen**
- **Parallelentwicklung: chemische Schocktherapie (Kardiozol, Insulin)**
- **Cerletti & Bini (1938): „experimenteller epileptischer Anfall“ durch laterale E-Schocks**
- **starke Verbreitung der bilateralen EKT in stat. Behandlung von Schizophrenen und „psychotisch“ Depressiven bei Wachbewusstsein => totaler Muskelkrampf, z.T. sogar Knochenbrüche**
- **heute: Indikation der unilateralen EKT (70-130 Volt auf nicht-dominante Hemisphäre) bei schwer depressive Pat. unter kurzfristigem Anästhetikum und Muskelrelaxans**
- **Wirkmechanismen der EKT: unbekannt**
- **Risiko von Nebeneffekten: anhaltende Verwirrung, anhaltende Amnesien**
- **Behandlungsprognose: hilft häufig schwere depressive Episode zu beenden; nach zwei RCT wirksamer als Scheinbehandlung**
- **ethisches Abwägen des Arztes zwischen Risiken und potentiellm Effekt**

- Psychopharmakabehandlung => ff

gkrampen

5.2 Affektive Störungen

Prognose und Behandlung Affektiver Störungen

Psychologische Behandlungsverfahren: s.o.

Invasive (psychopharmakologische) Behandlung

- Elektrokrampftherapie (EKT): s.o.

• **Psychopharmakabehandlung: 3 Hauptgruppen von Antidepressiva**

- **Trizyklische Antidepressiva wie Imipramin (Tofranil®) und Amitriptylin (Saroten®)**
- **Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer: Fluoxetin (Fluction®) und Sertralin (Zolof®)**
 - relativ gesehen mit den wenigsten Nebenwirkungen und weniger gut für Suizidversuche geeignet
- **Monoaminoxidase-Hemmer (MAO-Hemmer) wie Tranylcypromin (Parnat®) und Maclobemid (Aurorix®)**
 - wegen stärksten Nebenwirkungen am seltensten appliziert
- **Behandlungsprognose: gleichartige klinische Wirksamkeit bei Erwachsenen für alle 3 Gruppen belegt, bei Kindern keine Wirksamkeit**
- **mehr oder weniger viele, unangenehme Nebenwirkungen**
- **hohes Rückfallrisiko nach Absetzen**
 - häufig keine Dauermedikation wegen Nebenwirkungen
 - bei medikamentöser Erhaltungstherapie mit Antidepressiva Reduktion des Rezidivrisikos
- **typische Nebenwirkungen: Zittern, Herzrasen, Bluthochdruck, Gewichtszunahme, gastrointestinale Beschwerden, trockener Mund, Herzinfarkt u.a.m. => Abb.**
- **ca. 50% der Patienten brechen Medikation wegen Nebenwirkungen ab**
- **Kombinationsbehandlung aus Medikation und psychosozialen/kognitiv-behavioralen Interventionen zur Maximierung von Medikations-, „compliance“ und Krankheitsverarbeitung sowie Rückfallrisiko-Reduktion**
- **Lithium bei Pat. mit bipolaren affektiven Störungen mit guten Wirkungen in manischen und in depressiven Episoden zur Symptomlinderung (80%-Responser)**
 - wegen langsamen Wirksamkeitsauftritt zuerst in Kombination mit Antidepressiva oder Neuroleptika
 - **Achtung: massive Nebenwirkungen möglich (!) => Abb.; erhöhtes Rückfallrisiko nach Absetzen (!)**
- **Johanniskraut-Derivate (Hypericum perforatum) bei leichten bis mittelgradigen depressiven Episoden und längerfristiger, relativ hoher (!) Medikation wirksamer als Placebo**

5.2 Affektive Störungen: Exkurs zu Suizidalität

Vorsätzliche Selbstschädigung: Suizid, Parasuizid (ICD-10: X60-X84)

Allgemeines

- **Zusatzkodierung (Zusatz- oder Nebendiagnose) in ICD-10-Kapitel XIX: Verletzungen, Vergiftungen und andere Folgen äußerer Ursachen**
- **ICD-10: X60-X84 - „Vorsätzliche Selbstbeschädigung, einschließlich vorsätzlich selbstzugefügter Schädigung und Suizid)“**
- **dabei keine Unterscheidung nach Parasuizid und Suizid**
- **Suizidalität und Parasuizid**
 - **Leitsymptom depressiver Störungen: 15% der Pat. mit einer Depression begehen Suizid**
 - **auch bei zahlreichen anderen psychischen Störungen: vor allem bei Borderline Persönlichkeitsstörung, Alkoholabhängigkeit, Schizophrenie**

