

Jürgen Röhlig

Düren, Juli 2000

Böttcherstraße 18

52353Düren

XVIII. Weiterbildungslehrgang zur Krankenpflege in der Psychiatrie im
Landschaftsverband Rheinland

Dozenten : Christa Neumann, Andreas Kuchenbecker

Leistungsnachweis : Hausarbeit

Thema : **Manie**
Die ersten Tage einer Behandlung eines hoch akuten
manischen Patienten auf einer Akutaufnahmestation
aus der Perspektive der Pflege – Anforderungen an
die Beziehungsgestaltung

Gliederung

Vorwort

I. Die Erkrankung

1. Manie und Depression
 - a) Depression
 - b) Manie
2. Medikamentöse Behandlung der Manie
3. Körperliche Ursache
4. Ausschlußdiagnosen und Zahlen
5. Komorbidität
6. Manie und Strafdelikte

II. Erklärungsmodelle

1. Aufbruch in die Erwachsenenwelt
2. Manie als Abwehrmodell
3. Tiefenpsychologischer und analytischer Erklärungsversuch

III. Manie und Pflege

1. Die ersten Stunden
2. Die AtL's
3. Beziehungsarbeit
 - a) Die Bedeutung des Gegebübers
 - b) Anforderungen an die Persönlichkeit psychiatrisch Tätiger, insbesondere an die Kontaktperson
 - c) Die Beziehungsgestaltung
4. Psychiatrische Pflege – der Alltag in weiteren Aspekten
 - a) Thema Angst
 - b) Angehörigenarbeit
 - c) Stationsmilieu
 - d) Medikamente und Pflege – ein Dialog

Schlußwort

Vorwort

Bevor ich über die Erkrankung Manie schreibe und zu erklären versuche, was dies für eine Erkrankung ist, welche Ursachen möglicherweise zu Grunde liegen, wie ich sie behandle, was das Pflegepersonal im Umgang mit manischen Patienten beachten sollte und was dies für die Beziehungsgestaltung heißt, möchte ich noch kurz schildern, warum ich mich gerade diesem Thema zugewandt habe. Es gibt in der Hautsache zwei verschiedene Beweggründe.

1. Im akutpsychiatrischen Behandlungsalltag binden diese Patienten, obwohl zahlenmäßig nur gering vorhanden, eine Menge des vorhandenen Arbeitspotentials. Sie benötigen gerade zu Anfang der Behandlung viel Einzelbetreuung und halten uns mit ihren Wünschen ständig auf „Trab“. Es gilt immer wieder Streit mit anderen Patienten zu schlichten oder Geschäfte rückgängig zu machen. Sie kränken oft andere Menschen mit unangebrachten Bemerkungen; diese Bemerkungen haben nicht selten einen gewissen Wahrheitsgehalt und treffen auch immer wieder das Pflegepersonal. Wir, die wir uns „aufopferungsvoll kümmern“, müssen uns auch noch Beschimpfungen gefallen lassen! Dies verschärft, die oft schon vorhandene, Diskussion um Grenzsetzung und wir, die Behandelnden, müssen uns mit unseren eigenen Racheimpulsen auseinandersetzen. Patienten mit eher hypomanischen Zuständen kommen oft mit Verbesserungsvorschlägen, die die Station, die Behandlung, das Krankenhaus, das Essen usw. betreffen. Wir sind dann gezwungen uns neben unserer Alltagsarbeit, die oft schon unsere Arbeitskraft fast aufbraucht, auch noch mit diesen, manchmal sehr gut gemeinten aber manchmal nur unsere Insuffizienz vor Augen führende Vorschläge, manchmal sinnvollen oder auch nicht sinnvollen Wegen oder einfach anderen Wegen zu beschäftigen. Eine anstrengende Behandlung.

