



PSYCHOLOGIE & PSYCHOTHERAPIE
NIMM DIR WAS DU BRAUCHST



F3 | AFFEKTIVE STÖRUNGEN

MANIE



MANIE

Symptomatik

Die Symptomatik der Manie lässt sich auch als Gegenpol der Symptome der Depression beschreiben.

- || Affektivität
- || Euphorische Stimmungslage mit vielfältigen Interessen und großem Engagement

- || Antrieb
- || Der Antrieb ist gesteigert

- || Formales Denken
- || Die Gedankengänge sind beschleunigt bis hin zum Gedankenjagen und zur Ideenflucht

- || Inhaltliches Denken
- || Das inhaltliche Denken ist häufig geprägt von Größenideen und Größenwahn

- || Psychomotorik
- || Die Psychomotorik ist gesteigert

- || Schlaf
- || Das Schlafbedürfnis ist reduziert. Zumeist haben die Betroffenen keinen Leidensdruck.

Die drei Leitsymptome der Manie sind:

- || Steigerung des Antriebs
- || Ideenflüchtiges Denken
- || Gehobene, leicht irritierbare Stimmung

Zudem kommen weitere Symptome gehäuft bei der Manie vor:

- || Logorrhö
- || Megalomanie
- || Vermindertes Schlafbedürfnis
- || Gesteigerte Libido
- || Starke Ablenkbarkeit
- || Mangelnde Kritikfähigkeit
- || Fehlendes Krankheitsgefühl
- || Eigen- und Fremdgefährdung

Subtypen

Im klinischen Alltag haben sich folgende Einteilungen als sinnvoll erwiesen:

- || Dysphorische Manie
 - Glücksgefühle
 - Fröhlichkeit

- || Euphorische Manie
 - Gereiztheit
 - Aggressivität (Achtung: Fremdgefährdung)

- || Gemischte Episoden bzw. affektive Mischzustände
 - gleichzeitiges Bestehen depressiver und manischer Symptome
 - schneller Wechsel von depressiven und manischen Symptomen

Nach der ICD - 10 sind folgende Klassifikationen vorgesehen:

Hypomanie F30.0

Eine Störung, charakterisiert durch eine anhaltende, leicht gehobene Stimmung, gesteigerten Antrieb und Aktivität und in der Regel auch ein auffallendes Gefühl von Wohlbefinden und körperlicher und seelischer Leistungsfähigkeit. Gesteigerte Geselligkeit, Gesprächigkeit, übermäßige Vertraulichkeit, gesteigerte Libido und vermindertes Schlafbedürfnis sind häufig vorhanden, aber nicht in dem Ausmaß, dass sie zu einem Abbruch der Berufstätigkeit oder zu sozialer Ablehnung führen. Reizbarkeit, Selbstüberschätzung und flegelhaftes Verhalten können an die Stelle der häufigen euphorischen Geselligkeit treten. Die Störungen der Stimmung und des Verhaltens werden nicht von Halluzinationen oder Wahn begleitet (Quelle: 2014, DIMDI, <http://www.dimdi.de>).

Manie ohne psychotische Symptome F30.1

Die Stimmung ist situationsinadäquat gehoben und kann zwischen sorgloser Heiterkeit und fast unkontrollierbarer Erregung schwanken. Die gehobene Stimmung ist mit vermehrtem Antrieb verbunden, dies führt zu Überaktivität, Rededrang und vermindertem Schlafbedürfnis. Die Aufmerksamkeit kann nicht mehr aufrechterhalten werden, es kommt oft zu starker Ablenkbarkeit. Die Selbsteinschätzung ist mit Größenideen oder übertriebenem Optimismus häufig weit überhöht. Der Verlust normaler sozialer Hemmungen kann zu einem leichtsinnigen, rücksichtslosen oder in Bezug auf die Umstände unpassenden und persönlichkeitsfremden Verhalten führen (Quelle: 2014, DIMDI, <http://www.dimdi.de>).

Manie mit psychotischen Symptomen F30.2

Zusätzlich zu dem unter der Manie ohne psychotische Symptome, beschriebenen klinischen Bild treten Wahn (zumeist Größenwahn) oder Halluzinationen (zumeist Stimmen, die unmittelbar zum Betroffenen sprechen) auf. Die Erregung, die ausgeprägte körperliche Aktivität und die Ideenflucht können so extrem sein, dass der Betroffene für eine normale Kommunikation unzugänglich wird (Quelle: 2014, DIMDI, <http://www.dimdi.de>).

Diagnostik

Die ICD-10 hat standardisierte Kriterien für die Diagnosestellung einer manischen Störung vorgesehen. Nach der psychopathologischen Anamnese wird eine vorläufige Diagnose gestellt, die sich nach Ausschluss einer organischen Ursache der Störung bzw. dem Ausschluss einer anderen psychischen Störung bestätigt oder entsprechend revidiert werden muss.

