

Koeslin J / Streiber S

Psychiatrie und Psychotherapie für Heilpraktiker

Reading excerpt

[Psychiatrie und Psychotherapie für Heilpraktiker](#)

of [Koeslin J / Streiber S](#)

Publisher: Elsevier Urban&Fischer Verlag



<http://www.narayana-verlag.com/b18912>

In the [Narayana webshop](#) you can find all english books on homeopathy, alternative medicine and a healthy life.

Copying excerpts is not permitted.

Narayana Verlag GmbH, Blumenplatz 2, D-79400 Kandern, Germany

Tel. +49 7626 9749 700

Email info@narayana-verlag.com

<http://www.narayana-verlag.com>



4.2 Manie

Psychische Störung mit euphorisch-gehobener oder gereizter (dysphorischer) Stimmungslage, Enthemmung, Ideenflucht und Selbstüberschätzung. Ältere Bezeichnungen für die Manie sind: manische Psychose und endogene Manie. Rein manische Verläufe kommen bei ca. 5 % der affektiven Störungen vor. Wie eine Depression verläuft auch die Manie in Phasen von unterschiedlicher Dauer. Bei manischen Phasen – sie sind im Durchschnitt kürzer als depressive – sind Verläufe von einigen Tagen genauso möglich wie von mehreren Jahren.

Eine Manie führt häufig zu einer zumindest zeitweiligen Schuldunfähigkeit und fehlenden Geschäftsfähigkeit. Bei schwerem und rezidivierendem Verlauf kann sogar die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung notwendig sein. In einer manischen Phase geschlossene Verträge können für ungültig erklärt werden. Dennoch können Patienten durch eine manische Phase oft in ernsthafte finanzielle und soziale Schwierigkeiten geraten.

Ursachen

Der Manie liegt ebenso wie der Depression ein multifaktorielles Geschehen zugrunde.

- **Genetische Faktoren:** Oft liegt eine familiäre Belastung vor. Hierbei ist zu beachten, dass sich das Erkrankungsrisiko auf eine affektive Störung im Allgemeinen bezieht und nicht notwendigerweise nur auf eine Manie.
- **Störungen im Neurotransmitterhaushalt:** Während bei einer Depression ein relativer Mangel an Serotonin und Noradrenalin vorliegt, besteht bei einer Manie ein relativer Überschuss an Dopamin und Noradrenalin.

KLASSIFIKATION

Die Manie wird in der ICD-10 unter F30 als manische Episode kodiert. Als weitere Differenzierung unterscheidet man:

- F30.0 Hypomanie (leichtere Verlaufsformen)
- F30.1 Manie ohne psychotische Symptome
- F30.2 Manie mit psychotischen Symptomen

Symptome

- **Stimmungshoch:** Die Patienten sind teilweise gut gelaunt, ausgelassen und euphorisch, häufiger verhalten sie sich jedoch auch gereizt (dysphorisch), aggressiv und streitsüchtig. Reizbarkeit und Misstrauen können sich bis zu einem Verfolgungswahn steigern.
- **Antriebssteigerung:** Meist besteht ein großer Tatendrang mit starker Bewegungsunruhe. Die Patienten begehen unüberlegte Handlungen wie z. B. unverhältnismäßige Einkäufe oder spontane Vertragsabschlüsse, die teilweise fatale materielle Konsequenzen nach sich ziehen können.
- **Logorrhö:** Es besteht unentwegter Redefluss und ein starkes Mitteilungsbedürfnis.
- **Ideenflucht:** Die Patienten springen auf jedes Thema an, sie kommen vom Hundertsten ins Tausendste und haben ständig neue Ideen.
- **Konzentration:** Es besteht eine starke Ablenkbarkeit.
- **Größenwahn** mit Selbstüberschätzung oder un-realistischem Optimismus.
- **Vermindertes Schlafbedürfnis**
- **Gesteigerte sexuelle Aktivität** mit Promiskuität
- **Verlust sozialer Hemmungen**
- **Alkohol- und Drogenmissbrauch**
- **Suizidalität**
- **Fehlendes Krankheitsgefühl**
- **Vernachlässigung von Nahrungsaufnahme und Körperhygiene:** In Phasen der Manie mit psychotischen Symptomen kann es zu Dehydration und Verwahrlosung kommen.

