Deutsche Heilpraktikerschule®

Psychotherapeutische Aromapraxis

MODUL 12 - AFFEKTSTÖRUNGEN

DIENSTAG, 25.05.2021

Affektstörungen

Affekte - Emotionen - Stimmungen

Was ist was?

Bis vor kurzem ist man davon ausgegangen, dass es beim Menschen 6 verschiedene Emotionen gibt:

Glück, Trauer, Wut, Angst, Ekel, Überraschung.

Nun hat die Forschung diese Liste ergänzt auf insgesamt 27 Emotionen. Hinzugekommen sind:

Sorge, Entsetzen, sexuelle Lust, Romantik, Verwirrung, Verzückung, Nostalgie, Gelassenheit, Wertschätzung von Ästhetik, Verlangen (Schokolade), Ehrfurcht, Bewunderung, Verehrung, Belustigung, Unbeholfenheit, Befriedigung, Aufregung, Interesse, Schmerz, Erleichterung und Langeweile.

Emotionen stellen unsere Reaktion auf ein Ereignis dar. Sie werden im Limbischen System als Reaktionsmuster erzeugt.

Als Affekt bezeichnet man eine kurze, heftige Gefühlsreaktion mit deutlicher vegetativer Reaktion (Schweiß, Herzrasen etc.)

Als Stimmung bezeichnet man eine kontinuierliche Gefühlslage.

Umgangssprachlich und teils auch in der Wissenschaft werden die Begriffe synonym verwandt.

Definition

Wenn die Stimmungslage eines Menschen gestört ist, bezeichnet man daraus resultierende Krankheiten als Affektstörungen. Diese können sich in zwei entgegengesetzte Richtungen ausprägen, als Manie oder als Depression. Der Verlauf kann monopolar (in eine Richtung) oder bipolar (in zwei Richtungen) sein. Affektstörungen haben nicht eine alleinige Ursache, ihr Entstehen ist also multifaktoriell bedingt. Es spielen genetische und neurobiologische Faktoren, Lebensereignisse, aber auch körperliche Erkrankungen eine Rolle. Ebenso kann die Einnahme von Medikamenten affektive Störungen begünstigen.

Depression

Zahlen und Fakten

8,3 % der Bevölkerung erkranken jährlich an einer Depression

Das entspricht rund vier Millionen Erkrankungen pro Jahr

Über 60 % aller Erkrankten leiden an einer weiteren psychischen Erkrankung

Das Risiko, einmal im Leben an einer Depression zu erkranken, liegt bei 16 bis 20 %

Über 50 % der Patienten befinden sich ausschließlich in hausärztlicher Betreuung

Depression ist die Hauptursache für Erwerbsminderung- und Erwerbsunfähigkeit

Depression ist der häufigste Krankschreibungsgrund für psychische Erkrankungen

Frauen sind zwei bis dreimal so häufig betroffen wie Männer

Quelle: Psychotherapeutenkammer NRW

Definition der WHO

Eine Depression ist eine weit verbreitete psychische Störung, die durch Traurigkeit, Interesselosigkeit und Verlust an Genussfähigkeit, Schuldgefühle und geringes Selbstwertgefühl, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Müdigkeit und Konzentrationsschwächen gekennzeichnet sein kann.

Sie kann über längere Zeit oder wiederkehrend auftreten und die Fähigkeit einer Person zu arbeiten, zu lernen oder einfach zu leben beeinträchtigen. Im schlimmsten Fall kann eine Depression zum Suizid führen. Milde Formen können ohne Medikamente behandelt werden, mittlere bis schwere Fälle müssen jedoch medikamentös bzw. durch professionelle Gesprächstherapie behandelt werden.

Für eine verlässliche Diagnose und Therapie im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung sind keine Spezialisten erforderlich. Die spezialisierte Versorgung ist allerdings für eine kleine Gruppe der Menschen mit komplizierten Depressionen oder für diejenigen erforderlich, die nicht auf die Behandlungen der primären Gesundheitsversorgung ansprechen.

Depressionen setzen oft in einem jungen Alter ein. Sie betreffen häufige Frauen als Männer und Arbeitslose sind ebenfalls stärker gefährdet.

Textauszug: www.euro.who.int

Multifaktoriell

Der Einfluss genetischer Faktoren ist aus der Zwillingsforschung eindeutig belegt.

