



Psychotherapie-Fernlehrgang



Probeheft

LIKAMUNDI



Skript Nr. 5

Schizophrenie und Affektive Störungen (Endogene Psychosen)

Auszug

© Copyright: Heilpraktikerschule Likamundi, Drehergasse 12, 87629 Füssen,
Telefon 08362 / 92 11 97

Jeder Studienvertrag berechtigt zur Nutzung durch eine Person. Wiedergabe, Vervielfältigung und sonstige gewerbliche Verwertung, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung des Vereins. Zuwiderhandlungen werden strafrechtlich verfolgt.

Psychotherapie

Vorbereitung auf die amtsärztliche Psychotherapieprüfung

Schizophrenie und Affektive Störungen (Endogene Psychosen)

Inhalt

Auszug

Im Probeheft finden Sie einen exemplarischen Auszug aus dem Lehrheft:

B. Affektive Psychosen

1. Definition
 2. Epidemiologie
 3. Verlauf und Prognose affektiver Psychosen
 4. Ätiologische Befunde
 - 4.1. Der biologische Erklärungsansatz
 - 4.2. Psychologische Erklärungsansätze
 5. Depressive Episoden
 - 5.1. Symptomatik
 - 5.2. Klassifikation
 - 5.3. Diagnostik
 - 5.4. Weitere Formen in einem kurzen Überblick
 - 5.5. Therapie depressiver Erkrankungen
 6. Manische Episoden F30
 - 6.1. Symptomatik
 - 6.2. Therapie der Manie
 - 6.3. Diagnose
 - 6.4. Verlauf
 7. Bipolare affektive Störung F31
- Zusammenfassung und Lernhilfen

Fachbegriffe und Fremdwörter, Literaturhinweis
Überprüfungsfragen-Anhang

Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim durchschauen des Probeheftes zur Psychotherapie-Ausbildung!

Wenn Sie Fragen, Wünsche oder Anregungen haben freuen wir uns auf Ihren Anruf, Ihre email, Ihr Fax oder Ihren Brief.

Mit den der Sendung beigelegten Formularen haben Sie die Möglichkeit sich für die Ausbildung anzumelden, sei es im Fernlehrgang, per Selbststudium oder im Direktunterricht in der Jahresgruppe.

Sie können uns auch gerne im Internet besuchen unter:
www.likamundi.de

Ihr Team der Heilpraktikerschule Likamundi



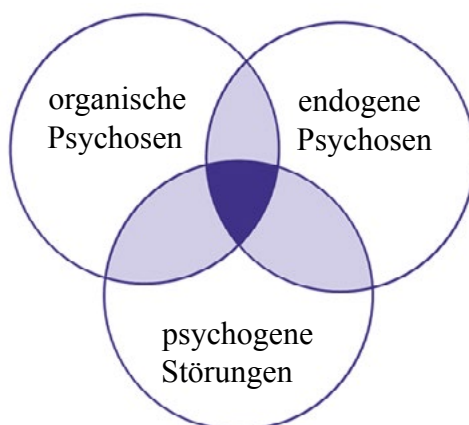
Endogene Psychosen

Lernziele:

Sie sollten am Ende der Lektion

- die endogenen Psychosen gegenüber psychogenen und exogenen Störungen abgrenzen können,
- die statistischen Zahlen hinsichtlich Erkrankungshäufigkeit und Vererbbarkeit benennen können,
- die Subtypen beschreiben können,
- die Verlaufsprognosen und Therapiemöglichkeiten benennen können.

Psychosen werden von FachärztInnen diagnostiziert und behandelt, die HeilpraktikerIn für Psychotherapie benötigt das in diesem Skript vermittelte Wissen im Hinblick auf den Aspekt der Volksgesundheit, um die endogenen Psychosen gegenüber psychogenen Störungen abgrenzen zu können.



Mit dem Begriff der endogenen Psychosen bezeichnete man im triadischen System die Schizophrenien und die manisch-depressiven Erkrankungen. Eine organische Ursache wird vermutet, ist aber bis heute nicht abschließend untersucht. Die Diagnose stützt sich auf den psychopathologischen Befund und den Ausschluss einer definierten körperlichen Erkrankung. Die Therapie umfasst medikamentöse und psychotherapeutische Maßnahmen.

Definition

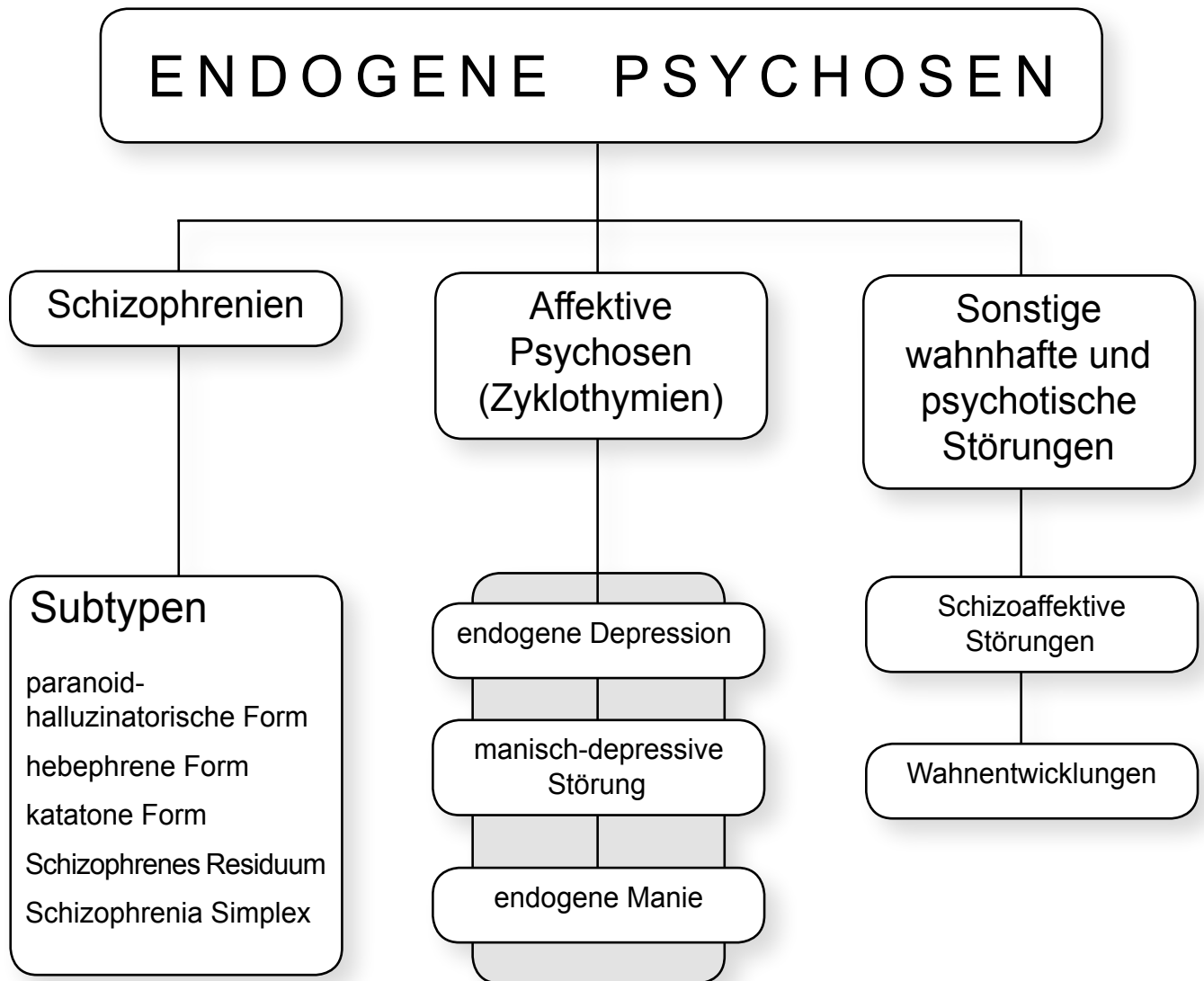
Endogene Psychosen sind konstitutionell-genetisch bedingte oder mitbedingte Erkrankungen mit Störungen der Realitätsbezüge, der Wahrnehmung, des Denkens und der Affektivität.

Klassifikation

Bis vor wenigen Jahren wurde in der Psychiatrie die Klassifikation nach ätiologischen Kriterien vorgenommen. Hieraus resultierte die Unterscheidung von Psychosen und Neurosen. Es wurde davon ausgegangen, dass den endogenen Psychosen körperliche Ursachen zugrunde liegen, auch wenn diese (noch) nicht abschließend nachgewiesen sind. Die Ergebnisse der klinischen Forschungen in den letzten Jahren haben jedoch dazu geführt, dass die ätiologische Sichtweise zugunsten einer phänomenologischen mehr und mehr aufgegeben wird. Die Frage nach den Ursachen ist oftmals nicht zu beantworten. Zum Beispiel tauchen im Zusammenhang depressiver Syndrome viel-

fältige Symptome auf, denen eine organische oder nicht organische Ursache gar nicht zugeordnet werden kann. Von daher werden Depressionen heute nach Dauer und Schweregrad unterschieden. In der ICD-10 wird die Unterscheidung von Neurosen und Psychosen nicht beibehalten, stattdessen werden die Störungen ihrer Hauptthematik und ihrer Ähnlichkeit im Erscheinungsbild entsprechend zusammengefasst. (Vgl. Skript „Klassifikation und Diagnostik“)

Der Ausdruck „psychotisch“ findet in der aktuellen ICD nur mehr im beschreibenden Sinne Verwendung und sagt nichts über eine zugrundeliegende Krankheitsursache aus. Dies bedeutet, dass mit dem Begriff „psychotisch“ bestimmte psychotische Symptome wie zum Beispiel Wahn oder Halluzination gefasst werden, ohne dass eine Aussage zur Psychodynamik gemacht wird.



Trotz dieser deutlichen terminologischen Veränderungen behalten wir den klassischen Begriff der Psychosen bei, da dieser nach wie vor prüfungsrelevant ist und fester Bestandteil der wissenschaftlichen und vorwissenschaftlichen Diskussion. Um die Brücke zu schlagen zwischen den alten und neuen klassifikatorischen Einteilungen, werden die neuen Begriffe durch die älteren Termini ergänzt, wo es sinnvoll ist oder prüfungsrelevant.

Lernhinweis! Endogene Psychosen sind meist ein sehr wichtiges Prüfungsthema.

B. Affektive Psychosen

Synonym: Affektive Psychosen, Cyclothymien, manisch-depressive Krankheiten

Lernziel

Am Ende der Lektion sollten Sie

- Definition der affektiven Psychosen

sowie die wichtigen Aussagen über

- Epidemiologie
- Ätiologie
- Symptomatik
- Verlauf
- Diagnose und Differentialdiagnose
- Therapie

beherrschen.

1. Definition

Kennzeichen der affektiven Störungen ist eine krankhafte Veränderung der Stimmung, die das Erleben der Wirklichkeit und das Verhalten deutlich beeinflusst. Die Stimmung kann depressiv oder manisch verändert sein, das depressive und das manische Syndrom kann unipolar oder im Wechsel (bipolar) auftreten.

Merke

Affektive Psychosen können sowohl unipolar (monopolar) als auch bipolar verlaufen.

In der Diagnostik affektiver Erkrankungen haben sich die beiden wichtigsten Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM IV weitgehend aneinander angeglichen. Beide unterscheiden:

- manische Episoden
- depressive Episoden
- bipolare affektive Störung

Hinweis!

Viele Autoren haben die Einteilung in neurotisch/psychogen und endogen beibehalten, somit werden endogene und neurotische Depressionen unterschieden. Hieraus ergeben sich erhebliche Unterschiede in verschiedenen Angaben (Epidemiologie, Ätiologie, Genese, Therapie u.a.). Bitte beachten Sie dies beim Studium der Literatur.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit und wegen der nach wie vor relevanten Unterscheidung von Psychosen und Neurosen für die psychotherapeutische Praxis sind wir in diesem Punkt weitgehend dem klassischen Konzept gefolgt. Sie finden Ausführungen zu den neurotischen Depressionen im Skript "Neurotische- und Belastungsstörungen".

2. Epidemiologie

Prävalenz: 0,6 – 0,9 %

Für Depressionen aller Art ist die Prävalenz wesentlich höher, die Angaben variieren.

Erstmanifestation vom 20. bis 70. Lebensjahr möglich

Die häufigste Erstmanifestation bipolarer affektiver Psychosen liegt im 4. Lebensjahrzehnt.