Die Diagnose einer manischen Episode muss folgende Kriterien erfüllen:

Mindestens eine Woche lang muss ein **Hauptsymptom**, wie eine abnorme, expansive, reizbare oder anhaltend gehobene Stimmung bestanden haben. Daneben müssen wenigstens **drei** weitere **Zusatzsymptome** zu beobachten sein:

- || Motorische Unruhe
- || Gesteigerte Aktivität
- || Ideenflucht
- || Wegfall sozialer Hemmungen
- || Gesteigerte Selbsteinschätzung
- || Gesteigerte Libido
- || Leichtsinniges Verhalten
- || Dauernder Wechsel von Aktivitäten oder Plänen

Führen die Symptome zu einer deutlichen Einschränkung der Lebensumstände und sind diese stark ausgeprägt, ist eine Manie zu diagnostizieren. Schwächere Symptome und leichte Verläufe werden als Hypomanie klassifiziert.

Sind zusätzlich zu den oben beschriebenen Erscheinungen auch Wahnsymptome zu beobachten, kann hier eine Manie mit psychotischen Symptomen vorliegen. Insbesondere bei einer Steigerung der Selbsteinschätzung hin zum Größenwahn oder bei Vorliegen eines Verfolgungswahnes ist an eine psychotische Manie zu denken. In einigen Fällen kommen auch akustische Halluzinationen und andere Wahrnehmungsstörungen hinzu, die in der Regel vorübergehender Natur sind. Beschleunigte Gedankengänge können sich bis zur Zerfahrenheit steigern.

Differentialdiagnostik

Psychisch

- || Schizophrenie
- || Schizomanische Störung
 - Bei gleichzeitigem Auftreten von manischen und schizophrenen Symptomen kommt die Diagnose einer schizomanischen Störung in Betracht
- || Organische manische Störung
 - Als Folge einer Intoxikation oder einer Erkrankung des zentralen Nervensystems kann es zu einer organisch bedingten manischen Störung kommen

Organisch

- || Neurologische Erkrankungen (z.B. Multiple Sklerose, Epilepsie)
- || Zerebrale Tumoren
- || Zerebrale Infektionskrankheiten (z.B. AIDS, Neurolyues)
- || Metabolisch-endokrine Erkrankungen (z.B. Hyperthyreose, Morbus Cushing)
- || Medikamente, psychotrope Substanzen (z.B. Alkohol, Halluzinogene, Steroide, L-Dopa)

Besteht ein Verdacht auf eine organische Ursache muss der Klient in internistische und neurologische fachärztliche Diagnostik und Behandlung überwiesen werden. Es empfiehlt sich eine Eigen- und Familienanamnese im Hinblick auf somatische Ursachen durchzuführen, die auch eine Medikamentenanamnese beinhaltet. Zu den durchzuführenden Untersuchungen gehört:

- || EKG
- || EEG
- || Bildgebende Untersuchungen des Gehirns
- || Labordiagnostik des Blutes
- || Bei Verdacht auch Drogenscreening, endokrinologische Diagnostik, HIV, Lues

Therapie

Die Manie wird in erster Linie medikamentös therapiert. Die Behandlung gestaltet sich oft schwierig, da nur sehr wenige Betroffene die Einsicht in eine Therapiebedürftigkeit haben. Zumeist findet die akute Versorgung stationär statt, um eine Eigen- oder Fremdgefährdung zu verhindern. Eine hohe Reduzierung von äußeren Reizen ist sehr sinnvoll, um verbale und motorische Erregungszustände zu minimieren.

Die Manie wird pharmakotherapeutisch mit Antipsychotika, Benzodiazepinen und stimmungsstabilisierenden Medikamenten durchgeführt.

- || Euphorische Manie
 - Lithium
 - Antipsychotika
 - Benzodiazepine
 - Valproinsäure

- || Dysphorische Manie
 - Valproinsäure
 - Benzodiazepine
 - Antipsychotika
 - Carbamazepin

- || Rapid Cycling
 - Valproinsäure
 - Benzodiazepine
 - Carbamazepin (selten)

Literaturverzeichnis

- 2012, Berger, M., *Psychische Erkrankungen - Klinik und Therapie* -, Elsevier Verlag: München
- 2005, Brunnhuber, S., Frauenknecht, S. Lieb, K., *Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie*, Elsevier Verlag: München
- 2014, Dilling, H., Freyberger, H.J., *Taschenführer zur ICD-Klassifikation psychischer Störungen*, Huber Verlag: Bern
- 2007, Koeslin, J., *Psychiatrie und Psychotherapie für Heilpraktiker*, Elsevier Verlag: München
- 2005, Perrez, M., Baumann, U., *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie*, Hogrefe Verlag: Göttingen
- 2007, Peters, U.H., *Lexikon – Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie*, Elsevier Verlag: München
- 2012, Poehlke, T. *Psychiatrie*, Thieme Verlag: Stuttgart
- 2014, Voderholzer, U., Hohagen, F. (Hrsg.), *Therapie psychischer Erkrankungen – State of the Art* -, Elsevier Verlag: München