Bei einer Depression findet sich immer auch eine Dysbalance im Neurotransmitterhaushalt, vor allem von Serotonin und Noradrenalin.

Lebenskrisen können die Entstehung einer Depression begünstigen.

Störungen im Bio-Rhythmus können eine Depression begünstigen.

Schiddrüsenerkrankungen können eine Depression begünstigen.

Bestimmte Medikamente, z.B. Betablocker können eine Depression begünstigen.

Haltung der Psychoanalyse

Psychoanalytische Theorien sehen die Depression als eine Folge von Fehlentwicklungen in der frühen Kindheit und zwar der oralen Phase (1. Lebensjahr). Durch mangelnde emotionale Fürsorge würden sich massive Entwicklungsdefizite entwickeln, so die Theorie. Desweiteren könnten sogenannte narzisstische Krisen eine Ursache für eine spätere Depression sein. Bekommt ein Kind zu wenig positive Resonanz, wird es sein Verhalten an den Bedürfnissen der Erwachsenen ausrichten, wodurch es in Folge ein falsches Selbst entwickelt. Siehe hierzu auch die Modelle aus der Transaktionsanalyse, besonders die Arbeit mit inneren Antreibern und dem Skriptmodell.

Mit der Betonung auf die äußere Wahrnehmung der eigenen Person rückt der Wert von Äußerlichkeiten an die Stelle eines echten Selbstwerts. Durch Verlust eines selbstwertverstärkenden Faktors können sich Depression und Suizidalität entwickeln.

Haltung der Lerntheorie

Wie wir bereits gelernt haben, ist das häufigste Therapieangebot in Deutschland die Verhaltenstherapie, die sich auf die Erkenntnisse der Lerntheorie stützt. Die Verhaltenstherapie stützt sich im Wesentlichen auf zwei Erklärungsmodelle. Mit dem Verlust von Verstärkern ist gemeint, dass im Leben eines Menschen plötzlich positive Verstärkungsfaktoren in Form von Anerkennung und Zuwendung wegbrechen. Dies kann die Trennung eines Partners, der Verlust des Arbeitsplatzes oder auch der Weggang eines erwachsenen Kindes aus dem Elternhaus sein. Ein zweites Erklärungsmodell ist die sogenannte erlernte Hilflosigkeit. Ergebnisse aus Tierversuchen werden dem Modell folgend auf den Menschen übertragen. So wurde beispielsweise in einer Versuchsanordnung zwei unterschiedliche Gruppen an Hunden mit Stromstößen traktiert. Gruppe A ließ man die Möglichkeit, dem Stromstoss zu entkommen, indem man den Tieren eine Fluchtmöglichkeit ließ. Gruppe B konnte nicht entrinnen. Später zeigte sich, dass die Gruppe B auch in späteren Versuchen nicht zu fliehen versuchte, wenn sich ihnen eine Fluchtmöglichkeit bot. Sie hatten gelernt, dass es für sie keinen Ausweg gab.

Auf den Menschen übertragen lässt sich ein vergleichbares Verhalten feststellen, wenn Menschen sich resigniert in ihr Schicksal fügen und keine Chance für eine Beeinflussung wahrnehmen können.

Denkmuster

Bei depressiven Patienten wurden bereits in den 50er Jahren durch Aron T. Beck (Modul 4) typische Denkmuster identifiziert.

- negative Selbstbeurteilung - ich kann nichts, ich bin nicht liebenswert etc.

- negative Sicht auf die Welt - das Leben ist schwierig, die Welt ist böse etc.

- negative Sicht auf die Zukunft - es wird nie besser werden, es wird immer schlimmer

Der Ablauf von Denkmustern erfolgt automatisch

Frage!

Aufgrund welcher Besonderheit unseres Gehirns lassen sich Denkmuster verändern?