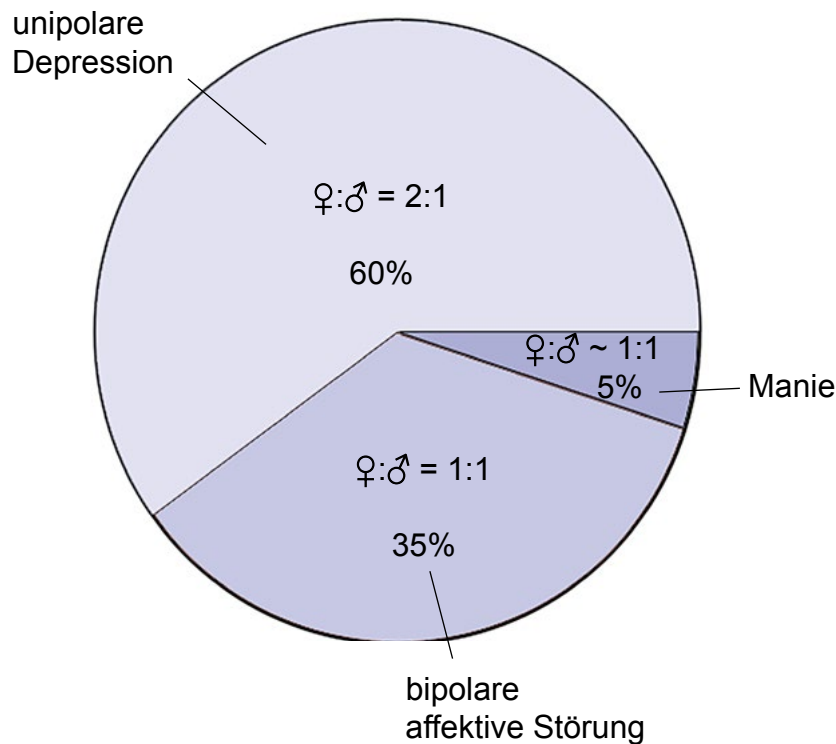
Ein Häufigkeitsgipfel der Erstmanifestation findet sich bei der Depression zwischen dem 20. und 29. Lebensjahr, ein weiterer zwischen dem 50. und 59. Lebensjahr. Bei der Manie liegt der Häufigkeitsgipfel zwischen dem 25. und 35. Lebensjahr.

Die Geschlechtsverteilung (Frauen/Männer):

unipolare Depression: 2:1

bipolare Störung: 1:1

Manie: 1:1



Unipolar (monopolar) verlaufende Depressionen machen unter den affektiven Störungen den größten Anteil, nämlich 60 % aus, 35 % sind bipolare affektive Störungen und nur 5 % sind unipolar manische Episoden.

3. Verlauf und Prognose affektiver Psychosen

Affektive Psychosen können unipolar oder bipolar verlaufen. Sie können einmalig (monophasisch) oder wiederholt (polyphasisch) auftreten.

Am häufigsten sind polyphasisch monopolare Depressionen. Das Verhältnis von depressiven zu manischen Phasen ist 3 : 1. Die Phasen können von gegenläufigen Schwankungen (subdepressiv, hypomanisch) gefolgt sein.

Bei bipolaren Verläufen muss im Durchschnitt mit 6 Episoden, bei monopolarer mit 4 gerechnet werden. Depressive Phasen können sowohl schleichend als auch abrupt beginnen, manische setzen meist rasch ein.

Die Dauer der Phasen variiert von 4 bis 6 Monaten bis maximal 1 Jahr. Manische Phasen sind häufig kürzer als depressive. Auch die Zeiten zwischen den Episoden, die symptomfreien Intervalle können sehr unterschiedlich sein.

Hochfrequente Verläufe mit mehr als 4 Phasen im Jahr werden *rapid cyclers* genannt.

Die psychotischen Phasen klingen meist mit völliger Remission wieder ab. Insgesamt sind jedoch chronische Verläufe mit dauernden Behinderungen und bleibenden Symptomen keine Seltenheit.

Die Prognose bei depressiven Störungen wird durch das Suizidrisiko maßgeblich bestimmt. Bei psychotischen Depressionen liegt die Suizidhäufigkeit bei 10%, auch bei anderen Depressionsformen ist die Suizidalität stets als erheblicher Gefährdungsfaktor zu berücksichtigen.

Ein insgesamt sehr kleiner Teil der Betroffenen zeigt schwere, strukturelle Persönlichkeitsveränderungen, vergleichbar mit den Phänomenen der Schizophrenie.

Die Prognose reicht von vollständiger Remission über seltenere Residualzustände, Chronifizierung bis zu Tod (während einer Phase oder durch Suizid). Die Prognose wird durch allgemein erhöhte Mortalität, Suizidrisiko, Rückfallgefährdung und Chronifizierung verschlechtert.

4. Ätiologische Befunde

Affektive Störungen sind multifaktoriell bedingt. Kein Modell kann für sich in Anspruch nehmen, die Ursachen der affektiven Störungen erklären zu können. Angesichts der Verschiedenartigkeit der Syndrome ist es wahrscheinlich, dass jeweils mehrere Faktoren zusammenwirken. Biologische und psychologische Faktoren tragen zur Entstehung bei. Es gibt inzwischen eine große Vielfalt an Erklärungsansätzen, von denen hier die wichtigsten kurz skizziert werden.

4.1. Der biologische Erklärungsansatz

Der biologische Ansatz geht davon aus, dass Depressionen sowohl durch genetische als auch durch biochemische Faktoren verursacht werden. Es werden jedoch teilweise zeitliche Zusammenhänge kausalen Zusammenhängen gleichgestellt, so dass nicht immer klar ist, wo die Aussagen ursächlich erklärend, wo lediglich beschreibend sind.

Genetische Faktoren

Besonders für bipolare affektive Psychosen konnte eine genetische Disposition belegt werden. Es zeigte sich bei Verwandten ersten Grades eine familiäre Häufung.

Die Erkrankungswahrscheinlichkeit (Morbidität) für Kinder beträgt,
wenn beide Elternteile an einer affektiven Psychose erkrankt sind, 30 – 40%
wenn ein Elternteil erkrankt ist, 10 – 15 %

Das Erkrankungsrisiko der Kinder bei einem kranken Elternteil beträgt:
bei unipolarer Depression ca. 10 %
bei bipolaren Psychosen ca. 20 %

Die Übereinstimmungsrate für eineiige Zwillinge liegt bei 70 %, für zweieiige bei 20 %.

Merke

Für die affektiven Psychosen besteht eine genetische Disposition.

Die biochemischen Hypothesen

Die Hypothesen der biologischen Psychiatrie gehen davon aus, dass Depressionen durch Funktionsstörungen in den Neurotransmissionssystemen oder einen Mangel an biogenen Aminen (wie Noradrenalin, Acetylcholin oder Serotonin) hervorgerufen werden.

Es ist bisher nicht nachgewiesen, ob die Veränderungen in den Neurotransmissionssystemen Ursache oder Folge der depressiven Erkrankung sind.

Neurotransmitter sind die chemischen Botenstoffe der Nervenzellen, mit deren Hilfe Impulse weitergeleitet werden. Niedrige Aktivität von Noradrenalin und Serotonin wurden mit unipolarer Depression in Verbindung gebracht.

Die **Serotonin-Hypothese** besagt, dass bei Depression eine erniedrigte Konzentration dieses Neurotransmitters vorliegt.

Die **Noradrenalin-Hypothese** besagt, dass bei Depressionen Mangel, bei Manien Überschuss an Noradrenalin an den Rezeptoren im Gehirn vorherrscht. Diese Hypothese wird häufig auch Katecholamin-Hypothese genannt, da das Noradrenalin zur Stoffgruppe der Katecholamine gehört.

Außerdem wird eine veränderte Empfindlichkeit der Rezeptoren vermutet, die Noradrenalin und Serotonin aufnehmen.

Die **adrenerge-cholinerge Ungleichgewichtshypothese** besagt, dass das Gleichgewicht des adrenergen und cholinergen Neurotransmittersystem verschoben ist:

- bei Depression dominiert das cholinerge System
- bei Manie dominiert das adrenerge System

Hypothesen über prä- und postsynaptische Rezeptorveränderungen besagen, dass bei endogener Depression eine postsynaptische Aminostoffwechselstörung aufgrund erniedrigter Rezeptorsensitivität vorliegt, während bei anderen Formen depressiver Erkrankungen, etwa der neurotischen Depression, eher präsynaptische Störungen mit einem Defizit der Neurotransmitter wahrscheinlich seien.

Eine neurobiologische Störung, die Ätiologie und Pathogenese affektiver Psychosen erklären könnte, ist noch nicht gefunden worden. Antidepressiva hemmen u.a. die präsynaptische Wiederaufnahme von biogenen Aminen an der Nervenendigung.

Merke

Bei den endogenen Depression finden sich immer biochemische Veränderungen. Es ist jedoch nicht klar, ob sie Ursache oder Folge der Erkrankung sind.

Neuroendokrinologische Befunde weisen auf eine Regulationsstörung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden- bzw. Schilddrüsen-Achse hin. Bei unipolarer Depression wurde ein abnormal hoher Kortisolspiegel nachgewiesen (Kortisol ist ein Hormon, das von der Nebennierenrinde bei Belastungen abgegeben wird). Ein weiteres Hormon, das mit Depressionen in Verbindung gebracht wird ist Melatonin. Es spielt bei der Aufrechterhaltung des zirkadianen Rhythmus eine wichtige Rolle. Es wird nur im Dunkeln ausgeschüttet, also vermehrt in langen Winternächten.

Exkurs: Zirkadiane Rhythmen und Depression

Unser Leben wird strukturiert von Zyklen und Rhythmen, täglichen, monatlichen, jahreszeitlichen und jährlichen. Der 24-Stunden-Tag stellt den Zyklus dar, an den unsere gewöhnlichsten Aktivitäten angepasst sind: Schlafen, Essen, Arbeiten. Zwar werden uns unsere täglichen Rhythmen weitgehend von unserer Umwelt vorgegeben, doch auch eine Art innere Uhr steuert sie. Die Zeitgeber dieser Uhr sind wiederkehrende biologische Schwankungen, die sogenannten zirkadianen Rhythmen. Sie steuern minutiös regelmäßige Veränderungen der Körpertemperatur, der Hormonausschüttung und des REM-Schlafes, einer Schlafphase dicht am Wachzustand, in der wir träumen. Ein flexiblerer Rhythmus steuert den Schlaf-Wach-Zyklus und den Aktivität-Ruhe-Zyklus. Die meisten Menschen können an einem Abend spät und am anderen früh schlafen gehen und haben keine Probleme, ein- und durchzuschlafen; doch zugleich folgt ihre Körpertemperatur ganz genau dem üblichen Muster mit einem Gipfel am Nachmittag und einem Tiefpunkt am Morgen. In verschiedenen Untersuchungen in den 80er Jahren wurde festgestellt, dass Depression auf eine Desynchronisierung zwischen den zirkadianen Rhythmen des Körpers und dem Rhythmus der Umwelt zurückzuführen ist. Depressive Menschen kommen nach dem Einschlafen sehr bald in den REM-Schlaf und haben insgesamt mehr REM-Schlaf in den frühen Schlafstadien und weniger gegen Morgen, der grundlegende Rhythmus ist umgekehrt. Depressive haben insgesamt weniger Tiefschlaf. Behandlungen in Schlaflabors, bei denen Depressive in bestimmten Schlafphasen immer wieder geweckt wurden oder der Schlaf weitgehend entzogen wurde, zeigten Erfolge, es trat eine deutliche Stimmungsbesserung ein.

Chronobiologische Faktoren

Zu den chronobiologischen Faktoren gehören saisonale und zirkadiane Auffälligkeiten. Die Tagesschwankungen sowie die bei endogenen Depressionen typischen Durchschlafstörungen sind Ausdruck einer zirkadianen Rhythmusstörung. Folgende Merkmale wurden beobachtet:

- Verringerung der Tiefschlafstadien
- längere Einschlafzeit
- verkürzte REM-Latenz
- verschiedene Rhythmen sind desynchronisiert.

Die Wirksamkeit des **Schlafentzugs** beruht offenbar auf einer Wiederherstellung des Gleichgewichts der Rhythmen.

Ein Teil der Depressionen zeichnet sich durch eine saisonale Rhythmik aus mit Häufung im Frühjahr und Herbst. Eine Sonderform ist die **saisonale Depression**, die nur im Herbst/Winter auftritt. Sie fällt durch atypische Symptomatik wie etwa gesteigerten Appetit und Schlafbedürfnis auf.

Als auslösende **somatische Faktoren** gelten hormonelle Veränderungen bzw. Störungen bei Operationen, Abmagerungskuren, in der Schwangerschaft, im Wochenbett u.a.

Lernhinweis!

Die Ausführungen zu den biologischen Faktoren sollen ein tieferes Verständnis ermöglichen. Im Hinblick auf die Prüfung reicht es, die in der Zusammenfassung wiederholten Fakten zu wissen.

4.2. Psychologische Erklärungsansätze

Persönlichkeitspsychologische Aspekte

Die Annahme, dass ein bestimmter Persönlichkeitstyp zur manisch-depressiven Erkrankung und zur endogenen Depression disponiert, hat gegenüber der Annahme der multifaktoriellen Genese kaum noch Bedeutung.

Der „Typus Melancholicus“ wird als eine Persönlichkeit beschrieben, die sich vor allem durch eine starre Orientierung an Leistung, Normen und Ordnung auszeichnet. Inzwischen haben Untersuchungen jedoch gezeigt, dass das Spektrum der prämorbiden Persönlichkeit bei depressiven Patienten sehr viel weiter ist. Patienten mit bipolaren Psychosen zeigen noch seltener übereinstimmende Merkmale bezüglich ihrer prämorbidem Persönlichkeitsstruktur.

Kritische Lebensereignisse (Life events)

Depressive Patienten berichten signifikant häufiger von kritischen Ereignissen vor Ausbruch der Erkrankung, insbesondere Trennungserlebnisse, Entwurzelung, Wochenbett, aber auch Entlastung und Veränderungen der gewohnten Lebensweise. Es gibt jedoch auch eine große Anzahl von depressiven Personen, die ohne erkennbares auslösendes Ereignis klinisch auffällig werden.