Auszubildende haben oft Schwierigkeiten einen vernünftigen Weg zwischen Nähe und Distanz, Zulassen und Grenzsetzung zu finden. Auch examiniertes Personal muß sich ständig diesen Spannungsfeldern aussetzen und manchmal gelingt es uns nicht, einen vernünftigen Weg einzuschlagen. Manchmal haben wir einfach „die Nase voll“. Es herrscht Einigkeit darüber, zumindest bei den psychiatrisch Tätigen die ich kenne, daß spätestens drei hochakute „Maniker“ den Rahmen einer jeden Station sprengen. Manchmal geraten wir schon bei einem von diesen Patienten an unsere Grenzen. Ich hoffe, daß man an diesen Ausführungen erkennen kann, daß es sich lohnt, sich mit dieser Erkrankung genauer zu beschäftigen.

2. Es gibt noch einen weiteren, eher privaten, Grund, warum ich dieses Thema gewählt habe. Zwei meiner „Sandkastenfreunde“ erkrankten in ihrem Leben an einer Manie bzw. einer Depression. Einer von Beiden brachte sich schließlich in der Depression um, nachdem er es in der Manie „geschafft“ hatte die Arbeit zu verlieren, hohe Schulden (ca 100,000,- DM) zu machen, aus der Wohnung geworfen zu werden und seine Frau zu verlieren. Ich begleitete ihn in dieser Zeit mit viel Hilf- und Machtlosigkeit. Sein Umfeld (auch ich) schaffte es nicht, ihn davon zu überzeugen sich in stationäre Behandlung zu begeben. Gründe für eine Zwangsunterbringung waren meist nicht ausreichend oder zu sehr mit Skrupeln (nachdem er alles verloren hatte ,jetzt auch noch gegen seinen Willen ins LKH bringen) behaftet.

Der andere Freund versuchte nach einer ähnlichen Geschichte ebenso sich umzubringen. Er überlebte jedoch. Sein Bewältigungsversuch mit dieser Krankheit zurecht zu kommen, war der Beitritt in eine Sekte, die alle „Außenkontakte“ sehr kritisch betrachteten. Die deutlichen Strukturen dieser Sekte gaben ihm zwar soviel Halt, daß er nicht mehr neu erkrankte, führte jedoch auch dazu, daß er mit seinem früheren sozialen Umfeld völlig brach. So verlor ich auch den zweiten Freund an diese Krankheit.

Manie und Depression gehören bei dieser Erkrankung zusammen und doch beschäftige ich mich in dieser Arbeit fast nur mit der Manie. Die Depression wird nur am Rande auftauchen. Rational betrachtet schaffe ich es in dieser Arbeit, bei der vorgegebenen Seitenzahl, nur eine Seite der Medaille (dies auch nur in einigen Aspekten) zu betrachten. Wenn ich nach innen schaue mag die Wahl der Manie mit der Angst vor der Auseinandersetzung mit den eigenen depressiven Aspekten meiner selbst zusammenhängen. Vielleicht ist diese Arbeit jedoch auch ein Schritt mich auch diesem Thema zu nähern.

I Die Erkrankung

Manie und Depression

Schon die alten Griechen kannten Manie und Depression. Hippokrates machte sich in seiner Schrift „über die heilige Krankheit“ schon Gedanken über die Ursachen und kam zu dem Ergebnis, daß Manie und Depression eine Erkrankung des Gehirns sei. Entscheidende Wirkung in der Sicht von bipolaren Erkrankungen haben die Bücher von Kraepelin um 1900 gehabt. Er prägte den Begriff manisch-depressives-Irresein. Unterschiede zur heutigen Sicht der Erkrankung möchte ich nicht beschreiben. Mir genügt eine Darstellung des heutigen Krankheitsbegriffes.