Symptome

ICD-10 KLASSIFIZIERUNG

leichte depressive Episode (F32.0)

mind. 2 Hauptsymptome - 2 andere häufige Symptome

mittelgradige depressive Episode (F32.1)

mind. 2 Hauptsymptome - 3-4 andere häufige Symptome. Besondere Ausprägung einiger Symptome

schwere depressive Episode (F32.2)

mind. 3 Hauptsymptome, mind. 4 andere häufige Symptome. Besondere Ausprägung einiger Symptome

Hauptsymptome:

Depressive Verstimmung - Gefühl der Gefühllosigkeit, emotionale Unbeteiligtheit, Sinn- und Hoffnungslosigkeit

Interesselosigkeit, Freudlosigkeit

Antriebslosigkeit

Andere häufige Symptome:

Konzentrationsmangel

Selbstwertbeeinträchtigung

Schuldgefühle

Hemmungen

Unruhe

Selbstbeschädigungen

Schlafstörungen

Appetitminderung

Formen von Depression

Endogene Depression - von innen kommend, bezeichnet eine schwere Form der Depression

Neurotische Depression - Folge verdrängter neurotischer Konflikte, milderer Verlauf

Melancholie - schwere Form der endogenen Depression

Zyklothymie - leichte Form mit leichten depressiven und leichten manischen Phasen

Dysthymie - leichte, tendenziell chronisch, Alltagsbewältigung möglich

Lavierte Depression - körperliche Symptome überdecken die Depression

Wochenbettdepression - kann in den ersten sechs Wochen nach der Geburt auftreten

Erschöpfungsdepression - Störung nach seelischer Dauerbelastung

Altersdepression - ab dem 60. Lebensjahr, hohe Suizidrate

Agitierte Depression - „Jammerdepression“, ängstlich, klagend, hohe Suizidrate

Sissi Syndrom - umstrittenes Konzept, verstärkter Bewegungsdrang, Gewichtskontrolle

Saisonale Depression - tritt in den sonnenarmen Monaten auf

Verlauf einer Depression

Eine Depression ist durch einen phasenhaften Verlauf gekennzeichnet. Gesunde und kranke Phasen wechseln sich ab. Die Dauer der einzelnen Phasen reicht von wenigen Wochen bis zu einem Jahr. Von einer rezidivierenden Erkrankung spricht man, wenn ein Patient mehrmals verschiedene Phasen durchläuft. Der Abstand zwischen den einzelnen Phasen reicht von wenigen Tagen bis zu mehreren Monaten. Bei rezidivierenden, also wiederkehrenden Krankheitsverläufen verkürzt sich mit der Zeit die Dauer der Beschwerdefreiheit. Gemäß der Richtlinien nach ICD-10 sollte von einer Depression gesprochen werden, wenn die Symptome mindestens zwei Wochen bestehen.

Suizidalität

Das Selbstmordrisiko wird bei depressiven Personen häufig unterschätzt. Dabei haben zwischen 40 % und 70% der an Depression erkrankten Menschen Suizidgedanken. Letztendlich waren über 90 % aller Menschen, die sich selbst das Leben genommen haben, psychisch krank, vor allem depressiv. Trotz intensiver Aufklärungsbemühungen besteht in der Öffentlichkeit wenig Wissen über diese Krankheit. Noch immer glauben landläufig viele Menschen, eine Depression ließe sich mit reiner Willensstärke kurieren.

Wie lässt sich einschätzen, ob ein Mensch suizidgefährdet ist? Es ist nicht leicht, jemanden direkt darauf anzusprechen, allerdings sollte unbedingt reagiert werden, wenn sich einem ein Verdacht aufdrängt. Es ist eine irrige Annahme, dass genau jene Menschen, sich niemals umbringen würden, die vorher darüber sprechen. Das Gegenteil ist der Fall. Die meisten Suizidopfer haben ihren Selbstmord vorher mehr oder weniger direkt angedeutet. Äußert jemand also Gedanken von totaler Hoffnungslosigkeit oder der Sinnlosigkeit seines Daseins, frage sensibel nach, z.B. „hast du über das, was du gerade sagst, schon ernsthaft nachgedacht?“, „was meinst du, wenn du sagst, niemand würde dich vermissen?“ „hast du schon mal versucht, dir das Leben zu nehmen?“ etc.

Wichtig ist es dann, empathisch zuzuhören und keine Lösungen anzubieten, also nicht: „deine Familie braucht dich doch - das bekommen wir schon wieder hin.“

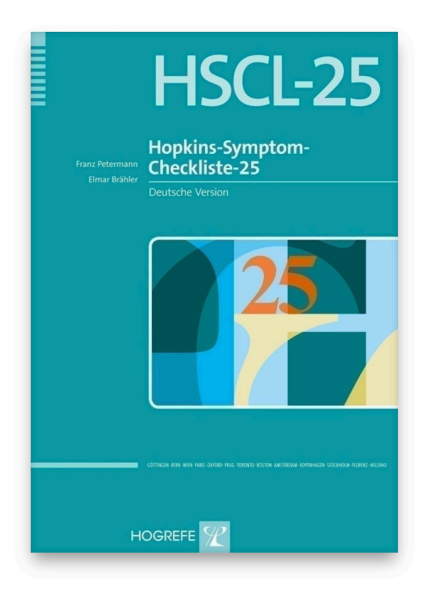
Besteht kein Zweifel daran, dass die Person ihr Vorhaben umzusetzen gedenkt, muss der sozial-psychiatrische Dienst der jeweiligen Stadt informiert werden.