5. Depressive Episoden

Endogene Depression ist nicht mit vorübergehender Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit gleichzusetzen, sondern bezeichnet eine Krankheit, die die Wahrnehmung, das Denken und Handeln sowie die gesamte Psychomotorik umfasst – hervorstechendes Merkmal ist die verflachte oder (beinahe) erloschene Gefühlswelt.

5.1. Symptomatik

Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit, Interesseverlust, Hoffnungslosigkeit, Antriebsmangel, häufig begleitet von Ängstlichkeit und erhöhter Ermüdbarkeit gelten als zentrale Symptome des depressiven Syndroms.

Es folgt eine Zusammenstellung möglicher Symptome, wobei zu beachten ist, dass diese nicht nur bei depressiven Erkrankungen vorkommen und depressive Patienten in unterschiedlicher Gewichtung individuell zusammengesetzte Muster von Symptomen haben können.

Verhalten, Motorik, Erscheinungsbild

Körperhaltung:

kraftlos, gebeugt, spannungsarm, langsame Bewegungen; seltener agitiert, nervös, unruhig

Gesichtsausdruck:

traurig, weinerlich, vertiefte Falten, maskenhaft erstarrt; seltener angespannte Mimik;

Sprache: leise, monoton, langsam

allgemeine **Aktivitätsminderung** bis zum Stupor, wenig Abwechslung, Probleme bei der Bewältigung alltäglicher Anforderungen

emotional

niedergeschlagen, hilflos, traurig, hoffnungslos, einsam, verlassen, Schuldgefühle, Feindseligkeit, Angst und Sorgen, Gefühl der Gefühllosigkeit und Distanz zur Umwelt

psychologisch-vegetativ

innere Unruhe, Erregung, Spannung, Reizbarkeit, Ermüdung, Schwäche, Schlafstörungen, tageszeitliche Schwankungen im Befinden, Wetterfühligkeit, Appetit- und Gewichtsverlust, Verlust sexuellen Interesses, Enge oder Druck im Brustbereich, allgemeine vegetative Beschwerden: Kopfdruck, Magenbeschwerden, Verdauungsstörungen

imaginativ/kognitiv

negative Einstellung gegenüber sich selbst (den eigenen Fähigkeiten und dem eigenen Erscheinungsbild), und der Zukunft (z.B. imaginierte Vorstellung von Sackgasse, schwarzem Loch), Pessimismus, permanente Selbstkritik, Selbstunsicherheit, Hypochondrie, Einfallsarmut, langsames mühseliges Denken, Konzentrationsprobleme, zirkuläres Grübeln, Erwartung von Strafe oder Katastrophen, Wahnvorstellungen (z.B. Versündigungs-, Insuffizienz- und Verarmungswahn), rigides Anspruchsniveau, nihilistische Ideen der Ausweglosigkeit und Zwecklosigkeit des eigenen Lebens, Suizidideen

motivational

Misserfolgsorientierung, Rückzugs- bzw. Vermeidungshaltung, Flucht und Vermeidung von Verantwortung, Erleben von Nicht-Kontrolle, Hilflosigkeit, Interesseverlust, Antriebslosigkeit, Gefühl des Überfordertseins, Rückzug bis zum Suizid oder Zunahme der Abhängigkeit von anderen

Aufgrund des Erscheinungsbildes lassen sich folgende Subtypen der Depression unterscheiden:

Manifestationsform	vorherrschende Symptomatik
agitierte Depression	Getriebenheit, ängstliche Unruhe
gehemmte Depression	Reduktion von Psychomotorik und Aktivität, Extremfall: depressiver Stupor
larvierte Depression	versteckte D., vegetative und funktionelle Störungen bestimmen das Bild
anankastische Depression	Zwangsgedanken, -impulse
phobische Depression	phobische Ängste
hysteriforme Depression/ Jammerdepression	demonstrativ anmutende, gebärdenreiche Klagen
wahnhafte Depression	Wahngedanken, psychotische Symptome

Typische Merkmale des somatischen Syndroms nach ICD-10 sind folgende:

- Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten
- mangelnde/fehlende Reagibilität auf Erfreuliches
- Früherwachen
- Morgentief
- psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit
- deutlich verminderter Appetit, Gewichtsverlust
- Libidoverlust, sexuelle Interesselosigkeit

Depressive Wahnphänomene

Bei 8 – 10 % der stationär behandelten depressiv Erkrankten treten mehr oder weniger ausgeprägte Wahnsymptome auf. Oftmals steht der Wahnhalt in Übereinstimmung mit den depressiven Themen der Unzulänglichkeit, der Schuld, des Todes und einer als verdient angenommenen Strafe. Häufig anzutreffende Wahnhalte sind:

- Versündigungswahn

Der Betroffene glaubt ohne Grund, schwerste Verbrechen begangen zu haben oder wertet kleine Vergehen oder innere Versuchungen als unverzeihliche Sünden. Er glaubt oft, dass nicht nur er selbst in diesem und in einem jenseitigen Leben bestraft wird, sondern auch alle Angehörigen und die gesamte Welt.

- Hypochondrischer Wahn

Der Betroffene ist von dem Glauben dominiert, eine besonders schlimme Krankheit zu haben. Die depressive Erkrankung wird dabei häufig verleugnet. Oft richten sich die Befürchtungen auf den Bauch und die Verdauung, zum Beispiel als Angst, der Darm sei verschlossen oder es sei wochenlang kein Stuhlgang mehr erfolgt.

- **Verarmungswahn**

Die Verarmung wird hier in einer Form befürchtet, wie sie nicht vorkommen kann. Oft wird angenommen, dass die Krankenhausrechnung nicht bezahlt werden kann und dass auch die Familie von finanziellem Ruin und Hunger nicht verschont bleiben wird.

- **Nihilistischer Wahn**

Bei dieser schwersten Form des Wahns glaubt der Betroffene, nicht mehr zu existieren so wie auch die Welt nicht mehr existiert.

Bei Auftreten einer solchen Wahnsymptomatik ist immer von einer schweren Depression mit erheblicher Eigengefährdung auszugehen.

5.2. Klassifikation

5.2.1. Einteilung der Krankheitsbilder nach dem triadischen System

5.2.2. Einteilung nach ICD-10

5.2.1. Einteilung der Krankheitsbilder nach dem triadischen System

Nach dem klassischen triadischen System wird zwischen exogener, endogener und neurotischer Depression unterschieden.

Exogene Depression

Synonym: Somatogene Depression

Die exogene Depression bewirkt als Folge von körperlicher Erkrankung (z.B. Stoffwechselprodukte einer Tumorerkrankung) eine allgemeine Herabgestimmtheit und Einschränkung der Gefühlswelt.

Bei diesen Depressionen liegt eine körperliche Grunderkrankung vor, oder sie wurden durch den Einfluss toxischer Substanzen (Medikamente, Drogen, Alkohol, Schwermetalle u.a.) ausgelöst. Die exogenen Depressionen werden in symptomatische und organische unterschieden.

Symptomatische Depressionen treten als Begleit- oder Folgeerscheinungen auf:

- bei körperlichen Erkrankungen (nicht primär das ZNS betreffend) wie Stoffwechselstörungen oder endokrine Syndrome
- bei Intoxikationen
- nach Operationen
- Alkoholismus
- durch Drogen oder Medikamente induziert (eine große Anzahl von Medikamenten wirkt depressiogen)

Organische Depressionen werden durch Hirnerkrankungen verursacht. Sie treten nach Infarkten, Schädel-Hirn-Traumen, bei Epilepsie, Oligophrenie, bei Hirn(haut)-entzündungen und Hirntumoren auf. Sie können auch durch atrophische und gefäßbedingte Hirnerkrankungen des Alters hervorgerufen werden. (siehe auch Skript: Organisch bedingte psychische Störungen)

Endogene (psychotische) Depression

„Endogen“ bezeichnet eine Entstehung ohne erkennbare exogene oder psychogene Ursache. Bei der endogenen Depression erscheint die Gefühlswelt wie eingefroren. Diese Form entspricht weitgehend der schweren depressiven Episode nach ICD-10, die somatisch-vitale Symptomatik ist voll ausgeprägt, häufig besteht ein Wahn. Hierher gehört auch der Begriff der **Melancholie**, die eine besonders stark ausgeprägte depressive Verstimmung meint, oftmals begleitet von affektivem Stupor und katathymen Wahnerlebnissen.

Das Suizidrisiko bei den schweren depressiven Bildern ist hoch:

Suizidversuche treten bei 20 – 60% im Verlauf auf, 15% begehen Suizid.

Psychogene Depression

Hierher gehören die neurotische Depression und die reaktive Depression. Die neurotische Depression ist psychogen verursacht, die Wurzeln reichen in die frühe Kindheit. Neurotisch depressive Personen gelangen nicht zur vollen Lebensfreude und tragen – oft unbemerkt - eine ständig bedrückende Last. (Siehe Skript "Neurotische- und Belastungsstörungen.")

Differentialdiagnose

endogene Depressionen	psychogene Depressionen
Durchschlafstörungen, Früherwachen Morgentief Gefühl der Gefühllosigkeit Fehlen erkennbarer Auslöser phasischer Verlauf umweltstabil genetische Belastung Wahn	Einschlafstörungen Abendtief Stimmungswechsel Konflikte, Belastungen früher Beginn, jahrelanger Verlauf situationsabhängig biographische Auffälligkeiten

endogene Depression	Demenz
meist rascher, erkennbarer Beginn episodischer Verlauf Stimmung ist beständig depressiv weiß-nicht Antworten sind typisch Patient klagt über kognitive Einbußen Selbstanklage, Schuldgefühle	schleichender, unklarer Beginn chronischer Verlauf wechselnde Stimmungs- und Verhaltens- auffälligkeiten annähernd richtige Antworten überwiegen Patient versucht Defizite zu verbergen Orientierungs- und Gedächtnisstörungen

5.2.2. Einteilung nach ICD-10

Die ICD-10 unterscheidet die depressiven Störungen wie folgt:

Leichte Episode F32.0

Typische Symptome:

- depressive Stimmung,
- Verlust von Interesse oder Freude
- erhöhte Ermüdbarkeit

Keines der Symptome ist besonders ausgeprägt, mindestens zwei der o.g. und zwei der anderen sollten vorhanden sein. Der Betroffene leidet darunter und kann seine sozialen und beruflichen Aktivitäten nur unter Schwierigkeiten aufrechterhalten.

Mittelgradige Episode F32.1

Symptome wie oben, jedoch ausgeprägter, mindestens zwei (besser drei) und mindestens drei der anderen Symptome.

Die sozialen, häuslichen und beruflichen Aktivitäten können nur unter erheblichen Schwierigkeiten fortgesetzt werden.

Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome F32.2

Der Patient zeigt meist erhebliche Verzweiflung und Agitiertheit, es sei denn, Hemmung ist ein führendes Symptom. Verlust des Selbstwertgefühls, Gefühle von Nutzlosigkeit oder Schuld sind meist vorherrschend, in besonders schweren Fällen besteht ein hohes Suizidrisiko. Es wird vorausgesetzt, dass das somatische Syndrom bei schweren depressiven Episoden praktisch immer vorhanden ist.

Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen F32.3

Sie erfüllt die Kriterien der F32.2, und es treten Wahnideen, Halluzinationen oder ein depressiver Stupor auf. Der Wahn schließt gewöhnlich Ideen der Versündigung, der Verarmung oder einer bevorstehenden Katastrophe ein, für die sich der Patient verantwortlich fühlen kann. Die akustischen Halluzinationen bestehen gewöhnlich aus diffamierenden oder anklagenden Stimmen; die Geruchshalluzinationen beziehen sich auf Fäulnis oder verwesendes Fleisch. Eine schwere psychomotorische Hemmung kann sich bis zum Stupor steigern.

Rezidivierende depressive Störung F33

Hierbei handelt es sich um dasselbe Bild wie unter F32 beschrieben, jedoch bleibt es nicht bei einer einzelnen Episode, sie wiederholen sich. Sie werden häufig durch belastende Ereignisse ausgelöst.