Differentielle Zusatzkodierung

- **X60: vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber nicht narkotischen Analgetika, Antipyretika und Antirheumatika**
- **X61: vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber Antikonvulsiva, Sedativa, Hypnotika, Antiparkinsonmittel und psychotropen Substanzen nicht andernorts klassifiziert (incl. Antidepressiva, Barbiturate, Tranquilizer, Stimulantien)**
- **X62: vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber Narkotika und Psychodysleptika**
- **X63: vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber anderen Arzneimitteln und Substanzen mit Wirkung auf das ANS**
- **X64: vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber anderen NNB Arzneimitteln und biologisch aktiven Stoffen**
- **X65: vorsätzliche Selbstvergiftung durch Alkohol**
- **X66: vorsätzliche Selbstvergiftung durch Erdölprodukte, andere Lösungsmittel / Dämpfe => ff**

5.2 Affektive Störungen: Exkurs zu Suizidalität

Vorsätzliche Selbstschädigung: Suizid, Parasuizid (ICD-10: X60-X84)

Differentielle Zusatzkodierung ff

- **X67: vorsätzliche Selbstvergiftung durch andere Gase und Dämpfe (Kohlemonoxid, HH-Gas)**
- **X68: vorsätzliche Selbstvergiftung durch Insektizide, Herbizide und andere Schädlingsbekämpfungsmittel**
- **X69: vorsätzliche Selbstvergiftung durch andere und NNB Chemikalien und Giftstoffe (Säuren)**
- **X70: vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Erhängen, Erdrosseln und Erstickten**
- **X71: vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Eintauchen in Wasser**
- **X72: vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Faustfeuerwaffen**
- **X73: vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Gewehr, Schrotflinte und schwere Feuerwaffe**
- **X74: vorsätzliche Selbstbeschädigung durch andere NNB Feuerwaffe**
- **X75: vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Explosivstoffe und -vorrichtungen**
- **X76: vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Feuer und Flammen**
- **X77: vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Wasserdampf, heiße Dämpfe und heiße Objekte**
- **X78: vorsätzliche Selbstbeschädigung durch scharfen Gegenstand**
- **X79: vorsätzliche Selbstbeschädigung durch stumpfen Gegenstand**
- **X80: vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Sturz aus der Höhe**
- **X81: vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Sprung oder Sichlegen vor einen sich bewegenden Gegenstand**
- **X82: vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Unfall mit einem Kraftfahrzeug**
- **X83: vorsätzliche Selbstbeschädigung auf sonstige näher bezeichnete Art und Weise (wie Unfall mit Luftfahrzeug, Stromtod, extreme Kälte)**
- **X84: vorsätzliche Selbstbeschädigung auf NNB Weise**

5.2 Affektive Störungen: Exkurs zu Suizidalität

• Ethisch-normative Fragen zum Menschenbild

- **Klassische Antike: „Freitod“** wurde nicht verurteilt, aber beklagt
- **Augustinus (4. Jahrh.):** Selbsttötung ist Verbrechen, da Verstoß gegen 6. Gebot
- **Thomas v. Aquin (13. Jahrh.):** Suizid ist Todsünde, da Mensch sich damit Gottes Macht über Leben und Tod anmaße - Suizidverbot (Dogma der kath. Kirche)
- **in einigen Staaten (GB bis 1961; einige US-Staaten) ist Suizid ein R.-Vergehen**
- **Beihilfe zum Suizid gilt in den meisten Staaten als Verbrechen**
 - **ethische Diskussion: passive und aktive Sterbehilfe**
 - **ethische Diskussion: „letzter freier Wille“ vs Todsünde oder Verstoß gegen Natur**
 - **def. Suizid: Handlung mit Todesfolge, die mit Absicht durchgeführt wird und nicht Ausdruck von persönlicher Freiheit, sondern von Hoffnungslosigkeit ist**