Exploration von Suizidalität

- 10 Fragen nach Pöldinger
- 1. Haben Sie auch schon daran gedacht, sich das Leben zu nehmen? (Ja! Wie häufig?)
- 2. Wie würden Sie es tun? Haben Sie konkrete Ideen, wie sie vorgehen würden?
- 3. Haben Sie schon Vorbereitungen getroffen?
- 4. Drängen sich Gedanken, auch wenn Sie es nicht wollen auf? Sind diese Gedanken ein Zwang?
- 5. Haben Sie schon über Ihre Absichten mit jemandem gesprochen?
- 6. Haben Sie Aggressionen, die Sie unterdrücken müssen?
- 7. Haben Sie schon einen Versuch unternommen?
- 8. Ist in Ihrer Familien oder im Umkreis so etwas schon passiert?
- 9. Sehen Sie Ihre Situation als aussichtslos für sich an?
- 10. Haben Sie Interesse, Gedanken und zwischenmenschliche Kontakte zur Freunden/Familie gegenüber früher deutlich eingeschränkt und reduziert?

Diagnose

Diagnostik



Die HSCL-25 ist eine klinische Symptom-Checkliste zur differenzierten Erfassung von Angst und Depression sowie daraus resultierender globaler psychischer Belastung. Sie umfasst insgesamt 25 Items von denen 10 der Erfassung von Angst und **15 der Erfassung von Depression zugeordnet sind.** Aus der Summe aller Items lässt sich ein Gesamtwert berechnen. Dieser beschreibt die Gesamtbelastung durch Angst und Depression. Neben den Normen werden Cut-off-Werte zur Einstufung der Werte in leicht auffällig, deutlich auffällig und stark auffällig angeboten.

HSCL-D Items:
Feeling low in energy, slowed down
Blaming yourself for things
Crying easily
Loss of sexual interest or pleasure
Poor appetite
Difficulty falling asleep, staying asleep
Feeling hopeless about the future
Feeling down or blue
Feeling lonely
Thoughts of ending your life
Feelings of being trapped or caught
Worry too much about things
Feeling no interest in things
Feeling everything is an effort
Feeling worthless

Selbstbeurteilung

www.deutsche-depressionshilfe.de

Testen Sie sich hier...

Leiden Sie seit mehr als 2 Wochen unter

	Ja	Nein
1. gedrückter Stimmung*		
2. Interessenlosigkeit und/oder Freudlosigkeit, auch bei sonst angenehmen Ereignissen*		
3. Schwunglosigkeit und/oder bleierner Müdigkeit und/oder innerer Unruhe*		
4. fehlendem Selbstvertrauen und/oder fehlendem Selbstwertgefühl*		
5. verminderter Konzentrationsfähigkeit und/oder starker Grübelneigung und/oder Unsicherheit beim Treffen von Entscheidungen*		
6. starken Schuldgefühlen und/oder vermehrter Selbstkritik*		
7. negativen Zukunftsperspektiven und/oder Hoffnungslosigkeit*		
8. hartnäckigen Schlafstörungen*		
9. vermindertem Appetit*		
10. tiefer Verzweiflung und/oder Todesgedanken*		

* Pflichtfeld

Eingaben auswerten

Angelehnt an ICD-10/V (F); © Prof. Hegerl

Studien

Evid Based Complement Alternat Med. 2017; 2017: 5869315.
Published online 2017 Jan 4. doi: 10.1155/2017/5869315

PMCID: PMC5241490
PMID: 28133489

The Effectiveness of Aromatherapy for Depressive Symptoms: A Systematic Review

Dalinda Isabel Sánchez-Vidaña, Shirley Pui-Ching Ngai, Wanjia He, Jason Ka-Wing Chow, Benson Wui-Man Lau,* and Hector Wing-Hong Tsang

Author information Article notes Copyright and License information Disclaimer

This article has been cited by other articles in PMC.