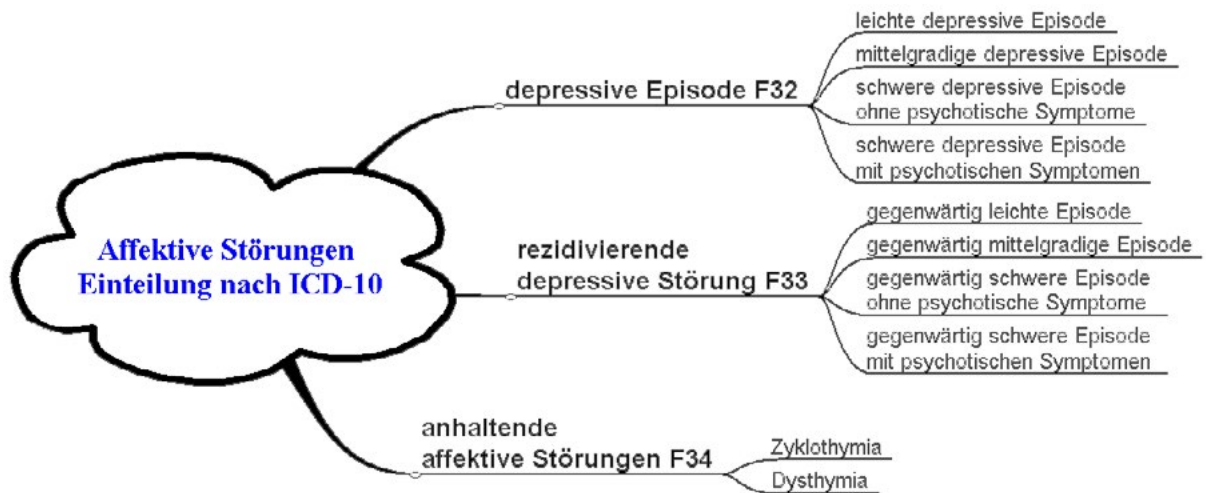
Auftreten: meist im 5. Lebensjahrzehnt

Episodendauer: 3 – 12 Monate (im Mittel etwa 6 Monate)

Verhältnis Frauen / Männer: meist 2 / 1

Anhaltende affektive Störung, Dysthymia F34.1

Diese kann nach dem triadischen System als neurotische Depression bezeichnet werden.



5.3. Diagnostik

5.3.1. Diagnostische Kriterien für eine Depressive Episode nach ICD-10

Die Diagnose der Depression beruht auf einer Reihe von Untersuchungen und Erhebungen:
 psychopathologische Untersuchung (Nachweis der Symptome)
 Anamnese (Eigen- und Fremdanamnese)
 testpsychologische Verfahren (Fragebögen und Skalen)
 internistische Untersuchung
 neurologische Untersuchung

Differentialdiagnose

depressive Verstimmungen bei Schizophrenie
 Hirnorganische Depression
 Depression bei Körpererkrankung
 Suchterkrankung
 Angststörung
 depressive Reaktion, neurotische Depression

5.3.1. Diagnostische Kriterien für eine Depressive Episode nach ICD-10

1) gedrückte Stimmung, Verlust an Interesse und Freude, Verminderung des Antriebs

2) Weitere, häufige Symptome sind:

- verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit,
- vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen,
- Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit,
- negative und pessimistische Zukunftsperspektiven,
- Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzungen oder Suizidhandlungen
- Schlafstörungen
- verminderter Appetit

3) Mindestdauer 2 Wochen

4) Ergänzend wird das vorherrschende Bild nach folgenden Kriterien beschrieben:

- Beurteilung des Schweregrades (leicht, mittel, schwer)
- Vorhandensein des somatischen Syndroms
 - Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten
 - mangelnde/fehlende Reagibilität auf Erfreuliches
 - Früherwachen
 - Morgentief
 - psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit
 - deutlich verminderter Appetit, Gewichtsverlust
 - Libidoverlust, sexuelle Interesselosigkeit
- Vorhandensein psychotischer Symptome
 - Wahnideen
 - Halluzinationen
 - depressiver Stupor
- Merkmale des Verlaufs (rezidivierend, chronisch oder saisonal abhängig)

5) Bipolare affektive Störungen und Zykllothymia sind abzugrenzen, auch wenn die depressiven Episoden bei diesen Erkrankungen ein identisches Bild zeigen.

5.4. Weitere Formen in einem kurzen Überblick

Saisonale Depressionen

Saisonale Depressionen sind jahreszeitlich gebundene depressive Phasen mit erhöhtem Schlafbedürfnis und Heißhunger bzw. Gewichtszunahme. Als Ursache werden neurochemische Prozesse vermutet, die mit der geringen täglichen Lichtmenge zusammenhängen (siehe S. 30, Melatonin).

Larvierte Depression

Die depressive Störung ist verborgen hinter einem körperlichen Beschwerdebild. Analog zu den möglichen depressiven Begleitsymptomen finden sich: Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Magen-Darm-Beschwerden.

Erschöpfungsdepression

Sie tritt nach Dauerbelastung auf bzw. nach wiederholten Psychotraumen. Ihre Symptome sind Müdigkeit, Erschöpfungs- und Schwächegefühl, Reizbarkeit und Nervosität, affektive und vegetative Labilität, Schlafstörungen, rasche Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwäche, diverse psychosomatische Beschwerden.

Spätdepression

Synonym: Involutionsdepression

Auftreten nach dem 45. Lebensjahr. Häufige psychogene Auslöser sind Trennung vom Lebenspartner, Schwierigkeiten mit dem Älterwerden, bevorstehendes Ausscheiden aus dem Berufsleben u.a.

Altersdepression

Auftreten nach dem 60. Lebensjahr. Sie ist die häufigste psychische Erkrankung, die Prävalenz wird auf mindestens 10% geschätzt. Hier besteht große Suizidgefahr.

Depressive Syndrome in Schwangerschaft und Wochenbett

Sie treten 10mal häufiger im Wochenbett als in der Schwangerschaft auf; sie zeigen sich in Depressivität bis hin zur Suizidalität, meist begleitet von Erregtheit und Unruhe, Angstgefühlen, Ratlosigkeit, Stimmungs labilität. Es besteht Suizidgefahr auch im Sinne von erweitertem Suizid (Mutter und Kind).

Häufigkeit: 0,4 – 2%, Rezidive sind auch ohne erneute Schwangerschaft/Wochenbett möglich.

5.5. Therapie depressiver Erkrankungen

5.5.1. Somatische Therapie

5.5.2. Psychotherapie

Am Anfang jeder Behandlung steht die Einschätzung der Suizidalität und der Schwere der Depression, um entscheiden zu können, ob eine Therapie ambulant oder stationär durchgeführt werden kann. Bei Suizidgefahr ist eine stationäre Behandlung angezeigt. Die psychopharmakologische Behandlung ist vorrangig. Daneben werden modifizierte psychotherapeutische Verfahren angewandt, zudem Beschäftigungstherapie, Musiktherapie und Krankengymnastik.

5.5.1. Somatische Therapie

Medikamentöse Behandlung

Die medikamentöse Behandlung ist zur Zeit das Standardverfahren.

Es werden vor allem Antidepressiva (Thymoleptika) eingesetzt, die eine gewünschte Stimmungsaufhellung des Patienten bewirken. Die Medikamente werden nach folgenden Kriterien ausgewählt:

- Zielsymptomatik
- Nebenwirkungsprofil
- weitere Erkrankungen
- früheres Ansprechen auf Medikamente

Je nach Zielsymptomatik wird die Medikation differenziert. Ein psychomotorisch gedämpfter Patient bekommt ein anderes Medikament als ein agitierter, unruhiger Patient.

Wichtig!

Wenn ein psychomotorisch aktivierendes Medikament gegeben wird, ist auf erhöhte Suizidgefahr zu achten. Dies gilt für die Verbesserung des antriebsgemmtten Zustands allgemein.

Je nachdem welche weiteren Symptome vorhanden sind, werden andere Medikamente zusätzlich verabreicht, z.B.:

- | | |
|-----------------------------|--------------|
| - psychotische Wahnsymptome | Neuroleptika |
| - ausgeprägte Angst | Tranquilizer |

Bei der Behandlung mit Antidepressiva können zahlreiche Nebenwirkungen auftreten:

- Blutdrucksenkung/-erhöhung
- Trockenheit der Schleimhäute
- Speichelfluss
- Hautrötung/Blässe
- Tremor
- Delir
- Krampfanfälle
- beschleunigter Herzschlag, Herzjagen oder verlangsamter Herzschlag
- Durchfall/Verstopfung
- Fieber
- Schlafstörungen, Unruhe
- produktiv-psychotische Symptome (Halluzinationen, Wahnideen)
- suizidale Impulse

Schlafentzug (Wachtherapie)

Durch totalen oder partiellen Schlafentzug kommt es zur Milderung der Depression, evtl. auch zur Verbesserung der Tagesschwankungen. Der Effekt hält jedoch meist nur kurze Zeit an.

Lichttherapie

Die Lichttherapie wird vor allem bei saisonaler Depression angewandt. Die Patienten erhalten den Winter über Bestrahlungen mit künstlichem Licht. Häufig zeigt sich rasch eine Besserung. Die Behandlung dauert 1 – 2 Stunden pro Tag und wird über mehrere Wochen durchgeführt. Selten treten anfangs Nebenwirkungen auf: Übelkeit, Kopfweh, Reizbarkeit.

Elektrokrampftherapie

Die Elektrokrampftherapie (EKT) wird vor allem bei therapieresistenten Depressionen und anhaltend schwerem Verlauf angewandt. Sie ist offensichtlich wirksam bei der Behandlung der unipolaren Depression, besonders bei schwerwiegenden Depressionen, die von Wahnvorstellungen begleitet sind. Untersuchungen zeigten eine Besserung von 60 – 70 %. Obwohl die EKT wirksam ist und die Anwendung sicherer ist als früher, wird sie zunehmend weniger eingesetzt. Erhebliche unerwünschte Wirkungen wie Gedächtnisverlust und Nervenschäden, Atemstillstand und Herzrhythmusstörungen durch die Beruhigungs- und Narkosemittel und die weiterentwickelten Medikamente sprechen gegen den Einsatz der EKT. In Deutschland ist die Einwilligung des Patienten oder eines Vertreters für die Durchführung erforderlich. Nur bei akuter Lebensgefahr durch Suizid ist eine sofortige Behandlung ohne Einwilligung erlaubt.

5.5.2. Psychotherapie

Die wesentlichen Elemente psychologischer Depressionsbehandlung sind:

- Aufbau einer tragfähigen Beziehung
- kurzfristige, entlastende Maßnahmen
- verstärkende Aktivitäten
- Abbau von belastenden Aktivitäten und Strukturen
- Aufbau sozialer Fertigkeiten und Kontakte, auch unter Einbezug wichtiger Bezugspersonen
- Veränderung einseitiger Wahrnehmungen und Bewertungsmuster
- Korrektur absolutistischer Grundüberzeugungen

Die Effektivität psychologischer Behandlungen bei Depressionen wurde seit Anfang der 70er Jahre systematisch untersucht. Für verhaltenstherapeutisch-kognitive Verfahren und die „Interpersonelle Therapie“ liegen gute Ergebnisse vor. Die Interpersonelle Therapie ist ein tiefenpsychologisches Verfahren, das der Verhaltenstherapie ähnliche, zielorientierte Interventionen enthält, die auf Bewältigung von Belastungen ausgerichtet sind.

Die Wirksamkeit psychoanalytischer Langzeitbehandlungen muss bezweifelt werden. Lediglich tiefenpsychologisch fundierte Therapien mit starker Strukturierung scheinen in ihrer Wirksamkeit vergleichbar zu sein.

In Vergleichsstudien zwischen medikamentöser Behandlung und Verhaltenstherapie soll die Verhaltenstherapie bessere Ergebnisse erzielt haben. Verhaltenstherapeutisch-kognitive Behandlungen schnitten in Bezug auf die Abbrecherquoten und die langfristige Effektivität deutlich besser ab. Eine höhere Stabilität in der Aufrechterhaltung des Behandlungsergebnisses wurde auch für die Interpersonelle Therapie gefunden.

Die Effektivität psychologischer Depressionsbehandlungen wird auf vier Wirkgrößen zurückgeführt:

Depressionstherapie ist dann erfolgreich, wenn

- 1) dem Patienten eine überzeugende Erklärung für die individuelle Erkrankung geliefert wird;
- 2) das Handeln geplant und strukturiert erfolgt und Hausaufgaben einschließt;
- 3) die Patienten durch die vorgeschlagenen Maßnahmen Erfolge, Verstärkung und Ablenkung erfahren;
- 4) die Patienten ihre eigene Beteiligung an den erzielten Veränderungen wahrnehmen.

Verhaltenstherapie und kognitive Verhaltenstherapie

Diese Techniken zielen auf Grundlage ihrer theoretischen Modelle auf die Beeinflussung der auslösenden und –aufrechterhaltenden Faktoren der Depression. Im Zentrum der Behandlung stehen:

- die kognitive Umstrukturierung von negativen automatischen Gedanken und typischen depressiven Denkstörungen sowie
- die Erhöhung der positiven Verstärkerrate und die Unterbrechung des depressionserhaltenden Teufelskreises.

Zudem werden in allen Verfahren folgende Merkmale berücksichtigt:

- Der Fähigkeit, sich zu entspannen, wird Bedeutung gegeben.
- Die Bereitschaft für angenehme (antidepressive) Tätigkeiten wird gefördert.
- Konstruktives, problemlösendes Denken wird geübt.
- Soziale Fähigkeiten werden gefördert.

Die Kombination der Verfahren mit anderen Therapien wie der medikamentösen Behandlung ist in der Regel nicht ausgeschlossen.

Merke

Im Zentrum der verhaltenstherapeutischen/kognitiven Behandlung steht die Erhöhung der positiven Verstärker/die kognitive Umstrukturierung.

Hinweis!

Die verhaltenstherapeutischen und kognitiven Verfahren werden im Skript "Psychotherapeutische Schulen und Behandlungsweisen 1" behandelt.

Interpersonelle Therapie

Im interpersonellen Therapiemodell wird die Entstehung von Depression aus einem gestörten interpersonellen Kontext heraus begriffen. Die interpersonelle Therapie ist ein fokussierendes Verfahren und orientiert sich stark an der Bewältigung des zuvor fokussierten zentralen Problems. Ziele sind Symptomreduktion und Hilfe bei der Bewältigung aktueller Konflikte, nicht aber Veränderung der Persönlichkeit.

