

Affektive Störungen Intensivkurs



Studienheft
Kurs C



Unterlagen sind entwickelt worden von Dr. Robert Rohmfeld. Inhalte © Robert Rohmfeld
Heft Copyright © Heilpraktiker Psychotherapie Schule
Alle Rechte vorbehalten.
Reproduktion in jeglicher Form, auch auszugsweise, ist nicht erlaubt.
2. Auflage Stand 01/2022

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis..... Fehler! Textmarke nicht definiert.

F30 – F39: Affektive Störungen 4

Definition:..... 4

Wie entstehen affektive Störungen (affektive Psychosen)?..... 5

Formen affektiver Störungen 5

Manische Episode (ICD-10; F30) 6

Definition 6

Psychopathologie 6

Epidemiologie 7

Verlauf und Prognose 7

Therapie 8

Bipolare affektive Störung (ICD-10; F31).....

Definition.....

Psychopathologie

Differentialdiagnose

Epidemiologie.....

Verlauf und Prognose

Therapie

Depressive Episode (ICD-10; F32)

Definition.....

Psychopathologie

Subtypen/Sonderformen der depressiven Episode.....

Melancholische Depression, Melancholie, somatisches Syndrom:.....

Saisonale Depression (saisonal abhängige Depression, SAD) :.....

Psychotische Depression:

Atypische Depression:

Ängstlich-agitierte Depression:

Affektive Störungen im Wochenbett.....

Diagnose und Kriterien.....

Komplikationen:

Rezidivierende depressive Störung (ICD-10; F33)