Eine manisch-depressive Erkrankung gehört zu den affektiven Störungen. Zu der Erkrankung gehören zwei verschiedene affektive Zustände. Zum einen die Manie, zum anderen die Depression. Zumeist verläuft die Erkrankung phasisch, d. h. es kommt zu zeitlich abgegrenzten Phasen der Manie oder der Depression. Eine Sonderstellung nehmen die unipolaren Verläufe ein. Nach heutigem Wissensstand gibt es die unipolaren Depressionen, die diagnostisch von den bipolaren Verläufen abgegrenzt werden. Früher ging man auch davon aus, daß es ebenso unipolare Manien gibt. Nach neueren Untersuchungen (z. B. Angst 1966, Marneros 1991) geht man davon aus, daß monopolare Manien praktisch nicht existieren. Heute geht man soweit, zu sagen:“ Die unipolaren affektiven Erkrankungen wurden als die depressiven Erkrankungen definiert, die in ihrem Verlauf keine manische Symptomatik aufweisen. (vergl. Perris 1992, Angst 1987, WHO 1993) Die bipolaren Erkrankungen wurden dagegen durch das Vorhandensein der manischen Symptomatik positiv definiert“(vergl. Marneros S. 11). Ebenso gibt es Mischzustände mit sowohl manischen als auch depressiven Symptomen. Mit diesen werde ich mich in diesem Rahmen nicht beschäftigen.

Depression: (Episode einer Major Depression)

Psychopathologischer Befund

- a. *Allgemeines Auftreten und Verhalten:* psychomotorische Verlangsamung oder Unruhe, wenig Blickkontakt, weinerlich, niedergeschlagen, die persönliche Erscheinung vernachlässigend.
- b. *Affekt:* eingeschränkte Schwingungsfähigkeit, angespannt.
- c. *Stimmung:* depressiv, reizbar, frustriert, traurig.
- d. *Sprache:* geringe oder fehlende spontane Sprachproduktion, einsilbig, lange Sprachpausen, kraftlos, leise, monoton.

- e. *Denken*: 60% der depressiven Patienten leiden unter Suizidgedanken, 15% begehen Suizid. Zwanghaftes Grübeln, Hoffnungslosigkeit, Wertlosigkeit und Schuld. Entschlußlosigkeit, Gedankenverarmung, Halluzinationen und Wahnvorstellungen, (stimmungskongruente Themen wie Schuld, Verarmung, Nihilismus, verdiente Bestrafung). Verminderte Spontaneität.
- f. *Kognitive Leistungen*: erhöhte Ablenkbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Klagen über Störungen der Merkfähigkeit.

DSM-IV-Diagnosekriterien für Episode einer Major Depression

- A. Mindestens fünf der folgenden Symptome bestehen während der selben Zwei-Wochen-Periode und stellen eine Änderung der vorher bestehenden Leistungsfähigkeit dar; mindestens eines der Symptome ist entweder depressive Verstimmung oder Verlust an Interesse oder Freude.
 1. Depressive Verstimmung an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages.
 2. Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten, an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages.
 3. Deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät; oder Gewichtszunahme (mehr als 5% des Körpergewichtes in einem Monat); oder verminderter oder gesteigerter Appetit an fast allen Tagen.
 4. Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf an fast allen Tagen.
 5. Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung an fast allen Tagen.
 6. Müdigkeit oder Energieverlust an fast allen Tagen.
 7. Gefühle von Wertlosigkeit oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle (die auch wahnhaftes Ausmaß annehmen können) an fast allen Tagen.
 8. Verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder verringerte Entscheidungsfähigkeit an fast allen Tagen.
 9. Wiederkehrende Gedanken an den Tod (nicht nur Angst vor dem Sterben), wiederkehrende Suizidvorstellungen ohne genauen Plan, tatsächlicher Suizidversuch oder genaue Planung eines Suizids.
- B. Die Symptome erfüllen nicht die Kriterien einer gemischten Episode
- C. Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- D. Die Symptome gehen nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Hypothyreose) zurück.
- E. Die Symptome können nicht besser durch einfache Trauer erklärt werden, d.h. nach dem Verlust einer geliebten Person dauern die Symptome länger als 2 Monate an, oder sie sind durch deutliche Funktionsbeeinträchtigungen, krankhafte Wertlosigkeitsvorstellungen, Suizidgedanken, psychotisch Symptome oder psychomotorische Verlangsamung charakterisiert.