Es werden vier Hauptbereiche benannt, in denen sich der depressionsauslösende Konflikt manifestieren kann:

- Abnorme Trauerreaktion
eine verzögerte und verzerrte Trauerreaktion bei meist ambivalenten Beziehungsmustern
- Interpersonelle Auseinandersetzung
Der Patient und eine wichtige Bezugsperson haben unterschiedliche Erwartungen hinsichtlich der Beziehung.
- Rollenwechsel
Schwierigkeiten mit der Veränderung hinsichtlich der gewohnten Rolle
- Interpersonelle Defizite
Schwierigkeiten, Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten

Die Behandlung erstreckt sich über 12 – 20 Einzelsitzungen, deren Verlauf in sich gegliedert ist:

- Initialphase
Die Symptombewältigung steht im Vordergrund. Der Patient soll entlastet und informiert werden.
- Behandlungsphase
Sie beginnt, wenn einer der vier oben genannten Bereiche als zentral identifiziert wurde und sich Patient und Therapeut in einem Behandlungsvertrag auf diesen Behandlungsfokus einigen konnten.
- Beendigungsphase
Der Patient wird auf das Ende, das als Zeit potenzieller Trauer angesehen wird, vorbereitet. Die Therapie wird rückblickend bewertet und ein Ausblick auf die Zukunft versucht.

Es liegen verschiedene Modifikationen dieses Verfahrens vor, die hier nicht besprochen werden. (für weitere Beschäftigung siehe Literaturhinweis)

Die Bandbreite depressiver Syndrome ist insgesamt so groß, dass allgemeine Aussagen zum Verlauf dieser Krankheitsgruppe erhebliche Unschärfen aufweisen.

Bei den leichten Depressionen, insbesondere bei den dysthymen Störungen und bei gleichzeitig bestehender Angstsymptomatik entwickeln fast 30% der Erkrankten dauerhaft deutliche Einschränkungen und Behinderungen.

Der Anteil der chronischen Depressionen schwankt abhängig von der Definition der Chronizität zwischen 1 und 66%.

Übungsfragen und -aufgaben

- 10.) Lesen Sie Arbeitsbuch „Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie“ die Fallbeispiele auf den Seiten 125-126.
- 11.) Lesen Sie im Fallbuch Psychiatrie den Aufsatz „Tante Cäcilie“ auf Seite 311.
- 12.) Definieren Sie den Begriff der affektiven Störung.
- 13.) Benennen Sie die wichtigen Fakten zur Häufigkeit und Verteilung der affektiven Störungen.
- 14.) Benennen Sie die theoretischen Modelle zur Entstehung der Depression.
- 15.) Was unterscheidet die endogene Depression von der psychogenen (reaktiven und neurotischen) Depression.
- 16.) Was sind die typischen Merkmale des somatischen Syndroms?
- 17.) Was ist eine larvierte Depression?
- 18.) Welche Therapieformen werden unterschieden?
- 19.) Nennen Sie die wichtigsten psychotherapeutischen Verfahren.
- 20.) Erklären Sie den Begriff „depressiver Stupor“?
- 21.) Was versteht man unter „Gefühl der Gefühllosigkeit“?
- 22.) Welche Wahnformen sind typisch bei der Depression?

6. Manische Episoden F30

Die Manie wird meist als Gegenpol zur Depression beschrieben. Im Gegensatz zur lastenden Schwermut der Depression beherrscht bei der Manie eine erregte, unangemessene und übertriebene Hochstimmung die Person. Die Symptome zeigen sich in denselben Bereichen des Erlebens und Verhaltens: Emotion, Motivation, Verhalten, Kognition und im körperlichen Bereich. Die Manie wirkt wie eine abgewehrte Depression, wie eine verzweifelte Gegenwehr einer gefürchteten existentiellen Krise. Meist folgt auf die Manie ein Absturz in eine tiefe depressive Verzweiflung. Die Manie als unipolare Störung ist sehr selten. Manische Syndrome sind meist Anlass für Akutbehandlungen im stationären Umfeld, auch unter Zwangsbedingungen.

Definition

Unter Manie versteht man einen Zustand gehobener Stimmung, der mit vermehrtem Antrieb, Überaktivität und anderen Symptomen, insbesondere Rededrang (Logorrhö) und vermindertem Schlafbedürfnis verbunden ist. Überhöhte Selbsteinschätzung und Größenideen können nicht nur den Betroffenen, sondern auch dessen Angehörige gefährden.

Wichtig!

Manische Patienten gehören nicht in die Psychotherapie, sondern in ärztliche, meist stationäre Behandlung. Erst nach Remission kann eine stützende Psychotherapie erfolgen.

6.1. Symptomatik

Affektivität

Es herrscht ein Überschuss an Affektivität, meist in Form eines unangemessenen Hochgefühls und grundloser Heiterkeit. Die gehobene Stimmungslage zeigt sich euphorisch, freudig erregt, meist begleitet durch Selbstüberschätzung. Es bestehen grandiose Vorstellungen von den eigenen Fähigkeiten. Die Manie kann sich aber auch als gereizte, aggressive Stimmung zeigen.

Auffällig ist oft eine Distanzlosigkeit gegenüber der Umwelt. In **motivationaler** Hinsicht zeichnen sich manische Menschen durch ein Bedürfnis nach ständiger Aufregung, Teilnahme und Kontakt aus. Sie bemerken nicht, dass ihr soziales Verhalten überwältigend und übertrieben ist.

Antrieb

Eine starke Antriebssteigerung charakterisiert das Bild. Manische Menschen bewegen sich schnell, sprechen viel, schnell und laut. Ihr Ausdruck ist geprägt von dem Bemühen, gescheit zu wirken, oder ihre Rede ist voller Klagen und feindseliger Tiraden. Eine unermüdliche Betriebsamkeit und exzentrisches Verhalten und Enthemmung sind typisch. Die Betroffenen kleiden sich auffällig, tätigen sinnlose Geldausgaben, lassen sich in gefährliche Aktivitäten verwickeln. Bei der Umsetzung ihrer selbstüberschätzenden Ideen richten sie oft großen Schaden an. Ist die Überaktivität mit Reizbarkeit und Anspannung verbunden, sind aggressive Handlungen und die Provokation zahlreicher sozialer Konflikte die Folge.

Denken

Ähnlich wie bei der Depression sind die kognitiven Funktionen erheblich beeinträchtigt. Im Extremfall ist der Betroffene nicht in der Lage, einen zusammenhängenden Gedanken auszusprechen. Auch Ideenflucht und Wahn kommen vor.

- formale Denkstörung: Ideenflucht

Ein Gedanke jagt den nächsten, immer neue Einfälle machen das Denken sprunghaft und oberflächlich; die Steuerung des Denkens durch einen Leitgedanken geht verloren, stattdessen wird es durch immer neue Assoziationen in immer neue Richtungen gelenkt.

- inhaltliche Denkstörung: Wahn

Die wahnhaften Inhalte stimmen mit der Stimmung des Betroffenen überein und bestätigen diese. Charakteristisch sind Größenideen, aber auch paranoide Wahnideen als Ausdruck verstärkter Reizbarkeit und Misstrauens sind möglich. Manische Menschen fühlen sich oft auserwählt, für besondere Aufgaben bestimmt oder auch als Retter.

Vitalsymptome

Manische Menschen fühlen sich außergewöhnlich energiegeladener. Sie schlafen wenig, fühlen sich durch den Schlafmangel aber nicht beeinträchtigt, selbst nach durchwachten Nächten sind sie hellwach. Zunahme von Libido/Potenz.

Kriterien der Manie nach ICD-10

- 1) gesteigerte Aktivität oder motorische Ruhelosigkeit
- 2) gesteigerte Gesprächigkeit
- 3) Konzentrationsschwierigkeiten oder Ablenkbarkeit
- 4) vermindertes Schlafbedürfnis
- 5) gesteigerte Libido
- 6) übertriebene Einkäufe oder andere Arten von leichtsinnigem oder verantwortungslosem Verhalten
- 7) gesteigerte Geselligkeit oder übermäßig viel Vertraulichkeit

6.2. Therapie der Manie

Oft wird geschlossen stationär behandelt, gelegentlich mit Zwangseinweisung. Die Voraussetzungen dafür, die Gefahr der Selbst- und Fremdschädigung, bestehen in aller Regel. Um weitere Eskalationen zu verhindern, ist die Abschirmung des Patienten von Außenreizen wichtig.

Somatische Therapie

In manischen Phasen werden hochpotente Neuroleptika verabreicht, die dämpfend und beruhigend wirken.

In symptomfreien Phasen ist die Weiterbehandlung nicht angezeigt. Zur Prophylaxe wird eine Lithiumbehandlung durchgeführt.

Lithium hat eine phasenunterdrückende oder –abschwächende Wirkung.

Folgende Nebenwirkungen können beobachtet werden: Tremor, Ödeme, Schilddrüsenfunktionsstörungen, Übelkeit, Erbrechen, Benommenheit bis hin zu Somnolenz und Koma.

Psychotherapie

Weitergehende psychotherapeutische Behandlungen können erst im Anschluss an die Akutphase begonnen werden. Aufgrund der fehlenden Krankheitseinsicht ist die Psychotherapie meist schwierig.

Nach der Genesung besteht häufig die Notwendigkeit umfangreicher Beratungen und Betreuung, um die Folgeschäden (Schulden, Strafverfahren) zu regeln. In diesem Zusammenhang ist auch eine mögliche Geschäfts- und Schuldunfähigkeit zu erwähnen.

Merke

Bei der Behandlung manischer Syndrome sind in erster Linie eine pharmakologisch-dämpfende Therapie und die Abschirmung von Außenreizen geboten.

6.3. Diagnose

Zur Diagnose der verschiedenen Formen einer Manie müssen nach ICD-10 folgende Symptome vorhanden sein:

Hypomanie F30.0

Hypomanie ist definiert als eine leichtere Form der Manie. Halluzinationen oder Wahn sind nicht vorhanden. Das Denken und Verhalten bleiben weitgehend geordnet, so dass vor allem Hyperaktivität und die Veränderungen der Stimmung und des Antriebs die herausragenden Merkmale sind. Die berufliche und soziale Leistungsfähigkeit muss nicht beeinträchtigt sein. Weil die Hypomanie oft spät als Krankheit erkannt wird, der Betroffene wenig einsichtig ist und die Motivation Hilfe anzunehmen fehlt, ist der soziale Schaden oft recht groß.

Symptome

auffälliges Gefühl von Wohlbefinden mit körperlicher und seelischer Leistungsfähigkeit

gesteigerter Antrieb

entweder gesteigerte Geselligkeit, Gesprächigkeit, übermäßige Vertraulichkeit

oder Reizbarkeit, flegelhaftes Verhalten, Selbstüberschätzung

gesteigerte Libido

vermindertes Schlafbedürfnis

Merke

Hyperaktivität und die Veränderungen der Stimmung und des Antriebs sind die herausragenden Merkmale der Hypomanie. Die berufliche und soziale Leistungsfähigkeit muss nicht beeinträchtigt sein.

Die typischen Manie-Symptome treten auf, führen aber nicht zu einem Abbruch der Berufsfähigkeit. Konzentration und Aufmerksamkeit können beeinträchtigt sein und damit auch die Fähigkeit, sich der Arbeit zu widmen, sich zu entspannen und zu erholen. Dies verhindert nicht das Interesse an ganz neuen Unternehmungen und Aktivitäten oder etwa übertriebene Geldausgaben.

Die leicht gehobene Stimmung dauert wenigstens einige Tage an und ist deutlicher als die manischen Phasen der Zykllothymia.

Differentialdiagnose

Die gesteigerte Aktivität, Ruhelosigkeit und der häufige Gewichtsverlust müssen von ähnlichen Symptomen bei Hyperthyreose und Anorexia nervosa unterschieden werden.

Die Anfangsstadien einer agitierten Depression können Ähnlichkeiten mit der gereizten Form der Hypomanie zeigen.

Patienten mit schweren Zwangshandlungen können sehr umtriebig und ruhelos sein in der Ausführung ihrer Zwangsrituale.

Manie ohne psychotische Symptome F30.1**Symptome**

Die Stimmung schwankt zwischen sorgloser Heiterkeit und fast unkontrollierbarer Erregung. In einigen Fällen ist die Stimmung eher gereizt und misstrauisch als gehoben.

Vermehrter Antrieb führt zu Überaktivität, Rededrang und vermindertem Schlafbedürfnis. Soziale Hemmungen gehen verloren, Größenideen und maßloser Optimismus werden frei geäußert.

Weitere Symptome sind:

Wahrnehmungsstörungen (Beschäftigung mit Farben, Oberflächenstrukturen oder Geweben, die „besonders“ sind)

überspannte Projekte, leichtsinnige Geldausgaben

unpassende Affektäußerungen (aggressiv, verliebt, scherzhaft usw.)

Die erste Episode tritt im Allgemeinen zwischen dem 15. und 30. Lebensjahr auf, aber auch in jedem anderen Alter zwischen der späten Kindheit und dem 7. oder 8. Lebensjahrzehnt.