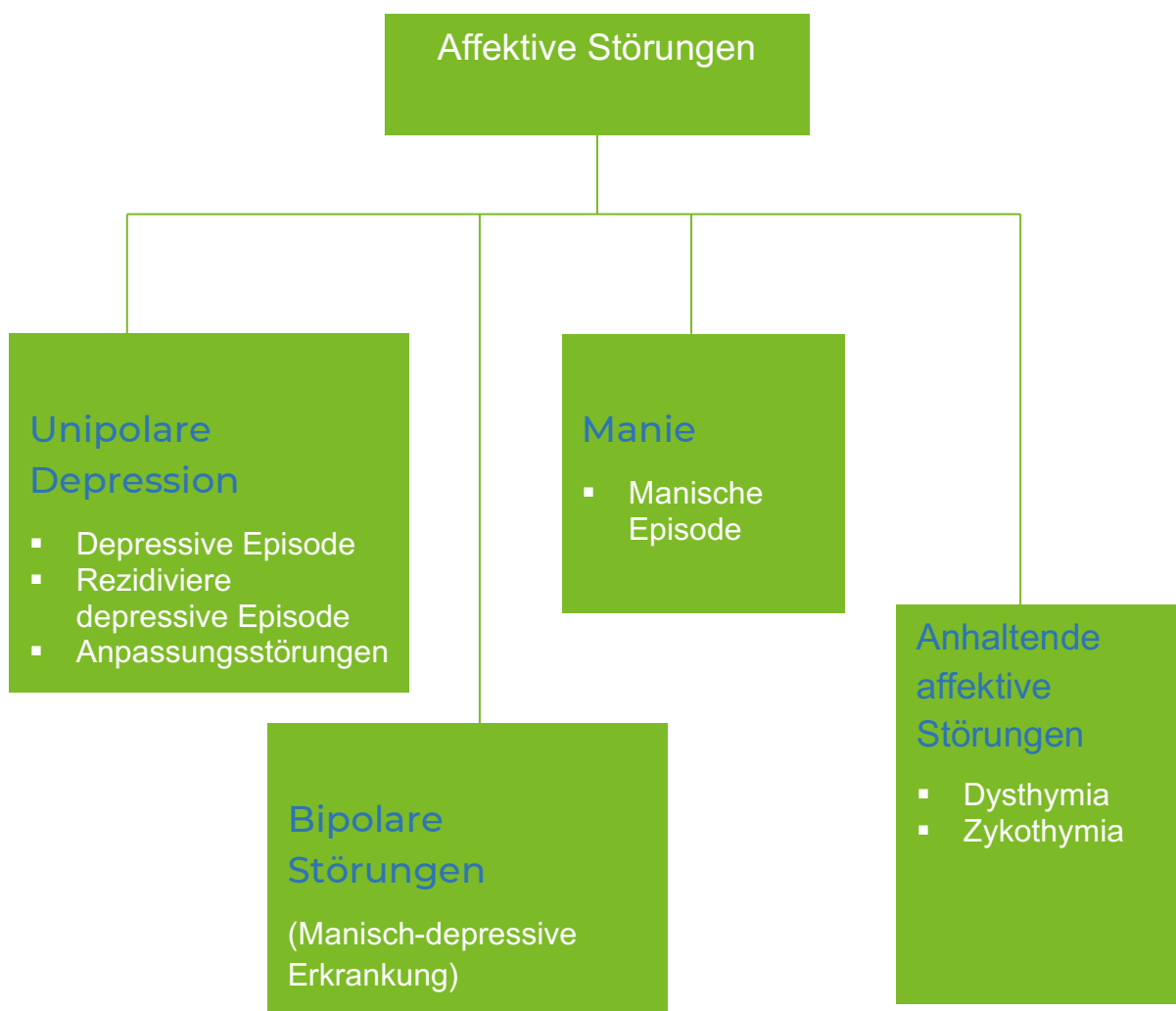
F30 – F39: Affektive Störungen

Definition:

Affektive Störungen sind gekennzeichnet durch Verstimmungen depressiv-gehemmter (Depression) oder manisch-erregter Art (Manie). Sie treten phasenhaft auf, d.h. zeitlich abgrenzbar innerhalb einer vorher und nachher normalen, ausgeglichenen affektiven Verfassung und gewöhnlich mehrfach während des Lebens.

Zu den affektiven Störungen werden neben der Manie und der Depression auch anhaltende, also nicht phasenhaft auftretende affektive Verstimmungen wie die Dysthymie und die Zylothymie gerechnet. Darüber hinaus weiß man heute, dass die Remissionen (Rückbildung der Symptome) zwischen den Phasen häufig nicht vollständig sind und bis zu 20% der affektiven Erkrankungen einen chronischen Verlauf nehmen.

Abb: Übersicht zu den Affektiven Störungen



Wie entstehen affektive Störungen (affektive Psychosen)?

Wie affektive Störungen entstehen, ist bis heute nur teilweise geklärt. Es ist sicher eine komplexe und multifaktorielle Genese. Es haben sich bio-psycho-soziale Modelle durchgesetzt. Diese Erklärungen beziehen sowohl biochemische, psychologische wie auch soziale Aspekte in der Genese affektiver Störungen mit ein.

Diese integrativen Modelle berücksichtigen u.a. folgende Faktoren, die für die Entstehung der affektiven Störungen eine Rolle spielen:

- *Genetische Prädisposition* (erbliche Vorbelastung)
- *Entwicklungsbedingte Prädisposition* (z.B. frühe Verlust- und Trennungserlebnisse, biographische Belastungen)
- *Somatische Stressoren* (z.B. körperliche Erkrankungen, Medikamente)
- *Psychosoziale Stressoren* (akute und gegenwärtige Belastungssituationen im Leben des Betroffenen, z.B. Arbeitslosigkeit, Ehekonflikt, etc.)
- *Neurobiologische Veränderungen* (z.B. Transmitterimbalance oder neuroendocrinologische Entgleisungen)

Formen affektiver Störungen

In der Folge werden die affektiven Störungen (so wie sie in der ICD-10 beschrieben werden) dargestellt. Dies sind:

- Die Manie (Manische Episode)
- Die bipolar affektiven Störungen
- Die Depressionen (Depressive Episode und rezidivierende depressive Störungen)
- Anhaltend affektiven Störungen (Zyklothymia und Dysthymia)

Manische Episode (ICD-10; F30)

Definition

Die Manie kann als Umkehrbild der Depression betrachtet werden. Die drei Kardinalsymptome der Manie lauten:

- *Gehobene Stimmung* (es besteht eine abnorme und anhaltend gehobene, expansive oder reizbare Stimmungslage. Die Patienten beschreiben ihren Zustand als großartig, euphorisch, beglückend)
- *Steigerung des Antriebs* (der Patient ist rastlos, aktiv, schläft kaum mehr, es besteht eine Logorrhö [Rededrang])
- *Ideenflüchtiges Denken* (der Patient ist Ideenreich, unbeständig, hat ständig andere Denkziele, ist stark Ablenkbar, springt von einem Thema zum anderen)

Drei Schweregrade werden, aufsteigend im Grad der Beeinträchtigung, unterschieden:

- a) hypomanische Episode
- b) manische Episode ohne psychotische Symptome
- c) manische Episode mit psychotischen Symptomen

Die Kategorie „Manie“ darf nur für eine einzelne manische Episode verwendet werden. Wenn zuvor oder später manische, hypomanische oder depressive Episoden auftreten, muss eine bipolare Störung diagnostiziert werden.

