

FACHÄRZTLICHE BEURTEILUNG UND THERAPIEEMPFEHLUNG

Patientin: weiblich, Jahrgang 1975

Anlass: Ausgeprägte affektive Instabilität und emotionale Dysregulation

Klinisches Beschwerdebild

Die Patientin berichtet über wiederkehrende, plötzlich einsetzende Weinanfälle ohne adäquaten äußeren Anlass, ausgeprägte emotionale Labilität mit Wechsel zwischen stabilen Phasen und deutlicher psychischer Dekompensation, Reizbarkeit, innere Anspannung, Affektdurchbrüche, subjektives Gefühl des Kontrollverlusts sowie ausgeprägte Selbstabwertung und Schuldgefühle. Die Symptomatik tritt episodisch auf und ist von der Patientin nicht willentlich steuerbar.

Verdachtsdiagnosen (ICD-orientiert)

1. Perimenopausale affektive Störung (hormonell bedingte affektive Dysregulation im Klimakterium)
2. Rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode, alternativ gemischte Angst- und depressive Störung
3. Differentialdiagnostisch: Prämenstruelle dysphorische Störung (PMDD) bei bestehender Zyklusaktivität

Pathophysiologische Einschätzung

Die vorliegende Symptomkonstellation ist hochgradig vereinbar mit einer hormonellen Dysregulation (Östrogen-/Progesteronschwankungen), welche neurobiologische Systeme der Affektregulation (Serotonin-, Noradrenalin- und GABA-System) destabilisiert. Die psychischen Symptome sind sekundär biologisch bedingt und stellen keine Persönlichkeits- oder Willensproblematik dar.

Therapieempfehlung (leitliniengerecht)

1. Medikamentöse Therapie (fachärztlich einzuleiten)

a) Antidepressivum (SSRI / SNRI – Mittel der ersten Wahl):

Sertralin 25–50 mg einschleichend oder Escitalopram 5–10 mg; bei ausgeprägter innerer Anspannung alternativ Venlafaxin.

Ziel: Stabilisierung der Affektlage und Reduktion affektiver Durchbrüche.

b) Hormonelle Therapie:

Nach gynäkologisch-endokrinologischer Abklärung östrogenbasierte Hormontherapie, ggf. kombiniert mit Progesteron (abhängig vom Uterusstatus).

Ziel: Reduktion hormonell getriggelter affektiver Schwankungen.

c) Bedarfsmedikation:

Kurzfristig niedrig dosierte sedierende Medikation bei starker innerer Unruhe. Keine Dauertherapie.

2. Psychotherapeutische Begleitbehandlung

Stabilisierende, strukturierende Psychotherapie mit Fokus auf Psychoedukation, Affektregulation sowie Entlastung von Schuld- und Selbstabwertungsmustern. Eine alleinige Gesprächstherapie ohne medizinische Mitbehandlung ist nicht ausreichend.

3. Weiterführende Diagnostik

Hormonstatus (Östradiol, Progesteron, FSH, LH), Schilddrüsenparameter (TSH, fT3, fT4) sowie Ausschluss somatischer Verstärker.

Prognose

Bei adäquater medizinischer Behandlung ist die Prognose gut. Die Symptomatik ist in der Regel

reversibel und nicht chronisch.

Zusammenfassende Bewertung

Es liegt mit hoher Wahrscheinlichkeit eine medizinisch erklärbare, behandlungsbedürftige affektive Störung vor. Ein Abwarten oder Bagatellisieren ist nicht indiziert. Die Patientin ist nicht schuldhaft oder charakterlich instabil, sondern behandlungsbedürftig.

Dieses Dokument stellt eine fachliche Einschätzung dar und ersetzt keine persönliche ärztliche Untersuchung.