Diagnostische Leitlinien:

Die Episode dauert wenigstens eine Woche und ist schwer genug, um die berufliche und soziale Funktionsfähigkeit vollständig zu unterbrechen. Die gehobene Stimmung ist von vermehrtem Antrieb und mehreren der genannten Symptome, besonders Rededrang, vermindertem Schlafbedürfnis, Größenideen und übertriebenem Optimismus begleitet.

Merke

Bei der Manie ohne psychotische Symptome dauert die Episode wenigstens eine Woche, die berufliche und soziale Funktionsfähigkeit ist vollständig unterbrochen. Gehobene Stimmung, vermehrter Antrieb und andere Symptome, insbesondere Rededrang, vermindertes Schlafbedürfnis, Größenideen und übertriebener Optimismus sind charakteristisch.

Manie mit psychotischen Symptomen F30.2

Die hier beschriebene Manie ist schwerwiegender als die vorhergehende, da Selbstüberschätzung und Größenideen in einen Wahn münden können. Aus Reizbarkeit und Misstrauen kann sich ein Verfolgungswahn entwickeln. In schweren Fällen können Größenideen oder religiöse Wahnvorstellungen, die die eigene Identität betreffen, im Vordergrund stehen. Ideenflucht und Rededrang können dazu führen, dass der Betreffende nicht mehr verstanden wird. Ausgeprägte und anhaltende körperliche Aktivität und Erregung können in Aggression oder Gewalttätigkeit münden. Eine Vernachlässigung der Nahrungsaufnahme und der persönlichen Hygiene kann zu gefährlicher Dehydratation (= Wasserentzug) und Verwahrlosung führen. Halluzinationen treten ebenfalls auf.

Differenzialdiagnose

Schwierig ist die Abgrenzung zur Schizophrenie.

Merke

Bei der Manie mit psychotischen Symptomen gehen Selbstüberschätzung und Größenideen in Wahn über. Misstrauen und Gereiztheit führen zu Verfolgungswahn.

Differentialdiagnose

- Hyperthyme Persönlichkeit
- manische Syndrome bei somatischen Erkrankungen
- maniforme Syndrome bei Schizophrenien
- schizomanische Störung

Die Manie kann durch organische oder toxische Faktoren ausgelöst werden.

Die Einnahme von Pharmaka (Antidepressiva, Antiparkinsonmitteln, Barbituraten) und Drogen (Alkohol, LSD, Kokain, Marihuana, Mescaline) kann eine Manie verursachen. Die Krankheitsbilder klingen weitgehend mit der Intoxikation ab.

Oft kommt es bei Manie sekundär zu Substanz- und Alkoholmissbrauch.

Bei somatischen Erkrankungen wie etwa einer Lebererkrankung und bei hirnorganischen Erkrankungen wie etwa Chorea Huntington und Hirntumoren können manische Syndrome vorkommen. Manische Syndrome im Rahmen einer epileptischen Psychose kommen sehr selten vor.

6.4. Verlauf

Manische Episoden und Hypomanie sind in den allermeisten Fällen zeitlich begrenzt. Die einzelne Episode dauert zwischen 2 Wochen und 4 bis 5 Monaten.

Die Phasenverläufe der Manie sind jedoch nicht berechenbar. Es kann auch zum Umkippen in eine Depression kommen.

7. Bipolare affektive Störung F31

(früher: manisch-depressive Psychose, Zykllothymie)

Das ursprüngliche Konzept der manisch-depressiven Psychose schloss auch Patienten ein, die ausschließlich unter Depressionen litten. In den neuen Klassifikationen ist der Ausdruck manisch-depressive Psychose synonym für bipolare Störung.

Bei der bipolaren affektiven Störung wechseln sich manische und depressive Phasen ab. Zwischen den Episoden tritt eine vollständige Besserung ein. Die Inzidenz ist bei beiden Geschlechtern nahezu gleich. Die erste Episode kann in jedem Alter, von der Kindheit bis zum hohen Alter auftreten. Die Häufigkeit von Episoden, das Verlaufsmuster von Remissionen und Rückfällen ist sehr variabel.

Manische beginnen akut und sind kürzer als depressive, sie dauern zwischen 2 Wochen und 4 bis 5 Monaten (etwa 4 Monate im Mittel).

Depressive Episoden dauern meist länger, im Mittel etwa 6 Monate, selten länger als ein Jahr, außer bei alten Menschen.

Merke

Die bipolare Störung ist durch den Wechsel von manischen und depressiven Phasen gekennzeichnet.

Verlauf der bipolaren Störungen

Etwa 1/3 der affektiven Psychosen zeigt einen bipolaren Verlauf. Die Verteilungsmuster variieren stark, meist überwiegen die depressiven Phasen, die in der Regel länger dauern, besonders mit fortschreitendem Alter.

Nach Phasenende kommt es häufig zu mehr oder weniger ausgeprägten Nachschwankungen in die gegenläufige Richtung. Auch die Intervalle der beschwerdefreie Zeiten sind sehr unterschiedlich. Bipolare Psychosen treten gehäuft im Frühjahr und im Herbst auf.

Ist eine bipolare Störung auf jeweils eine manische und eine depressive Episode beschränkt, bezeichnet man sie als bipolar-einphasig. Weist sie dagegen mehrere sich abwechselnde manische und depressive Phasen auf, spricht man von bipolar-mehrphasig.

Rapid Cyclers

sind bipolare Psychosen mit hochfrequentem Phasenwechsel von mindestens 4 Phasen bzw. 2 bipolaren Zyklen im Jahr. Das Ultra-Rapid-Cycling zeigt einen Phasenwechsel innerhalb von 48 Stunden.

Die Prognose bipolarer Verläufe ist gut, die Persönlichkeit ist in der Regel nach Ablauf der akuten Symptomatik wieder hergestellt. Persönlichkeitsveränderungen und gravierende Residuen sind selten.

Zusammenfassung und Lernhilfen

Definition der endogenen Psychosen

Endogene Psychosen sind konstitutionell-genetisch bedingte oder mitbedingte Erkrankungen mit Störungen der Realitätsbezüge, der Wahrnehmung, des Denkens und der Affektivität.

Definition der affektiven Störungen

Kennzeichen der affektiven Störungen ist eine krankhafte Veränderung der Stimmung, die das Erleben der Wirklichkeit und das Verhalten deutlich beeinflusst. Die Stimmung kann depressiv oder manisch verändert sein, das depressive und das manische Syndrom kann unipolar oder im Wechsel (bipolar) auftreten.

Epidemiologie

Prävalenz: 0,6 – 0,9 %

Für Depressionen aller Art ist die Prävalenz wesentlich höher, die Angaben variieren.

Erstmanifestation vom 20. bis 70. Lebensjahr möglich

Die häufigste Erstmanifestation bipolarer affektiver Psychosen liegt im 4. Lebensjahrzehnt.

Ein **Häufigkeitsgipfel** der Erstmanifestation findet sich bei der Depression zwischen dem 20. und 29. Lebensjahr, ein weiterer zwischen dem 50. und 59 Lebensjahr. Bei der Manie liegt der Häufigkeitsgipfel zwischen dem 25. und 35. Lebensjahr.

Die Geschlechtsverteilung (Frauen/Männer):

unipolare Depression: 2:1

bipolare Störung: 1:1

Manie: 1:1

Unipolar (monopolar) verlaufende Depressionen machen unter den affektiven Störungen den größten Anteil, nämlich 60 % aus, 35 % sind bipolare affektive Störungen und nur 5 % sind unipolar manische Episoden.

Ätiologische Befunde

Affektive Störungen sind multifaktoriell bedingt. Biologische und aktuelle Belastungsfaktoren spielen eine Rolle.

Genetische Disposition

Besonders für bipolare affektive Psychosen konnte eine genetische Disposition belegt werden. Es zeigte sich bei Verwandten ersten Grades eine familiäre Häufung.

Erkrankungsrisiko für Verwandte manisch-depressiver Patienten:

Eltern, Kinder, Geschwister: 1 – 15 %

zweieiige Zwillinge: 20 %

eineiige Zwillinge: 70 %

wenn beide Eltern erkrankt sind: 30 – 40 %

Biologische Faktoren

Es wird ein Ungleichgewicht im Stoffwechsel biogener Amine als Ursache angenommen.

Depression: Serotoninmangel / Noradrenalinmangel / das cholinerge System dominiert.

Außerdem wird eine veränderte Empfindlichkeit der Rezeptoren vermutet, die Noradrenalin und Serotonin aufnehmen.

Manie: Noradrenalinüberschuss / das adrenerge System dominiert.

Auslösende Faktoren

Sie finden sich gehäuft, sind jedoch nicht immer vorhanden.

Kritische Lebensereignisse wie Trennungen und Verlusterlebnisse finden sich gehäuft im Vorfeld von Depressionen.

Als somatische auslösende Faktoren werden u.a. hormonelle Störungen, Operationen, Schwangerschaft und Wochenbett, Abmagerungskuren genannt.

In den neuen Klassifikationen ist die Unterscheidung nach der vermuteten Ursache (endogen, psychogen) aufgegeben worden. Unterschieden wird die Stärke der Symptomatik, der Verlauf (episodisch, rezidivierend, lang andauernd) sowie das Vorhandensein von körperlichen Begleit- und Wahnsymptomen.

Therapie

Die Behandlung der affektiven Psychosen beinhaltet drei wesentliche Schritte:

1) Akutbehandlung

Akut wird mit Psychopharmaka behandelt, mit Neuroleptika bei Wahn, Denk- und motorischen Störungen, mit Antidepressiva bei Depression. Es stehen verschiedene Wirkstoffgruppen von Antidepressiva zur Verfügung.

Ziele der Akutbehandlung sind:

- Behebung der akuten psychotischen Symptome
- Vorbeugung von Suizid
- Vermeidung von Alkohol-, Drogen- und Medikamentenmissbrauch

Bei Lebensgefahr oder hohem Suizidrisiko wird auch die Elektrokrampftherapie eingesetzt. Die Wachtherapie wird bei schweren Depressionen eingesetzt.

2) Erhaltungsbehandlung

Um einen stabilen Zustand zu erreichen, wird eine optimale Dauermedikation gesucht. Nun kann mit einer supportiven Psychotherapie begonnen werden.

3) Prophylaxe

Affektive Psychosen sind langfristig zu behandeln. Zur Vermeidung von Rückfällen ist Lithium das Mittel der Wahl.

Ziel der weiteren Therapie ist die möglichst vollständige soziale und berufliche Eingliederung der PatientIn. Psychotherapeutisch ist eine stützende, Hoffnung vermittelnde Haltung der PatientIn gegenüber angezeigt. Zur Behandlung der Depression sind spezifische psychotherapeutische Verfahren entwickelt worden. Auch bei Manie und bipolaren Erkrankungen ist ein psychotherapeutischer Zugang möglich. Eine supportive Therapie zielt darauf ab, die Krankheitsbewältigung zu unterstützen.

Übersicht

	Depression	Manie	Bipolarer Verlauf
Epidemiologie	0,6 – 0,9 % der Bevölkerung, Häufigkeitsgipfel der Erstmanifestation 20.–29. Lj. u. 50.–59. Lj., ab 45.Lj. Involutionsdepression, ab 65. Lj. Altersdepression Frauen/Männer: 2 : 1	unipolar ist selten, Häufigkeitsgipfel 25.–35. Lj. Frauen/Männer: 1:1 ab 45.Lj. Involutionsmanie, selten	Prävalenz: 0,4 % Männer häufiger Erstmanifestation 20.-40.Lj. vor dem 20.Lj: 20%
Ätiologie	multifaktoriell, genetische Disposition (1eiiige Zwillinge: 70 % beide Eltern: 40 % 2eiiige Zwillinge: 20 % Verwandte 1. Grades: 10 %) biologische Faktoren (Neurotransmitterungleichgewicht, Rezeptoren-, hormonelle Störung)	multifaktoriell	unbekannt, 20fach erhöhtes Risiko bei erkranktem Familienmitglied
(Haupt) Symptome	Antriebs-, Denkhemmung, Gefühl der Gefühllosigkeit, Vitalstörungen, Früherwachen mit Morgentief, Wahn	Antriebssteigerung, gehobene Stimmung/ Gereiztheit, Ideenflucht, Größenwahn, Distanzlosigkeit, fehlende Krankheitseinsicht	wie bei endogener Depression oder Manie
Formen	gehemmt, agitiert, larviert, anankastisch	gereizt, verworren, wahnhaft	ausgeprägt manisch, überwiegend depressiv
Therapie	Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Elektrokrampf-, Licht-, Wachtherapie, modifizierte und stützende Psychotherapie, bei Suizidgefahr auf jeden Fall stationär	Neuroleptika, Phasenprophylaktika, in der Regel stationär Wichtig! Schuldunfähigkeit, Testierunfähigkeit	akute Medikation des jeweils führenden Symptoms
Verlauf	Phasendauer ca. 6 Monate meist Remission, bei etwa 10 % hypomanische Nachschwankung, 25 % verlaufen einphasig, 75 % verlaufen mehrphasig, 10 – 20 % Chronifizierung, Abschwächen und Ausbleiben neuer Phasen bei 60 % durch medikamentöse Prophylaxe, Suizidgefahr!	Phasendauer ca. 4 Monate, depressive Nachschwankung möglich, Verlauf unbestimmt, mit weiteren Phasen ist zu rechnen	Wechsel von depressiven und manischen Phasen, Phasendauer 4 – 5 Monate, Rapid Cyler: mehr als 4 Phasen pro Jahr, Ultra-rapid-cycler: wöchentlicher und schnellerer Phasenwechsel

Übungsfragen und -aufgaben

- 23.) Lesen Sie im „Fallbuch Psychiatrie“ die Aufsätze „Mein Arm, mein Herz, mein Verstand ...“ auf Seite 77 und „Überdrehen oder wegbröckeln ...“ auf Seite 179.
- 24.) Welche Symptome sind für die Manie typisch?
- 25.) Was unterscheidet die Hypomanie von der Manie?
- 26.) Was versteht man unter Ideenflucht?
- 27.) Definieren Sie die bipolare affektive Störung.
- 28.) Was ist ein Rapid Cycler?
- 29.) Charakterisieren Sie die manische Phase, die depressive Phase.