Manie (manische Episode)

1. Anamnetische Angaben

- a. Sprunghaftes und ungehemmtes Verhalten:
 - Exzessive Geldausgaben.

- Exzessives Spielen.
- Hypersexualität, Promeskuität.
- b. Der gewohnte Umfang von Aktivitäten und Verantwortlichkeiten wird überschritten.
- c. Verminderte Frustrationstoleranz.
- d. Vegetative Zeichen:
 - Libidosteigerung.
 - Gewichtsverlust, Appetitlosigkeit.
 - Schlaflosigkeit (vermindertes Schlafbedürfnis)
 - Energieüberschuß.

2. Psychopathologischer Befund

- a. Allgemeines Auftreten und Verhalten: psychomotorische Unruhe, verführerisch, kokett, farbige Kleidung, exzessives Make-up, nachlässige Erscheinung oder bizarrer Kleidungsstil, aufdringlich, unterhaltsam, beängstigend, übererregt.
- b. Affekt: wechselhaft, angespannt (rapide Wechsel ins Depressive können auftreten).
- c. Stimmung: euphorisch, expansiv, reizbar, übermütig.
- d. Sprache: beschleunigt, dramatisch, übertrieben, logorrhöisch.
- e. Gedankeninhalte: stark gehobenes Selbstbild, Größenideen, Egozentrik, Wahnvorstellungen und seltener Halluzinationen (stimmungskongruente Themen von gehobenem Selbstwert und gesteigerter Kraft; am häufigsten Größenwahn und paranoide Themen).
- f. Formales Denken: Assoziative Lockerung, Ideenflucht (bei schwerer Ausprägung bis zur Inkohärenz), Gedankenrasen, Neologismen, Klangassoziationen, Umständlichkeit, Vorbeireden.
- g. Kognitive Leistungen: hohe Ablenkbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten. Wenn der Patient nicht allzu sehr abgelenkt ist, ungestörte Gedächtnisleistungen. Meist erhaltene Abstraktionsfähigkeit.
- h. Krankheitseinsicht und Urteilsfähigkeit: extrem vermindert. Die Krankheit wird meist verleugnet. Unfähigkeit, organisierte oder rationale Entscheidungen zu fällen.

DSM-IV-Diagnosekriterien für eine manisch Episode

- A. Eine mindestens einwöchige (bei Hospitalisierung auch kürzere), abgegrenzte Periode mit abnorm gehobener, expansiver oder reizbarer Stimmung.
- B. Während der Periode der Stimmungsveränderung bestehen mindestens drei (bei nur reizbarer Verstimmung mindestens vier) der folgenden Symptome in einem deutlichen Ausmaß:
 1. übersteigertes Selbstwertgefühl oder Größenideen,
 2. vermindertes Schlafbedürfnis (z.B. fühlt sich nach nur 3 Stunden Schlaf ausgeruht),
 3. vermehrte Gesprächigkeit oder Rededrang,
 4. Ideenflucht oder subjektives Gefühl des Gedankenrasens,
 5. erhöhte Ablenkbarkeit (Aufmerksamkeit wird zu leicht auf irrelevante äußere Reize gelenkt),
 6. Gesteigerte Betriebsamkeit (im sozialen, beruflichen, schulischen oder sexuellen Bereich) oder psychomotorische Unruhe,

7. Übermäßige Beschäftigung mit angenehmen Aktivitäten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit unangenehme Konsequenzen nach sich ziehen (z.B. ungezügelter Einkauf, sexuelle Eskapaden, törichte geschäftliche Investitionen).
- C. Die Symptome erfüllen nicht die Kriterien einer Gemischten Episode.
- D. Die Affektive Störung ist schwer genug, um eine deutliche Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit oder der üblichen sozialen Aktivitäten oder Beziehungen zu verursachen oder eine Hospitalisierung zur Abwendung von Selbst- oder Fremdgefährdung erforderlich zu machen, oder es sind psychotische Symptome vorhanden.
- E. Die Symptome gehen nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament, sonstige Behandlungen) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Hyperthyreose) zurück.