Abstract

Go to:

Background. Depression is one of the greatest health concerns affecting 350 million people globally. Aromatherapy is a popular CAM intervention chosen by people with depression. Due to the growing popularity of aromatherapy for alleviating depressive symptoms, in-depth evaluation of the evidence-based clinical efficacy of aromatherapy is urgently needed. *Purpose*. This systematic review aims to provide an analysis of the clinical evidence on the efficacy of aromatherapy for depressive symptoms on any type of patients. *Methods*. A systematic database search was carried out using predefined search terms in 5 databases: AMED, CINHAL, CCRCT, MEDLINE, and PsycINFO. Outcome measures included scales measuring depressive symptoms levels. *Results*. Twelve randomized controlled trials were included and two administration methods for the aromatherapy intervention including inhaled aromatherapy (5 studies) and massage aromatherapy (7 studies) were identified. Seven studies showed improvement in depressive symptoms. *Limitations*. The quality of half of the studies included is low, and the administration protocols among the studies varied considerably. Different assessment tools were also employed among the studies. *Conclusions*. Aromatherapy showed potential to be used as an effective therapeutic option for the relief of depressive symptoms in a wide variety of subjects. Particularly, aromatherapy massage showed to have more beneficial effects than inhalation aromatherapy.

1. Introduction

Go to:

Evid Based Complement Alternat Med

Hintergrund. Depressionen sind eines der größten Gesundheitsprobleme, von dem weltweit 350 Millionen Menschen betroffen sind. Die Aromatherapie ist eine beliebte CAM-Intervention, die von Menschen mit Depressionen gewählt wird. Aufgrund der wachsenden Beliebtheit der Aromatherapie zur Linderung depressiver Symptome ist eine eingehende Bewertung der evidenzbasierten klinischen Wirksamkeit der Aromatherapie dringend erforderlich. Zweck. Diese systematische Übersicht soll eine Analyse der klinischen Evidenz über die Wirksamkeit der Aromatherapie bei depressiven Symptomen bei allen Patiententypen liefern. Die Methoden. Es wurde eine systematische Datenbankrecherche mit vordefinierten Suchbegriffen in 5 Datenbanken durchgeführt: AMED, CINHAL, CCRCT, MEDLINE und PsycINFO. Als Ergebnis wurden Skalen zur Messung der depressiven Symptomatik erstellt. Die Ergebnisse. Zwölf randomisierte, kontrollierte Studien wurden eingeschlossen und zwei Verabreichungsmethoden für die Aromatherapie-Intervention einschließlich inhalativer Aromatherapie (5 Studien) und Massage-Aromatherapie (7 Studien) identifiziert. Sieben Studien zeigten eine Verbesserung der depressiven Symptome. Einschränkungen. Die Qualität der Hälfte der eingeschlossenen Studien ist gering, und die Verabreichungsprotokolle der einzelnen Studien variierten erheblich. Auch wurden in den Studien unterschiedliche Bewertungsinstrumente eingesetzt. Schlussfolgerungen. Die Aromatherapie zeigte das Potenzial, als wirksame Therapieoption zur Linderung depressiver Symptome bei einer Vielzahl von Probanden eingesetzt zu werden. Insbesondere zeigte sich, dass die Aromatherapie-Massage eine bessere Wirkung hat als die Inhalations-Aromatherapie. (Übersetzung: www.deepl.com)

Als Yim et al. [2] zu dem Schluss kamen, dass es keine ausreichende Evidenz dafür gibt, dass die Aromatherapie als komplementäre und alternative Medizin bei Depressionen eingesetzt werden könnte, zeigte die Analyse der aktuellen Evidenz in unserer systematischen Übersicht etwas anderes. Die vorliegende systematische Übersicht bietet einen Überblick über die aktuellste Evidenz. Insbesondere die Aromatherapie-Massage erwies sich als wirksamer als die Inhalations-Aromatherapie, um depressive Symptome zu lindern. Allerdings hat sich die Inhalations-Aromatherapie auch als wirksam erwiesen, aber es sind weitere Studien erforderlich, um schlüssigere Beweise für diese Aromatherapieform zu erhalten. In der durchgeführten Gesamtanalyse zeigte sich, dass die Aromatherapie als eine effektive Therapieoption zur Linderung der depressiven Symptome bei einer Vielzahl von Probanden eingesetzt werden kann.
(Übersetzung: www.deepl.com)