Psychopathologie

Hypomanische Episode:

Patienten fühlen sich über mehrere Wochen wohler als sonst, lustiger, manchmal auch gereizter, aggressiver. Das Selbstbewusstsein steigt, das Schlafbedürfnis sinkt, das sexuelle Interesse ist gesteigert.

Aus dieser hypomanischen Episode kann sich das Vollbild der manischen Episode entwickeln mit Euphorie, teilweise auch Aggressivität und Dysphorie, Antriebssteigerung mit häufig wechselnden, oft unrealistischen Zielen, mit vermehrten Geldausgaben, Verschuldung, schnell wechselnden Beziehungen, Verlust sozialer Hemmungen, Distanzlosigkeit, Ideenflucht mit ständig neuen Gedanken, gelockerte Assoziationen, Logorrhoe, Insomnie mit Einschlafstörungen ohne Müdigkeit, Größenideen mit übersteigertem Optimismus und Selbstbewusstsein, das bis zum Größenwahn ausgebaut werden kann. Krankheitsgefühl oder -einsicht fehlen fast immer.

Man unterscheidet eine euphorische Manie (heiter-ausgelassene Manieform) und eine dysphorische Manie (eine gereizte und streitsüchtige Manieform)

Begleitsymptome (v.a. bei Manien mit psychotischen Symptomen):

- vorübergehende Halluzinationen
- Wahrnehmungsanomalien
- Verfolgungswahn

Epidemiologie

Eine isolierte manische Episode ist sehr selten.

Lebenszeitprävalenz:

Manie 0,2%

Hypomanie 2%

Risikofaktor Alter:

Zweigipflig bzgl. Erstmanifestation: 20-29 Jahre bzw. 50-59 Jahre

Verlauf und Prognose

Manien können sich entwickeln:

- Langsam mit wochenlanger hypomanischer Vorphase
- Akut innerhalb von wenigen Tagen

Nicht jede hypomanische Phase geht in Manie über, manche Patienten bleiben ausschließlich hypomanisch (bipolarer II Typ).

Häufig klingt die Manie über eine hypomanische Nachphase aus, aber auch ein abruptes Ende oder der Wechsel in eine depressive Episode kommen vor.

Die Dauer einer Episode ist inter- und intraindividuell sehr unterschiedlich, meist einige Wochen bis Monate.

Die Prognose ist gut: fast immer Vollremission, bei wenigen (wahrscheinlich weniger als 10%) bleiben manische Residualsyndrome oder postmanische Persönlichkeitsveränderungen.

Komplikationen:

- Soziale Probleme
- Straftaten, Aggressivität
- Physische Erschöpfung, Verwahrlosung, Dehydratation
- Erhöhtes Suizidrisiko bei schnellem Wechsel mit depressiven Verstimmungen

Therapie

Manische Patienten fühlen sich typischerweise nicht krank und sind entsprechend nicht therapiemotiviert. Fremd- und Selbstgefährdung machen oft eine Unterbringung des Patienten nötig.

Medikamentöse Therapie:

- Hochpotente Neuroleptika
- Lithium in antimanischer Dosierung (zur Verkürzung der Episodendauer)
- Niederpotente Neuroleptika

Oft machen die psychosozialen Konsequenzen der manischen Episode, die durch eine nachfolgende depressive Episode noch verstärkt wahrgenommen werden, eine anschließende Psychotherapie erforderlich. Während der Episode ist Psychotherapie wirkungslos!!! In der Regel steht der Schutz des Betroffenen und die medikamentöse Therapie im Vordergrund.

Heilpraktiker-Schule für Psychotherapie (HPS)
ICL - Fortbildungspartnerin
Robert-Koch-Str. 47
76756 Bellheim

Andrea Günther
www.neues-ziel.de