C. Sonstige wahnhafte/psychotische Störungen nicht organischer Genese

Hier werden Psychosen zusammengefasst, die nicht im engeren Sinne körperlich begründbar sind und die weder schizophrenen noch affektiven Störungen eindeutig zugeordnet werden können. Die Annahmen zur Ätiologie ähneln zum Teil denen der Schizophrenien oder affektiven Störungen oder sind bisher kaum in klaren Konzepten erarbeitet.

1. Schizoaffective Störungen F 25

Synonyme: Schizoaffective Mischpsychose, Legierungspsychose, atypische endogene Psychose, zyklische Schizophrenie

Treten typische Symptome der Schizophrenie und der affektiven Störung gleichzeitig oder nur wenige Tage voneinander getrennt auf, wird von einer schizoaffectiven Störung gesprochen.

In den verschiedenen theoretischen Ansätzen werden die schizoaffectiven Störungen teils als Übergangsphänomene gesehen und deshalb auch Mischpsychose genannt, teils werden sie als eigenständige Krankheiten aufgefasst. In der ICD-10 und im DSM IV werden sie unter Schizophrenie aufgeführt. Aus didaktischen Gründen führen wir sie neben den schizophrenen und affektiven Störungen auf.

Schätzungen zufolge sind etwa 10 - 25% der als Schizophrenie oder affektive Störung diagnostizierten Psychosen den schizoaffectiven Störungen zuzurechnen.

Definition

Die schizoaffectiven Störungen zeigen ein Mischbild zwischen schizophrenen und affektiven Störungen. Bislang ist unklar, ob sie eine Subgruppe darstellen, als ein Übergangsphänomen zu betrachten sind, oder ob es sich um ein eigenständiges Krankheitsbild handelt.

Merke

Treten typische Symptome der Schizophrenie und der affektiven Störung gleichzeitig oder nur wenige Tage voneinander getrennt auf, wird von einer schizoaffectiven Störung gesprochen.

Diagnose und Differentialdiagnose

Es wird zwischen schizo-manischen und schizo-depressiven Episoden unterschieden. Eine exakte Abgrenzung zu den schizophrenen und affektiven Psychosen ist oft schwierig. Bei schizophrenen Patienten kommen im Rahmen eines postremissiven Erschöpfungssyndroms schwere

depressive Verstimmungszustände vor. Die Wahnphänomene bei depressiven und manischen Patienten sind einer schizophreniformen Psychose ähnlich.

Voraussetzung für die Diagnose ist der enge zeitliche Zusammenhang zwischen schizophrenen und eindeutig affektiven Symptomen.

Die ICD-10 verlangt zur Diagnosestellung folgende Kriterien:

schizomanische Episode	schizodepressive Episode
Erfüllung der Kriterien einer mittelgradigen oder schweren manischen Episode	Erfüllung der Kriterien einer mittelgradigen oder schweren depressiven Episode
+ Vorhandensein mindestens eines typischen schizophrenen Symptoms wie 1. Gedankenlautwerden, -eingebung, -ausbreitung, -entzug 2. Kontroll-, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, Wahnwahrnehmungen 3. Kommentierende oder dialogische Stimmen 4. anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität (ICD-10 diagnostische Leitlinien 1 – 4)	

Die Schizomanische Episode beginnt meist akut und ist begleitet von Größen-, Beziehungs- oder Verfolgungswahn, auch Stimmenhören oder Ich-Störungen.

Die Schizodepressive Episode zeigt depressive Symptomatik meist begleitet von kommentierenden/dialogisierenden Stimmen, Verfolgungsideen, die sich bis zur Angst vor Ermordung steigern können.

Nach der Verlaufsform werden unterschieden:

schizomanische Störung (schizoaffective Störung, gegenwärtig manisch F25.0)

schizodepressive Störung (schizoaffective Störung, gegenwärtig depressiv F25.1)

gemischte (bipolare) schizoaffective Störung F25.2

Die Häufigkeit schizoaffectiver Psychosen in der Allgemeinbevölkerung ist bisher nicht untersucht. In einer Schätzung liegt die Häufigkeit pro 100 000 Einwohner

- schizo-manischer Syndrome bei 1,7
- schizo-depressiver Syndrome bei 4,0

Das durchschnittliche Ersterkrankungsalter liegt bei ca. 25 Jahren und entspricht damit dem Wert für die Schizophrenie.

Die Angaben über die Geschlechtsverteilung sind uneinheitlich. Nach GK3 sind Männer und Frauen gleich häufig betroffen.

Frauen : Männer: 1 : 1

Schizoaffective Psychosen sind rezidivierende Erkrankungen mit in der Regel polyphasischen Verläufen. Bipolare schizoaffective Psychosen weisen mehr Phasen auf als unipolare Formen. Vorläufigen Erkenntnissen zufolge ist die Prognose besser als bei Schizophrenie, besonders bei plötzlichem Erkrankungsbeginn. In der Regel klingt die Krankheit aus ohne Residuum oder Persönlichkeitsdefekte. Die Prognose für schizomanische Psychosen (Besserung meist nach wenigen Wochen) ist günstiger als die für schizodepressive.

Merke

Schizoaffective Psychosen sind rezidivierende Erkrankungen mit in der Regel polyphasischen Verläufen. Vorläufigen Erkenntnissen zufolge ist die Prognose besser als bei Schizophrenie. Residualsymptome sind selten.

Therapie

Die Behandlung erfolgt medikamentös entsprechend der jeweils akuten Symptomatik. Es werden akute Behandlung und Rezidivprophylaxe unterschieden.

schizodepressive Symptomatik: Antidepressiva in Kombination mit Neuroleptika

schizomanische Symptomatik: Neuroleptika

Hinsichtlich supportiver Psychotherapie und soziotherapeutischer Behandlung gelten die gleichen Maßgaben wie für die schizophrenen und affektiven Psychosen.

Zykloide Psychosen

Den schizoaffectiven Psychosen ähnlich sind die zykloiden Psychosen. Zum Bild der zykloiden Psychosen lesen Sie bitte im Arbeitsbuch „Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie“ den Beitrag auf Seite 128 sowie das Fallbeispiel auf Seite 133.

In der ICD-10 sind zykloide Psychosen unter F28 sonstige nichtorganische psychotische Störungen aufgeführt.

Zur Beschäftigung mit den Bildern der akuten vorübergehenden psychotischen Störungen F23 reichen ebenfalls die kurzen Beschreibungen im Arbeitsbuch „Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie“. Lesen Sie bitte den Beitrag auf 128/129.

2. Wahnentwicklungen

2.1. Wahnhaftige Störungen

(Synonym: Paranoia, paranoide Psychose)

Es handelt sich um eine eigenständige Wahnerkrankung ohne weitere psychotische Symptome oder Anzeichen von akuten oder organischen Psychosen.

Symptome

Leitsymptom ist allein ein lang andauernder Wahn, der auch lebenslang bestehen kann. Die Wahnthemen können sehr unterschiedlich sein.

Differenzialdiagnose

Anhaltende akustische Halluzinationen, Affektverflachung oder Gehirnerkrankungen schließen die Diagnose in der Regel aus. Außer dem jeweiligen Wahn sind Gefühle, Sprache und Verhalten der Person normal. Der Wahn muss mindestens drei Monate bestehen.

Formen

Die Darstellung der verschiedenen Wahnformen ist in der Literatur unterschiedlich.

- Verfolgungswahn
- Größenwahn
- Hypochondrischen Wahn
- Sensitiver Beziehungswahn
- Eifersuchtswahn
- Symbiontischer Wahn
- Liebeswahn
beinhaltet die Überzeugung von einer anderen, oftmals einer prominenten Person geliebt zu werden. Der Beginn ist meist plötzlich. Im Verlauf kann es durch enttäuschte Hoffnungen zu Verleumdungen, Drohungen und aggressiven Handlungen kommen.
- Dermatozoenwahn
beinhaltet die Überzeugung, an einer schweren Hautkrankheit zu leiden, bei der Würmer oder Insekten unter und in der Haut umherwandern. Die Betroffenen waschen und kratzen sich unentwegt. Die daraus resultierenden Hautreizungen gelten als Beweis für die „Hautkrankheit“. Die Erkrankung kommt meist bei älteren Menschen vor.
- Wahnhaftige Dysmorphophobie
beinhaltet die Überzeugung, durch einen missgestalteten Körperteil (Nase, Kopf, Kinn, weibliche Brust, Penis) aufzufallen und abgelehnt zu werden. In der Folge kommt es zu depressiven Verstimmungen, auch suizidalen Handlungen. Das Symptom kommt bei beginnender Schizophrenie vor, aber auch als Symptom einer Neurose. Es befindet sich im Übergang von einer überwertigen Idee zum Wahn. (Dysmorphophobie s. Skript "Neurotische- und Belastungsstörungen")

- Querulantenwahn, synonym: Paranoia querulans
beinhaltet die Überzeugung, in böswilliger Weise fortwährend Rechtskränkungen zu erleiden. Der Kampf beginnt meist mit einer wirklichen oder vermeintlichen Rechtskränkung und wird jahrelang erbittert geführt, bis alle Mittel erschöpft sind. Gerichtsurteile werden nicht respektiert, Richter, Anwälte, Zeugen der Korruption bezichtigt usw. Die prämorbid Persönlichkeit ist starrköpfig, kampflustig und rechthaberisch.
- Wahnentwicklung bei Schwerhörigen
Paranoide Reaktionen bei Schwerhörigen treten besonders nach plötzlichem Ortswechsel oder bei plötzlicher Behinderung weiterer Sinne auf.

2.2. Induzierte wahnhafte Störung

Synonym: Symbiontischer Wahn

Symptome

Hierbei handelt es sich um einen Wahn, der von zwei oder mehr Personen geteilt wird, die in enger emotionaler Beziehung zueinander stehen. Nur eine Person leidet unter einer echten psychotischen Erkrankung. Die Wahnvorstellungen sind bei der/den anderen Personen induziert und verschwinden nach einer Trennung meist wieder. Die Wahnphänome wie etwa Verfolgungs- oder Größenwahn sind chronisch. Die Personen, bei denen der Wahn induziert ist, haben gegenüber der psychotischen Person in der Regel eine abhängige Position inne. Meist leben die Betroffenen in ungewöhnlich engen Beziehungen und sind von ihrer Umwelt geographisch, durch eine Sprachbarriere oder durch ihre Werte und Kultur getrennt.

Diagnose

Die Diagnose soll laut ICD-10 nur gestellt werden,

- 1) wenn zwei oder mehr Personen dem selben Wahnsystem angehören und sich darin bestärken
- 2) wenn zwischen den Personen eine besonders enge Beziehung besteht
- 3) wenn belegt ist, dass der passive Partner durch den psychotischen induziert wurde

Merke

Der induzierte (symbiontische) Wahn wird von zwei oder mehr Personen geteilt, die in enger emotionaler Beziehung zueinander stehen. Nur eine Person leidet unter einer echten psychotischen Erkrankung.

Übungsfragen und -aufgaben

- 30.) Lesen Sie in „Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie“ den Abschnitt über die Wahnentwicklungen und die folgenden Fallbeispiele ab Seite 129.
- 31.) Lesen Sie im „Fallbuch Psychiatrie“ die Fallbeispiele auf Seite 169 ff. und 315 f.
- 32.) Welche Merkmale charakterisieren den Wahn?
- 33.) Welche Formen des Wahns sind typisch für die Schizophrenie?
- 34.) Welche Formen des Wahns sind typisch für die Depression?
- 35.) Welche weiteren Formen des Wahns kennen Sie?
- 36.) Definieren Sie die induzierte wahnhafte Störung.

Antworten zu Original-Prüfungsfragen

- 1.) C)
- 2.) A)
- 3.) E.