• Epidemiologie

– Suizidrate

- **BRD: ca. 12.000 Suizide pro Jahr; WHO-Schätzung für die Erde: 1 Mill./Jahr**
- **Suizidrate in Europa: ca. 15:100.000; bei > 75-Jährigen: ca. 29:100.000**
- **Suizid: in EU bei Erw. 9. häufigste Todesursache, bei Jugendlichen die 2. häufigste Todesursache (häufigste: Unfälle)**
- **Vermutung einer erheblichen Dunkelziffer (Verkehrstote, Vergiftungen)**
- **ca. 50% der Suizidenten haben vorher wenigstens einen Suizidversuch unternommen**
- **Risikofaktoren**
 - **Frauen : Männer = ca. 1:4,5 (M: „härtere“, letal-riskantere Methoden)**
 - **„geschieden/verwitwet“ : „verheiratet“ = ca. 4,5:1**
 - **erhöhte Prävalenz bei Berufsgruppen: Psychiater, andere Ärzte, Anwälte, Psychologen (vor allem Frauen), Vollzugsbeamte, Musiker**
 - **erhöhte Prävalenz bei körperlichen Erkrankungen wie MS, AIDS, Krebs**
 - **erhöhte Prävalenz in Zeiten wirtschaftlicher Rezession und Kriegszeiten**
 - **erhöhte Prävalenz bei Homosexuellen**

5.2 Affektive Störungen: Exkurs zu Suizidalität

- Ethisch-normative Fragen zum Menschenbild: s.o.
- **Epidemiologie ff**
 - Suizidrate: s.o.
 - **Parasuizid**
 - **Europa: ca. 8 Mill. Parasuizide/Jahr; weltweit: ca. 20 Mill./Jahr**
 - **Verhältnis Parasuizid : Suizid liegt bei ca. 200:1**
 - **Mehrheit der Parasuizidenten begeht keinen weiteren Parasuizid**
 - **Frauen : Männer = ca. 3:1 (F: „weichere“, letal weniger riskante Methoden)**

- Theoriefacetten zum Suizid => ff
- Suizidprognose => ff
- Suizidprävention => ff
- Klinische und ethische Regeln beim Umgang mit Suizid => ff

5.2 Affektive Störungen: Exkurs zu Suizidalität

- Ethisch-normative Fragen zum Menschenbild: s.o.
- Epidemiologie: s.o.
- **Theoriefacetten zum Suizid**
 - **S. Freud (1907): Introjektionstheorie des Suizids: Selbst-Mord in Folge von Zorn/Wut auf sich selbst (Basis: Introjektionstheorie der Depression => Aggressivität gegen verlorene Person richtet sich auf eigene Person)**
 - **E. Durkheim (1897): soziohistorische Suizid-Typologie**
 - egoistischer Suizid in Folge sozialer Entfremdung (keine soz. Bindungen/soc. support)
 - altruistischer Suizid als Reaktion auf Ansprüche der Gesellschaft (sich opfern für sie)
 - anomischer Suizid in Folge von Wertverlust und Desorientierung aufgrund starker gesellschaftl. Veränderungen oder Veränderung der pers. Beziehung zur Gesellschaft
 - **Mintz (1968): Inhaltsanalysen von Abschiedsbriefen etc. weisen auf höchst unterschiedliche Suizidmotive (nicht nur Stress und Hoffnungslosigkeit)**
 - **Phillips (1974): Steigerung der Suizidrate in Folge von allgemeinen Medienberichten und speziellen („Die Leiden des jungen Werthers“; Marilyn Monroe)**
 - **Baumeister (1990): Suizid als Flucht vor schmerzhaftem Selbsterleben wegen Erfolglosigkeit, eigenen Mängeln, Minderwertigkeitsgefühlen**
 - **Konzept des „erweiterten Suizid“: andere mitnehmen ...**
 - **Shneidman (1973): „Suizid auf Raten“ durch selbstschädigendes Verhalten**
 - **Shneidman (1985): Suizid als Problemlösen**
 - **10 häufige Merkmale des Suizids, der fast immer ein bewusster, zielgerichteter, aber auch stets ambivalenter Versuch sei, ein sehr leidvolles Problem zu lösen (das Problem kann, muss aber keine psychische Störung sein) => Abb.**
- Suizidprognose => ff
- Suizidprävention => ff
- Klinische und ethische Regeln beim Umgang mit Suizid => ff

5.2 Affektive Störungen: Exkurs zu Suizidalität

- Ethisch-normative Fragen zum Menschenbild: s.o.
- Epidemiologie: s.o.
- Theoriefacetten zum Suizid: s.o.