Bei weniger stark ausgeprägt manischen Symptomen, die nicht den diagnostischen Kriterien einer manischen Episode entsprechen, spricht man von einer **hypomanischen Phase**. Überwiegt eine heitere und ausgelassene Stimmung, liegt eine **euphorische Manie** vor. Verläufe mit gereizter und streitsüchtiger Stimmung bezeichnet man als **dysphorische Manie**.

Diagnostik

Die Diagnose ergibt sich aus der Erhebung eines ausführlichen psychopathologischen Befunds in Verbindung mit einer Befragung von Angehörigen (Fremdanamnese).

Differenzialdiagnose

- **Organische Ursachen** (> Kap. 10): Bestimmte neurologische Erkrankungen wie z. B. Gehirntzündungen, Chorea Huntington, Hirntumoren oder Multiple Sklerose können mit manischen Symptomen einhergehen (in diesen Fällen kann die Diagnose nach ICD-10 „organische manische Störung“ [F06.30] lauten). Ebenso kann es im Zuge einer Hyperthyreose zu manischen Symptomen kommen.
- **Medikamente und Drogen** (> Kap. 9): Bei spielsweise Antidepressiva, Kortisonpräparate, Barbiturate, Alkohol, LSD oder Marihuana können manische Episoden auslösen.
- **Schizophrenie oder schizoaffektive Störung** (> Kap. 5).

Therapie

Leider ist häufig eine Zwangseinweisung notwendig, da in der Regel keine Krankheitseinsicht besteht. Aus diesem Grund besteht meist auch keine Basis für die Mitarbeit an einer Therapie. In vielen Fällen ist eine Abschirmung von sozialen Kontakten hilfreich und notwendig, da sich die Kranken durch ihr problematisches Verhalten oft bleibenden sozialen Schaden zufügen. Deswegen sind Gruppentherapien für Maniker meist ungeeignet. Vielmehr soll die überschießende Energie durch produktive (z.B. Kunsttherapie) und sportliche Aktivitäten kanalisiert werden.

Der Umgang mit den Kranken sollte stets berechenbar, geduldig und konsequent sein. Wichtig im Umgang mit manischen Patienten ist es, sich nicht provozieren zu lassen und nicht zu konfrontieren, sondern zu deeskalieren. Manische Patienten können gewalttätig werden.

Medikamentöse Therapie

- **Lithium oder Antiepileptika** (z. B. Carbamazepin oder Valproat): v. a. Lithium ist ein gut wirksames antimanisches Medikament. Die Dosierung muss meist höher gewählt werden als bei depressiven Patienten. Auch Antiepileptika können zur Akutbehandlung und Phasenprophylaxe eingesetzt werden.

- **Neuroleptika:** Oft ist ein hochpotentes Neuroleptikum mit antipsychotischer Wirkung (z. B. Olanzapin) mit einem schwachpotenten, sedierenden zu kombinieren.
- **Sedativa:** Zur Sedierung können kurzzeitig auch hohe Dosen von Beruhigungsmitteln notwendig sein.

Weitere therapeutische Maßnahmen

- **Regulierung des Schlaf- Wach-Rhythmus:** Eine Schlafdauer von regelmäßig mindestens 6 Stunden hat einen antimanischen Effekt. Unter Umständen muss der Schlaf medikamentös unterstützt werden (z.B. Benzodiazepine). Schlaflosigkeit trägt zur Aufrechterhaltung der manischen Symptome bei.
- **Elektrokonvulsionstherapie:** Bei starker Fremd- und Selbstgefährdung oder bei Therapieresistenz gegen Psychopharmaka kann eine Elektrokonvulsionstherapie erwogen werden.
- **Psychoedukation**

LERNHINWEISE

!!! Prüfungswahrscheinlichkeit 80 %; besonders wichtig sind die Symptome der Manie. Eine eindrückliche Darstellung des Störungsbilds vermittelt der Film „Mr. Jones“, in dem Richard Gere einen manischen Patienten spielt.
 ✓ Die Manie stellt einen Pol der affektiven Störungen dar und ist keine eigenständige Erkrankung.