Fachbegriffe und Fremdwörter

Akoasmen	sind akustische Halluzinationen in Form von Geräuschen wie z.B. Brummen, Pfeifen, Rascheln, Knallen.
Ambivalenz	meint die gleichzeitige Existenz widersprüchlicher Gefühlsregungen, emotionelle Doppelwertigkeit. Bleuler fand die Ambivalenz so häufig vor, dass er sie zum Hauptsymptom der Schizophrenie erklärte.
Anhedonie	Bei der Anhedonie leiden die Betroffenen unter einer generellen Unfähigkeit zur Freude.
Apathie	bezieht sich auf psychische Phänomene und meint das Fehlen von Gefühlen, Gefühllosigkeit, Teilnahmslosigkeit, Initiativlosigkeit.
Appersonierung	meint die krankhafte Überzeugung, bestimmte Eigenschaften eines anderen Menschen zu besitzen oder ganz und gar dieser andere Mensch zu sein.
Athymie	Schwermut, traurige Grundstimmung, Darniederliegen der Lebensgefühle
Assoziationsstörungen	Beeinträchtigung oder Auflösung einer sinnvollen Verknüpfung von Bewusstseinsinhalten, Begriffe werden ohne Zusammenhang aneinandergereiht.
Autismus	ist definiert als der Verlust des Kontaktes mit der Wirklichkeit und den Mitmenschen. Ein autistischer Mensch wirkt abwesend, in sich gekehrt, nur auf sich selbst bezogen mit keinerlei Anteil an der Welt. In extremer Form zeigt sich Autismus als Stupor und Mutismus.
Dehydratation	Entzug von Wasser; physiologisch bei den Stoffwechselfvorgängen
depressiver Stupor	ist durch hochgradige Denk- und Willenshemmung bedingt. Der Zustand gilt als gefährdend, da sich aus dem Stupor heraus ein plötzlicher Erregungszustand einstellen kann, der zu gewaltsamen Selbsttötungshandlungen führen kann. Im Nachhinein besteht häufig nur eine lückenhafte Erinnerung.
Dopamin-Hypothese	besagt, dass Schizophrenie aufgrund einer überhöhten Aktivierung dopaminerger Neuronen beruht.
Double Bind	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beziehungsmuster, in dem zwei Arten von Botschaften ausgedrückt werden, die sich widersprechen oder gegenseitig aufheben. Das Individuum ist nicht in der Lage, sich mit den Äußerungen kritisch auseinanderzusetzen und somit in einer Falle. 2. Double-bind-Hypothese ist ein Erklärungsmodell zur Entstehung der Schizophrenie von Bateson. Es besagt, dass Eltern zur Entstehung schizophrener Symptome beitragen können, indem sie wiederholt Double-bind-Kommunikation betreiben und die Kinder in das Dilemma bringen, es niemals richtig machen zu können.

Echolalie	bezeichnet das mechanische, scheinbar sinnlose Nachsprechen von Worten und Sätzen.
Echopraxie/ Echokinese	bezeichnet das Nachahmen von Bewegungen.
Fremdbeeinflussung/ Gefühl des Gemachten	Handlungen und Gefühle werden nicht als eigene erlebt, sondern als von anderen gemacht.
Gefühl der Gefühllosigkeit	subjektives Empfinden innerer Leere, des Abgestorbenseins von Gefühlen. Der Betroffene ist nicht apathisch, sondern leidet unter dem Nicht-fühlen-können, z.B. keine Liebe mehr zum Ehepartner oder den Kindern empfinden zu können.
Insuffizienzgefühl	Minderwertigkeitsgefühl, anhaltendes Gefühl des Versagens und der eigenen Minderwertigkeit
Involution	Körperliche und seelische Rückbildungsvorgänge in Zusammenhang mit dem Älterwerden.
Katalepsie	auch Starrsucht. Übermäßig langes Verharren in einer eingenommenen Körperhaltung mit Erhöhung des Muskeltonus und/oder Willensstörung. Es ist ein Einzelsymptom der Katatonie, wird jedoch oft fälschlicherweise mit Katatonie gleichgesetzt.
Katatonie	bezeichnet ein psychisches Krankheitsbild, das sich vorwiegend durch Störungen der Willkürbewegungen äußert. Die Symptomatik umfasst zwei entgegengesetzte Formen: katatoner Sperrungszustand und katatoner Erregungszustand. Katatoner Sperrungszustand: Der Kranke ist erstarrt wie eine Statue, reagiert auf keine Ansprache, ist völlig von der Umwelt zurückgezogen und muss gefüttert werden. Es kann sich eine Katalepsie herausbilden. Häufig zeigen sich Automatismen wie Echolalie, Echopraxie oder Echomimie. Katanoner Erregungszustand: Hierbei handelt es sich um eine schwere psychomotorische Erregung mit sinnlosem Umsichschlagen, die schnell die Kräfte des Kranken aufzehrt. Aus dem Sperrungszustand kann unvermittelt die Erregung durchbrechen, wobei es zu brutalen Selbstverstümmelungen und Selbsttötungsversuchen kommen kann.
Kontamination	bezeichnet unsinnige Wortkombinationen, die Verschmelzung von zwei oder mehr inhaltlich oder formal verwandten Wörtern zu einem neuen.
Kontingenz	Grundbegriff des operanten Lernens. Man versteht darunter die Wahrscheinlichkeit, mit der Umweltereignisse einer bestimmten Reaktion folgen.

Psychoedukation	meint die Information des Patienten über seine Störung. Die Information beinhaltet Erklärungsmodelle, mögliche Entwicklungen, Auswirkungen auf das Alltagsleben, mögliche therapeutische Maßnahmen und Prognosen. Sie ist dem Wissensstand und intellektuellen Fähigkeiten des Patienten anzupassen.
Neologismus	Wortneubildung, neues unübliches Wort, das meist aus anderen Wörtern zusammengezogen oder gebildet wird.
Parathymie	Vor allem bei der Schizophrenie vorkommende Störung des Affektlebens. Statt des normalen, zu dem jeweiligen Denkinhalt passenden Gefühlston tritt ein falscher, inadäquater, eventuell sogar entgegengesetzter Affekt auf. Zum Beispiel erzählt ein Kranker reuelos lächelnd, er habe seine Schwester umgebracht. Diese Spaltung zwischen Denkinhalt und Affekt ist einer der Gründe, weshalb Bleuler die Bezeichnung „Spaltungsirresein“ (= Schizophrenie) prägte.
Perseveration	Haften an gleichen Worten oder Denkinhalten
Transitivismus	Überzeugung psychisch Kranker, dass andere krank, sie selbst gesund seien.
Verbigeration	krankhaftes Wiederholen von oft unsinnigen Wörtern und Sätzen in oft auffallend stereotypem Tonfall
Vitamin B₁₂ – Mangelpsychose	Psychose, die durch anhaltendes Defizit an Vitamin B ₁₂ verursacht wird.
Vulnerabilität	bedeutet Verletzlichkeit. Das Vulnerabilitätskonzept bezeichnet die Theorie der Verletzlichkeit der Psyche. Psychische Störungen entstehen immer aus einem Zusammenspiel zwischen der Verletzlichkeit der ererbten und im Leben gewachsenen Psyche (= Diathese) einerseits und gelegentlichen Ursachen (= Stressfaktoren) andererseits.
Zönästhesien / zönästhetische Halluzinationen	sind Leibhalluzinationen, mit dem Gefühl des „als ob“, die Betroffenen fühlen sich, als ob sie aus Stein wären, als ob Wasser über sie herablaufe, aber auch als ob sie von innen verbrennen oder aus der Ferne vergewaltigt werden.

Literaturhinweise

Poehlke T.: GK3 Psychiatrie; Thieme 16. Aufl., Stuttgart 2003

Schramm E.: Interpersonelle Psychotherapie bei Depressionen und anderen psychischen Störungen; Schattauer 2. Aufl., Stuttgart 1998

Überprüfungsfragen zum Skript Endogene Psychosen

Liebe LeserInnen und Studierende,

PSYCHOTHERAPIE

die nachfolgenden Fragen dienen der Überprüfung Ihres Wissenstandes. Lösen Sie die Fragen ohne fremde Hilfe oder Bücher aus dem Wissen heraus, das Ihnen zur Zeit zur Verfügung steht.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg und Spaß!

Bitte schicken Sie Ihre Unterlagen zur Korrektur an die

Heilpraktikerschule Likamundi
z. Hd. Eva Burchert
Drehergasse 12
87629 Füssen, Fax: 08362 – 92 11 99

Name: _____

Adresse: _____

(Hier finden Sie als Leser des Probeheftes eine exemplarische Auswahl der Fragen)

Frage 9

Um welche Form von Depression handelt es bei nachfolgendem Beispiel am ehesten?

Eine 60-jährige Frau leidet seit dem Tod ihres Mannes vor zwei Wochen unter einer traurigen Grundstimmung. Sie fühlt sich apathisch und wie gelähmt. Ihr Denken kreist fast ausschließlich um den Tod ihres Mannes.

- A) Schwere Depressive Episode
- B) Neurotische Depression (Dysthymia)
- C) Reaktive Depression
- D) Organische Depression
- E) Depression im Rahmen einer Mischpsychose.

Frage 13

Bei der endogenen Depression empfiehlt es sich ...

- A) den Patienten auf Suizidgedanken anzusprechen.
- B) dem Patienten gegenüber die Heilbarkeit seiner Erkrankung zu betonen.
- C) mit dem Patienten möglichst jedes Gespräch über seine Erkrankung zu meiden.
- D) als therapeutische Maßnahmen vor allem Entspannungstechniken einzusetzen.

Frage 14

Für die depressive Episode bei affektiver Psychose ist in erster Linie folgendes der genannten Symptome charakteristisch:

- A) leibliche Beeinflussungserlebnisse
- B) Parathymie
- C) Denkhemmung
- D) Vergiftungswahn
- E) Akoasmen

Frage 15

Hinsichtlich der schweren depressiven Episode nach ICD-10 ist folgende Aussage zutreffend:

- A) Sie ist stets mit hypomanischen Nachschwankungen verbunden.
- B) Voraussetzung für die Diagnose ist definitionsgemäß ein Verlauf mit Ausbildung eines Residuums.
- C) Für depressive Zustände, die länger als 6 Wochen anhalten, kommt die Diagnose nicht in Frage.
- D) Vorhandensein eines somatischen Syndroms ist charakteristisch.
- E) Die Diagnose setzt definitionsgemäß voraus, dass die Depression rezidivierend verläuft.

Frage 19**Mehrfachauswahlaufgabe**

Was ist für die schwere depressive Episode (nach ICD-10) charakteristisch?

Wählen Sie drei Antworten!

- A) Denkhemmung
- B) Verfolgungswahn
- C) Gefühl der Gefühllosigkeit
- D) Gesteigerter Appetit
- E) Morgendliches Früherwachen

Frage 22**Mehrfachauswahlaufgabe**

Wählen Sie zwei Antworten!

Bei depressiven Patienten werden folgende Denkstörungen häufig beobachtet:

- A) Ideenflucht
- B) Denkverlangsamung
- C) Oligophrenie
- D) Ständiges Grübeln
- E) Parathymie

Antworten

(Hier finden Sie als Leser des Probeheftes eine exemplarische Auswahl der Antworten analog zu den Fragen)

Antwort 9.

Um welche Form von Depression handelt es bei nachfolgendem Beispiel am ehesten?
Eine 60-jährige Frau leidet seit dem Tod ihres Mannes vor zwei Wochen unter einer traurigen Grundstimmung. Sie fühlt sich apathisch und wie gelähmt. Ihr Denken kreist fast ausschließlich um den Tod ihres Mannes.

Lösung: C) Reaktive Depression

Antwort 13.

Bei der endogenen Depression empfiehlt es sich ...

- X A) den Patienten auf Suizidgedanken anzusprechen.
- X B) dem Patienten gegenüber die Heilbarkeit seiner Erkrankung zu betonen.
- C) mit dem Patienten möglichst jedes Gespräch über seine Erkrankung zu meiden.
- D) als therapeutische Maßnahmen vor allem Entspannungstechniken einzusetzen.

Lösung: A) und B) sind richtig.
Entspannungstechniken spielen eine untergeordnete Rolle.

Antwort 14.

Für die depressive Episode bei affektiver Psychose ist in erster Linie folgendes der genannten Symptome charakteristisch:

- A) leibliche Beeinflussungserlebnisse
- B) Parathymie
- X C) Denkhemmung
- D) Vergiftungswahn
- E) Akoasmen

Lösung: C) ist richtig.
Die Denkhemmung ist charakteristisch für die depressive Episode. Sie ist als formale Denkstörung ein wichtiges Symptom der affektiven Psychose.

Antwort 15.

Hinsichtlich der schweren depressiven Episode nach ICD-10 ist folgende Aussage zutreffend:

- A) Sie ist stets mit hypomanischen Nachschwankungen verbunden.
- B) Voraussetzung für die Diagnose ist definitionsgemäß ein Verlauf mit Ausbildung eines Residuums.
- C) Für depressive Zustände, die länger als 6 Wochen anhalten, kommt die Diagnose nicht in Frage.
- D) Vorhandensein eines somatischen Syndroms ist charakteristisch.
- E) Die Diagnose setzt definitionsgemäß voraus, dass die Depression rezidivierend verläuft.

Lösung: D) ist richtig.

Kommentar: Hypomanische Nachschwankungen sind möglich, aber nicht zwingend. Dasselbe gilt für ein Residuum. Depressive Episoden dauern im Mittel etwa 6 Monate. Die Verläufe sind nicht rezidivierend.

Antwort 19.

Was ist für die schwere depressive Episode (nach ICD-10) charakteristisch?

- A) Denkhemmung
- B) Verfolgungswahn
- C) Gefühl der Gefühllosigkeit
- D) Gesteigerter Appetit
- E) Morgendliches Früherwachen

Lösung: A), C) und E) sind richtig.

Antwort 22.

Bei depressiven Patienten werden folgende Denkstörungen häufig beobachtet:

- A) Ideenflucht
- B) Denkverlangsamung
- C) Oligophrenie
- D) Ständiges Grübeln
- E) Parathymie

Lösung: B) und D) sind richtig.