Therapeutische Maßnahmen

Psychotherapie

Medikamente

Schlafentzugstherapie

Lichttherapie

Psycho-Edukation

Ergotherapie

Tagesstrukturierung

Elektrokrampftherapie

Kognitive Verhaltens-therapie

Die kognitive Verhaltenstherapie fußt auf der Grundannahme, dass schädigendes Verhalten erlernt und somit auch wieder verlernt werden kann. In der VT werden Gedanken, Verhaltens- und Denkmuster identifiziert und auf ihre „Nützlichkeit“ hin überprüft. Selbstschädigende Gedanken sollen so nach und nach durch positive Gedanken ersetzt werden. Der Fokus der Therapie liegt auf dem Erlernen einer bewussten Selbststeuerung der Affekte und weniger auf der Analyse dysfunktionaler Muster aus der Vergangenheit, auch wenn sich die moderne VT der Bedeutung von lebensgeschichtlichen Ereignissen nicht völlig verschließt und den Zusammenhang zwischen ungelösten psychodynamischen Konflikten und heutigem Verhalten herstellt. Durch die Anwendung neuer Gedankenmuster sollen im Laufe einer Verhaltenstherapie ungünstige Automatismen mit der Zeit aufgehoben werden.

siehe auch Modul 4

Psychoanalyse

In der akuten Phase einer Depression erscheint die Psychoanalyse nicht als Methode der ersten Wahl. Die Konzentration auf das Aufdecken früher, eventuell traumatischer Ereignisse, könnte eine Regression beim Patienten auslösen. Dagegen spricht ebenfalls die Dauer einer klassischen Psychoanalyse von bis zu 300 Stunden. Eine Psychoanalyse kann unter Umständen nach erfolgter Stabilisierung des seelischen Gleichgewichts und nach überwundener Krankheit sinnvoll sein, allerdings sollte hier immer auch in Betracht gezogen werden, dass das Eintauchen in innerseelische Konflikte immer auch die Gefahr in sich birgt, einen erneuten Krankheitsschub auszulösen. Psychoanalytische Methodiken sollten daher niemals von nicht ausreichend ausgebildeten Therapeuten oder Beratern ausgeführt werden. Die laienhafte Vorstellung, dass „die Dinge nur ans Licht müssten, um heilen zu können“, ist nicht nur falsch, sondern unter Umständen sehr gefährlich. Für den Betroffenen erfüllt es eine Schutzfunktion, manches im Unbewussten zu belassen. Esoterischer heilerischer Eifer kann mehr Schaden anrichten, als Nutzen bringen.

Schlafentzugs-therapie

In Kliniken wird bei depressiven Patienten mit Schlafentzugstherapie, auch Wachtherapie, gearbeitet. Es gibt Hinweise, dass die REM Phasen (Rapid Eye Movement) bei betroffenen Personen gestört sind und die Schlafzyklen am Morgen eine Depression verstärken können. Durch den Schlafentzug werden die Phasen unterbrochen und die gestörte Regulation des Schlafes positiv beeinflusst. Viele Betroffene berichten über massive Schlafstörungen und deshalb sollte bei Menschen, die dauerhaft schlecht schlafen, ein genaueres Augenmerk auf eine etwaige Depression gelegt werden.

Bei der Wachtherapie schläft man eine Nacht überhaupt nicht und bleibt am nächsten Tag bis zur gewohnten Schlafenszeit wach. Da eine solche Therapie viel Disziplin erfordert, macht eine Anwendung nur im klinischen Setting Sinn.

Kritisch an der Wachtherapie ist, dass die Effekte meist nur von kurzer Dauer sind und niemand zum Wohle seiner Gesundheit dauerhaft auf Schlafentzug setzen sollte.

EKT Elektrokonvulsionstherapie

wikipedia.de

Als letzte Möglichkeit bei schweren Depressionen und solchen mit Wahnerleben erfolgt in seltenen Fällen eine Elektrokrampftherapie, auch Elektrokonvulsionstherapie, bei der mittels Stromimpulsen eine kurzzeitige neuronale Übererregung im Gehirn ausgelöst wird. Angeblich erfahren über die Hälfte aller Patienten, bei denen eine medikamentöse Behandlung nicht angeschlagen hat, eine deutliche Verbesserung In Expertenkreisen gilt die Elektrokrampftherapie deshalb als wirksam, in der Bevölkerung ist die Methode mit starken Vorurteilen behaftet. Allerdings kommen einige Studien auch zu dem Schluss, dass die Wirksamkeit nur kurzfristig nachgewiesen werden kann.