• Suizidprognose

- **Beck et al. (1974): „Hopelessness Scale“ (H-Scale) als empirisch stärkerer Prädiktor von Suiziden und Parasuiziden als Depressivität**
 - dt. Skalen zur Erfassung der Hoffnungslosigkeit (H-Skalen; Krampen, 1994) => Studie
- **Linehan (1985): „Reasons for Living“-Fragebogen (RFL) mit guter Differenzierung zwischen suizidgefährdeten und nicht suizidgefährdeten Probanden**
- **Neuringer (1964): Rigidity - Suizidgefährdete gehen rigide mit Problemen um und sind weniger flexibel in ihrem Denken ...**
 - Schaie (1956), Krampen (1977): Fragebogen zur behavioralen Rigidity (TBR-FR)
 - Brandtstädter & Renner (1998): TEN-FLEX-Skalen

• Suizidprävention

- **indirekt über Behandlung der zugrundeliegenden psychischen Störung**
 - bislang jedoch keine empirischen Belege dafür, dass durch psychotherapeutische oder pharmakologische Primärbehandlung auch eine gegebene Suizidalität reduziert wird
- **direkte Behandlung der Suizidalität**
 - **Shneidman (1985): nach seinem „Problemlöse-Ansatz des Suizid“ stehen die besonderen Merkmale Suizidaler (ohne Pathologisierung) im Vordergrund**
 - 1. Versuche, starkes psychisches Leid zu mindern
 - 2. eingeschränkten Blickwinkel öffnen, Scheuklappen nehmen
 - 3. Ermunterung, (in der Ambivalenz des Suizidalen), etwas von der S. Abstand zu nehmen

– **Zentren zur Suizidprävention (Hotlines): => ff**

- Klinische und ethische Regeln beim Umgang mit Suizid => ff

5.2 Affektive Störungen: Exkurs zu Suizidalität

- Ethisch-normative Fragen zum Menschenbild: s.o.
- Epidemiologie: s.o.
- Theoriefacetten zum Suizid: s.o.
- Suizidprognose: s.o.

- **Suizidprävention ff**
 - indirekt über Behandlung der zugrundeliegenden psychischen Störung: s.o.
 - direkte Behandlung der Suizidalität (Shneidman, 1985): s.o.
 - **Zentren zur Suizidprävention (*Hotlines*)**
 - **Laien-Krisenberatung unter Supervision**
 - 1. Risikobewertung aufgrund demographischer Faktoren
 - 2. „Tuning in“ (einstimmen): Empathische Herstellung eines persönlichen Kontakts
 - 3. direktes Thematisieren der Suizidalität nach dem Ansatz von Shneidman (1985)
 - bislang keine abgesicherten Wirksamkeitsnachweise (etwa keine S.-Reduktion nach Einführung von „*hotlines*“ o.a. in Kommunen)
 - **Achtung:** „Hilflosigkeit der Helfer/innen“ - *occupational stress*, Schuldgefühle, Grübeln, Ärger etc. nach S. bei Nothelfern/innen mit erheblichen „*burnout*“-Gefahren
 - **Klinische und ethische Regeln beim Umgang mit Suizid**
 - gesetzliche und ethische Vorgaben verpflichten jeden zur Hilfeleistung bei Selbstschadungsversuchen
 - in professionellen Beziehungen: u.a. Pflicht zu angemessenen Vorsichtsmaßnahmen
 - Strafverfolgung und „Kunstfehler“-Prozesse bei Unterlassung notwendiger und angemessener Vorsichtsmaßnahmen
 - ethische Fragen im Zusammenhang mit
 - Vertraulichkeit/Schweigegebot versus Information von Bezugspersonen
 - Willensfreiheit des Menschen versus Zwangseinweisung nach dem „Unterbringungsgesetz“
 - Willensfreiheit versus Medikation (Sedierung)
 - **th. Leitlinien für Umgang mit suizidgefährdeten Personen (z.T. auch allg.) => Abb.**