4.3 Bipolare affektive Störung

Bei einer bipolaren affektiven Störung treten sowohl depressive als auch manische Episoden auf. Leichtere Formen mit andauernder Instabilität der Stimmung und mit zahlreichen Perioden leichter Depression im Wechsel mit leicht gehobener Stimmung bezeichnet man als Zykllothymia.

Ursachen

Bei den bipolaren affektiven Störungen geht man ursprünglich, wie bei der Depression, von einer multifak-

torieilen Genese (> Kap. 4.1) aus: Relevant sind genetische Faktoren, Störungen im Neurotransmitterhaushalt, kritische Lebensereignisse als auslösende (nicht ursächliche) Faktoren, psychodynamische Faktoren sowie erlerntes (Fehl-) Verhalten.

KLASSIFIKATION

In der ICD-10 werden die bipolaren affektiven Störungen unter F31 kodiert. Weitere Unterkategorien kennzeichnen, ob gegenwärtig eine manische oder eine depressive Phase vorliegt.

Symptome

Die Symptomatik ist identisch mit der der Depression und Manie, mit dem Unterschied, dass beide Pole der affektiven Störung abwechselnd auftreten können. Nur selten sind beide Formen gleichzeitig anzutreffen (affektiver Mischzustand), in den meisten Fällen treten depressive und manische Schübe hintereinander auf.

In depressiven Phasen ist die häufig vorhandene Suizidalität zu berücksichtigen, in manischen Phasen kann stark selbstgefährdendes Verhalten vorliegen.

Verlauf, Diagnostik, Differenzialdiagnose und Therapie

- **Verlauf:** Bipolare affektive Störungen haben einen phasenhaften Verlauf. Gesunde Phasen wechseln sich mit manischen oder depressiven Episoden ab. Die vollständige Besserung zwischen den Episoden ist charakteristisch für dieses Störungsbild.
- **Diagnostik:** Die Diagnose kann nur im Verlauf gestellt werden. Eine bipolare affektive Störung liegt vor, wenn mindestens jeweils eine depressive und eine manische Phase durchlaufen wurden. Ein ausführlicher psychopathologischer Befund sowie Anamnese und Fremdanamnese bestimmen das diagnostische Vorgehen.
- **Differenzialdiagnose:** Bei einer **schizoaffektiven Störung** liegen zusätzlich schizophrene Symptome vor; eine **Borderline-Persönlichkeitsstörung** kann einer bipolaren Störung ähneln. Die Phasen

schwanken dabei aber viel häufiger und dauern oft nur Stunden an. Das Auftreten von Symptomen ist situationsabhängig.

• Therapie:

- Aufgrund der Suizidalität in depressiven Phasen oder wegen des selbstschädigenden Verhaltens während manischer Episoden kann eine stationäre Therapie notwendig sein.
- Bei leichteren Verläufen reicht häufig eine langfristige Dauermedikation mit Lithium aus. Bei entsprechender Motivation ist eine Psychotherapie möglich und sinnvoll.
- Während ausgeprägter depressiver oder manischer Phasen sind die therapeutischen Richtlinien für die jeweilig im Vordergrund stehende Episode zu wählen.

LERNHINWEISE

!!! Für die bipolaren affektiven Störungen gelten dieselben Aussagen wie für die unipolaren Störungen der Depression und Manie (> Kap. 4.1, > Kap. 4.2). Der Unterschied ist lediglich, dass bei bipolaren Störungen sowohl die Manie als auch die Depression auftritt, während bei unipolaren Störungen nur eine der beiden Störungen vorkommt.

- ✓ Etwa 1/3 der affektiven Störungen verlaufen bipolar.