Lichttherapie

www.aerztezeitung.de

Manche Depressionen werden durch saisonale Bedingungen ausgelöst. Die meisten Menschen kennen den sog. Winter-Blues und berichten, dass ihnen die kurzen Tage und das wenige Licht in den Wintermonaten aufs Gemüt schlagen. Bei manchen Menschen entwickelt sich in den Wintermonaten eine saisonal bedingte Depression, die sich mit Lichttherapie gut behandeln lässt. Der Patient sitzt dabei am bestens morgens vor einer Tageslichtlampe mit 2500 bis 10000 Lux. Eine Behandlungseinheit sollte mindestens 30 bis 60 Minuten betragen. Dabei wird dann soviel Licht aufgenommen, wie an einem sonnigen Frühlingstag. Man vermutet, dass mit der Lichtbehandlung die Produktion von Melatonin gestoppt wird, dem man ein Begünstigung bei der Entstehung einer Depression zuspricht.

Die Aromatherapie stellt eine nützliche Ergänzung zur Lichttherapie dar. Da die Tageslichtlampen keine UV-Strahlung abgeben, besteht keine Gefahr der Photosensibilität bei der Nutzung von Zitrusölen, die man aus bekannten Gründen trotzdem besser inhalieren statt topisch auftragen sollte.

Medikamente

Trizyklische Antidepressiva

Selektive Wiederaufnahmehemmer

Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer

Dopamin Wiederaufnahmehemmer

Selektive Serotonin-Noradrenalin Wiederaufnahmehemmer

Selektive Noradrenalin-Dopamin Wiederaufnahmehemmer

Monoaminerge Antidepressiva

Phytopharmaka

Aminpräkusoren

Phasenprophylkaktika

Wie wirken Antidepressiva?

Bei einer Depression kommt es im Gehirn zu einem Ungleichgewicht im Neurotransmitterhaushalt. Noradrenalin (Stresshormon), Dopamin (Belohnungssystem) und Serotonin (Stimmungsaufheller) sind die zentralen Botenstoffe, siehe auch Modul 7.

Normalerweise wird nach der Abgabe eines Botenstoffes in den synaptischen Spalt ein Teil des Stoffes wieder in die Nervenzelle zurückgepumpt. Antidepressiva sollen diese Wiederaufnahme verhindern und für ein höheres Botenstoffniveau im synaptischen Spalt sorgen, deshalb auch der Name „Wiederaufnahmehemmer“.

Im Gegensatz zur landläufigen Meinung machen Antidepressiva nicht abhängig, haben aber häufig starke Nebenwirkungen und man geht davon aus, dass sie bei bis zu einem Drittel der Patienten keinen größeren Nutzen haben als Placebo. In einer großen Studie der Universität wurden 522 Studien verglichen und ausgewertet (Veröffentlichung 2018). Die Ergebnisse wurden im „Lancet“, der renommiertesten Medizinfachzeitschrift veröffentlicht. Allerdings lassen sich aus den Ergebnissen keine Schlüsse über Alter, Geschlecht, Kombinationstherapie mit Psychotherapie oder Langzeitergebnisse ziehen, da der Untersuchungszeitraum lediglich acht Wochen betrug.

Aromatherapie bei depressiven Verstimmungen

www.canva.com

Ätherische Öle wirken bei der Entstehung positiver Gefühle und helfen Stresssymptome zu reduzieren. Außerdem aktivieren sie generell die Selbstheilungskräfte des Körpers. Bei einigen Ölen konnte bereits der Nachweis erbracht werden, dass diese die Serotonin-Produktion aktivieren (Tisserand), z.B. trifft dies auf röm. Kamille, Majoran, Melisse, Orange, Neroli und Lavendel zu. Die Öle haben eine aktivierende Wirkung auf die sog. Raphé Kerne, einer Kerngruppe des zentralen Nervensystems, die sich an der Naht der beiden Hirnstammhälften befindet. Dort wird unter Gabe der oben genannten Öle vermehrt Serotonin ausgeschüttet.