Im weiteren Verlauf dieser Arbeit wird es jedoch in der Hauptsache um die manische Seite der Erkrankung gehen, obwohl die depressive Seite sich nicht davon trennen läßt.

Medikamentöse Behandlung der Manie

Wichtigstes medikamentöses Standbein ist die Behandlung mit Lithium. Dieses Medikament wird sowohl in akuten Zuständen (Li-Spiegel 0,8-1,2) eingesetzt, aber vor allem zur Prophylaxe gegeben (Li-Spiegel 0,5-0,8). Untersuchungen haben ergeben, daß bei regelmäßiger Einnahme von Lithium etwa 80% der Erkrankten positiv darauf reagieren. Dies kann heißen, daß es zu keinen weiteren Krankheitsphasen kommt oder diese Phasen deutlich kürzer oder weniger stark ausgeprägt sind. Voraussetzung für den Erfolg dieser Behandlung ist die Bereitschaft des Patienten eine Krankheitseinsicht zu entwickeln und sich von, den Patienten oft als positiv erlebten, Manie zu verabschieden. Falls dieses Medikament nicht vertragen wird (starke Gewichtszunahme, Müdigkeit, Schädigung an Niere, Schilddrüse oder Herz), gibt es noch die Möglichkeit, auf die Wirkstoffe Carbamazepin oder Valproat zurückzugreifen. Auch diesen beiden Medikamenten wird eine deutliche prophylaktische Wirkung zugeschrieben. Erwähnt sei noch das Risiko der Lithiumintoxikation (z.B. bei Diäten oder unregelmäßigen Einnahmen), die lebensbedrohlich sein kann.

Die meist verbreitete medikamentöse Behandlung von akuten Manien ist die kombinierte Gabe eines hochpotenten Neuroleptikums (z.B. Haldol, Glianimon oder Lyogen) und eines niederpotenten Neuroleptikums (z.B. Neurocil, Truxal) bzw. eines Tranquilizers (z.B. Diazepam oder Tavor). Diese Behandlung hat den Nachteil, trotz ihrer hohen Wirksamkeit, daß die subjektiv starken Nebenwirkungen (Steifigkeit, Bewegungsstörungen, dem Gefühl von medikamentösem gefangen sein, starke Müdigkeit) die Compliance erniedrigen. Dies ist sicher eine der Erklärungen, warum in den letzten Jahren vermehrt eine Behandlung mit atypischen Neuroleptika (z.B. Zyprexa) versucht wird. Ebenso einen festen Platz bei der medikamentösen Behandlung von Manien hat das Taxilan (mittelpotentes Neuroleptikum), welches zwar nicht so prompt wirkt, aber von den meisten Patienten auf Grund seiner besseren Verträglichkeit eher toleriert wird. Bei den letzten beiden Möglichkeiten wird von den Behandlern jedoch eine größere Geduld beim Aushalten, der oft sehr akuten Symptome, gefordert. Ich persönlich hoffe, daß sich die nebenwirkungsärmere Behandlung weiter durchsetzen wird, da ich die Erfahrung gemacht habe, daß die Zusammenarbeit von Behandlern und Patienten deutlich einfacher wird.

Körperliche Ursachen

Biologische Faktoren

Bei der Depression kommt es zur verminderten Aktivität der biogene Amine (Serotonin, Noradrenalin, Dopamin), bei der Manie kommt es zu einer erhöhten Aktivität. Diese Auffälligkeit im Hirnstoffwechsel wird den Patienten zunehmend als einziges Erklärungsmodell bei der Entstehung von Manien angeboten. Dabei ist es nicht einmal schlüssig geklärt, ob dies nicht nur eine Folge oder eine körperliche Begleiterscheinung der Manie ist.

Hormonelle Faktoren

Es kommt während einer manischen Phase zu Veränderungen von SH (Wachstumshormon) FSH, LH und Testosteron. Insbesondere erwähne ich eine Veränderung der Schilddrüsenhormone, die eine manische Veränderung hervorrufen können. Diese Veränderung wird selbstverständlich ursächlich behandelt.