4.4 Lernzielkontrolle Affektive Störungen

Die Prüfungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass der Bereich der affektiven Störungen neben dem der Schizophrenie am ausführlichsten geprüft wird. In den schriftlichen Prüfungen wird sehr detailliert in alle Teilbereiche hinein gefragt, ausgesprochen häufig nach den Diagnosekriterien der ICD-10. Auch müssen Symptomenkomplexe der einzelnen Formen affektiver Störungen bekannt und zuzuordnen sein.

In den mündlichen Prüfungen werden z. T. ebenfalls Details gefordert, es geht jedoch eher darum, als Prüfling zu zeigen, dass die einzelnen Störungsbilder in ihrem Auftreten, ihren Ursachen und ihren Gefahren für den Patienten verstanden worden sind. Ebenso ist zu Recht von einem angehenden Heil-

praktiker für Psychotherapie zu erwarten, dass er sowohl ausführliche Kenntnisse über Behandlungskonzepte hat, als auch fundiertes Wissen im Bereich

der Unterbringung und Abgrenzung seiner eigenen Behandlungsmöglichkeiten vorweisen kann.

Fragen zur selbstständigen Bearbeitung

1. In welchem Kapitel der ICD-10 werden die affektiven Störungen kodiert und was bedeuten die Begriffe unipolar und bipolar?
2. Benennen und beschreiben Sie die einzelnen Formen einer Depression.
3. Welche körperlichen Erkrankungen können ursächlich für eine Depression verantwortlich sein?
4. Welche psychoanalytischen Theorien stehen hinter der Entwicklung einer Depression?
5. In den Ursachen affektiver Störungen finden sich neurochemische Faktoren. Welche sind das?
6. Welche vegetativen Symptome können eine Depression begleiten?
7. Die Lerntheorie beschreibt für die Depression zwei Erklärungsmodelle. Benennen Sie diese.
8. Welche Erkrankungen müssen Sie differenzial diagnostisch von einer Depression abgrenzen?
9. Was ist eine Pseudodemenz?
10. Während einer Depression kann es zu formalen Denkstörungen und Störungen der Psychomotorik kommen. Welche sind das?
11. Was können Sie bezüglich der Depression im fortgeschrittenen Lebensalter sagen?
12. In der ICD-10 finden sich sowohl typische als auch häufige Symptome einer Depression. Benennen Sie diese und differenzieren Sie bezüglich der Schweregradeinteilung zur Diagnosestellung.
13. Wie lange müssen die Symptome eine Depression vorhanden sein, um den Diagnosekriterien der ICD-10 zu entsprechen. Gibt es Ausnahmen?
14. In der medikamentösen Behandlung affektiver Störungen kommt es auch zum Einsatz von Neuroleptika. Wann und in welcher Form passiert dieses?
15. Beschreiben Sie die möglichen Verlaufsformen einer Depression.
16. Welche depressiven Denkmuster sind Ihnen bekannt?
17. Welche Diagnosekriterien müssen laut ICD-10 für eine schwere depressive Episode (F32.2) erfüllt sein?
18. Was ist laut ICD-10 ein somatisches Syndrom?
19. Welche diagnostischen Mittel werden zur Feststellung einer Manie eingesetzt?
20. Bei manischen Patienten werden verschiedene Psychopharmaka eingesetzt. Welche sind das und wie wirken sie?
21. Differenzialdiagnostisch muss von einer Manie die Schizophrenie abgegrenzt werden. Weshalb?
22. Welche typischen Symptome finden sich bei einer Manie?
23. Die ICD-10 beschreibt eine Manie mit psychotischen Symptomen (F30.2). Welche Kriterien müssen zur Diagnosestellung erfüllt sein.
24. Welche Symptome kommen bei bipolaren Störungen vor?
25. Beschreiben Sie den Verlauf einer bipolaren Störung.



Koeslin J / Streiber S

[Psychiatrie und Psychotherapie für Heilpraktiker](#)

380 pages, pb
publication 2015



More books on homeopathy, alternative medicine and a healthy life www.narayana-verlag.com