Außerdem findet sich in allen Zitrusölen (Wabner) ein Aminosäure-Ester (Methylanthranilat), das hohe antidepressive Eigenschaften aufweist und einen Geruch hat, der an Neroli erinnert (in Bergamotte, Grapefruit, Jasmin, Neroli, Petit Grain.

Manie und bipolare affektive Störung

Als Manie bezeichnet man eine psychische Störung mit euphorischer, erhobener Stimmung. Kennzeichnend sind eine Enthemmung, Selbstüberschätzung und erhöhte Risikobereitschaft.

Bei einer bipolaren Störung treten manische und depressive Phasen im Wechsel auf. Die Ursachen sind wie bei der Depression multifaktoriell. Auslöser können genetische Faktoren, Störungen im Neurotransmitterhaushalt, erlerntes Fehlverhalten oder kritische Lebenssituationen sein. Früher umschrieb man die bipolare affektive Störung mit dem Begriff „manisch-depressiv“. Himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt beschreibt die Gefühlswelt von Betroffenen. Die Schübe gehen einher mit permanentem Regelbruch, Verschwendungssucht und Grenzüberschreitungen. Manisch-Depressive erzeugen in manischen Phasen so große Scherbenhaufen, dass sie in ihren depressiven Phasen so sehr erschrecken können, dass sie daran zerbrechen können. Man geht davon aus, dass es unter kreativen Berühmtheiten einen hohen Anteil Manisch-Depressiver gibt. Angeblich war der Schauspieler Robin Williams (Club der toten Dichter) ebenso betroffen, wie der RAF-Terrorist Andreas Baader oder der Schriftsteller Heinrich von Kleist.

WIEDERHOLUNG AUS MODUL 3

Depression

Lavendel

Neroli

römische Kamille

Bergamotte

Petit Grain

Rose

Melisse

Muskatellersalbei

Ylang Ylang

Sandelholz

Depression ist nicht gleich Depression. Während man früher von exogenen, also von außen ausgelösten und endogenen, von innen kommenden Depressionen sprach, unterscheidet man heute nach den neuen Klassifikationssystemen nach der Schwere der Depression. Das Spektrum reicht von leichten depressiven Episoden bis hin zu hochgradig schweren Episoden. Wichtig ist auch, wie lange die Symptome bereits anhalten. Ist dieses länger als zwei Wochen der Fall, wird von einer Depression ausgegangen. Die Grenzen zwischen Depression und Burnout sind fließend, nicht wenige Experten zweifeln grundsätzlich an der Existenz von Burnout und bezeichnen dieses als Ausdrucksqualität einer Depression. Gesellschaftlich sei das Burnout akzeptierter, weil es Personen heimsucht, die nach langen Phasen der Leistungsfähigkeit in ein vorübergehendes Tief und einen Erschöpfungszustand rutschen. Depression hingegen ist noch immer ein weitestgehend tabuisiertes Thema. Betroffene leiden unter dem Stigma, sich nicht „zusammenreißen“ zu können, „weinerlich“ oder gar „hypochrondrisch“ zu sein. Fakt ist, dass eine Depression nicht von allein verschwindet. Unerkannt und unbehandelt kann sie chronisch werden. Jedoch lässt sich prophylaktisch einiges tun, um ersten Anzeichen entgegenzuwirken. Zu nennen sind hier Achtsamkeitsübungen, Yoga, Entspannungstechniken, Bewegung, Ernährungsumstellung (Darm-Hirn-Verbindung), Elemente der Positiven Psychologie und eben auch Aromatherapie, die helfen kann, den Strom aus sich wiederholenden negativen Gedanken zu bremsen und Zuversicht zu fördern.

Depression

Deutsche Depressionshilfe: 5,3 Millionen Erkrankte

Frauen sind fast doppelt so häufig betroffen wie Männer.

Entwicklung schleichend über Jahre weitestgehend unbemerkt. an. In dieser Phase kann Aromatherapie einen wertvollen Beitrag leisten.

Aromatherapie als flankierende Maßnahme zu einer kognitiven Verhaltenstherapie.

Erste klinische Studien (z.B. Universität Freiburg) belegen, dass Lavendel bei leichten bis mittelgradigen Depressionen bessere Wirkung zeigt als klassische Psychopharmaka (z.B. Citalopram).

Nächster Termin

DIENSTAG,01.06.2021