Genetische Faktoren

Bipolare Störungen treten familiär gehäuft auf. Ein paar Zahlen: Leidet ein Elternteil an einer klassischen manisch-depressiven Erkrankung, so besteht für die Kinder ein Erkrankungsrisiko von etwa 25%. Leiden beide Elternteile an einer affektiven Störung, so erhöht sich das Risiko des Kindes daran zu erkranken auf 50-75%.

Zusammenhänge zwischen affektiven Störungen und den Chromosomen 5,11 und dem X-Chromosom werden vermutet.

Ausschlußdiagnosen und Zahlen

Differentialdiagnostisch kann man den manischen Zustand verwechseln mit der expansiv-euphorischen Form der progressiven Paralyse (auch andere hirnorganische Veränderungen), mit der manischen Episode einer Schizophrenie, mit der Reaktion auf eine Körperkrankheit (z.B. Schilddrüse), mit medikamentenbedingten (Appetitzügler, Cortison) oder drogenbedingten (Speed) Veränderungen, mit einem seelischen Ausnahmezustand oder mit dem dauerhaften (hyperthyemen) Zug einer besonderen Persönlichkeitsstruktur.

Die Wahrscheinlichkeit, im Leben an einer manisch-depressiven Psychose zu erkranken, liegt bei ca 1%. Das Geschlechterverhältnis ist in etwa ausgeglichen. Das durchschnittliche Ersterkrankungsalter liegt zwischen 17 und 27 Jahren. Im Gegensatz zu früheren Untersuchungen hat man heute festgestellt, daß es sehr wohl sehr viele chronische Verläufe gibt. Chronisch meint in diesem Fall sehr häufig wiederkehrende Krankheitsphasen.

Komorbidität

Die Frage einer Zweitdiagnose ist von Bedeutung um einzelne Patienten besser zu verstehen und die Behandlung besser darauf abzustimmen. Häufig wird noch eine Angststörung diagnostiziert (vergl. Maneros S.461). Dies bietet uns einen Hinweis auf

das, was zentral hinter der Manie steht; Nicht nur Depression, sondern auch Angst und Unsicherheit. Mit diesem Wissen im Hintergrund kann man einzelne Situationen besser verstehen und vor allen Dingen besser lösen. Ich werde darauf achten angstverstärkende Parameter auszuschließen. In hochbrisanten Situationen würde das z.B. heißen, die Situation als einzelner zu lösen und nicht in einer größeren Gruppe. Zweite wichtige Zweitdiagnose ist der Substanzmittelmißbrauch bis zur Abhängigkeit; insbesondere Alkoholmißbrauch bzw. Amphetamin-Cannabis und Kokainmißbrauch (vergl. Marneros S.465-469). Verstehen kann man dies zum einen als Ausdruck expansivem Verhalten, aber auch als Versuch sich selbst zu medizieren. Bei der Behandlung dürfen dies Themen selbstverständlich nicht außen vor stehen.

Manie und Strafdelikte

„Bei manchen zeigt sich die Manie als Fröhlichkeit... Diese Art macht den Angehörigen keine Sorgen. Andere aber geraten vor Zorn in Raserei und von manchen wird berichtet, daß sie ihre Kleider zerrissen und die Menschen, die sich um sie kümmerten, töteten, und auch Hand an sich legten. Diese schlimmste Form der Erkrankung ist nicht ungefährlich für die Umgebung.“(Artäus von Kappadokien).

„Der Maniker macht mehr Lärm als er Schaden anrichtet.“(Dusberg und Winnich 1980)
Zwischen diesen beiden Polen bewegt sich die Einschätzung von Manikern. Im Akutalltag kommt es nicht selten wegen Fremdgefährdung zur Fixierung. Was ist letztlich dran an der Gefährlichkeit von Manikern. Um diese Frage zu beantworten, ziehe ich Andreas Marneros (vergl. S.490-491) zu Rate, der um diese Frage zu beantworten, verschiedene Untersuchungen zu diesem Thema in seinen Betrachtungen zu Hilfe nahm (Böcker, Häfner 1973, Gunn und Tagler 1995, Good 1978, Venzlaff 1994). Er kam zu folgenden Ergebnissen: Manische Patienten begehen immer wieder Delikte, diese werden jedoch fast immer, entweder vor der Verhandlung geregelt, oder es handelt sich um solche Dinge, die nicht zu einer Unterbringung im Strafvollzug oder im Maßregelvollzug führen. Am ehesten handelt es sich um Eigentumsdelikte wie z.B. ungedeckte Schecks bei unsinnigen Käufen, Straßenverkehrsdelikte, Beleidigungen oder Bedrohungen. Diese Bedrohungen können schon mal in leichtere Körperverletzungen enden. Marneros schreibt (S.491): „Von besonderer Bedeutung ist die Tatsache, daß die Diagnose Manie, die man nicht selten mit Agressivität verbindet, doch selten mit aggressiven Gewaltdelikten belastet ist.“

Wenn ich diese Untersuchungen und Ausführungen betrachte, komme ich zu dem Ergebnis, daß die Gefährlichkeit bei Manikern eher deutlich überschätzt wird und ich schließe mich dem 2. Zitat an. „Der Maniker macht mehr Lärm als er Schaden anrichtet.“

II Erklärungsmodelle

Aufbruch in die Erwachsenenwelt (vergl. Dörner S.179-180)

Beim Aufbruch in die Erwachsenenwelt stellen wir fest, daß alle Positionen von Autoritäten besetzt sind. Wir müssen uns unsere erobern. Dies versuchen wir in dem wir unser Leben anders gestalten (Hippie, Punks, Skins usw.). Doch dieser Aufbruch und das ständige Experimentieren macht Angst. Diese Angst wird den Autoritäten jedoch nicht gezeigt. Umgekehrt ist dies genauso.

Dies ist das Lebensszenario in der ein Jung-Erwachsener diesen notwendigen und von Herzen gewünschten Aufbruch nicht riskiert. Er ist brav, ohne es zu wollen. Er erstickt an seinem Unabhängigkeitswunsch für den er nichts riskiert, was ihn innerlich traurig und verzweifelt macht. Irgendwann kommt es dann zur Explosion: Er wird manisch! Jetzt kann er alles hinausschreien, alles riskieren, jemand großartiges sein. Für das weitere Leben gilt: Wer einen Ausweg einmal gelernt hat, wird ihn später leichter benutzen.

Manie als Abwehrmodell

In der Literatur wird immer wieder beschrieben, daß die Manie ein Abwehrmodell ist. Ein Modell, um die Depression abzuwehren. Hinter jeder Manie lauert die Traurigkeit, Einsamkeit, Verzweiflung der Depression. Läßt man sich näher auf das Gefühlsleben eines manischen Menschen ein, so wird man einen Teil dieser Gefühle hinter der großartigen Fassade spüren.

Stavros Mentzos vertritt die Ansicht (vergl. S.82-87), daß Manie nicht nur als Abwehrmodell der Depression zu verstehen ist. Dies reiche nicht aus, die Manie sei eine Alternativlösung für dasselbe Problem, denselben Konflikt, die auch zur Depression führt. Er führt die positiven Seiten der Manie an, um seine These zu untermauern. Er sagt in Übereinstimmung mit Kröber, daß es eine verstehbare Aussage der Manie gibt. Wer zuhört, wird immer wiederkehrende Themen in den Aussagen des Manikers antreffen. Dies sind sozusagen die zentralen Lebensthemen. Dabei geht es um Vergangenheitsbewältigung einerseits und Zukunft andererseits. Sicher geht es dabei oft um Verleugnung unangenehmer Realitäten oder Pseudolösungen eines Konfliktes zwischen Wertversprechen und Wertewirklichkeit.

Die Manie, sagt Kröber (S.172), ist die Aufkündigung des Kompromisses. Dies weist auf schlechte Erfahrungen mit Kompromissen hin.

„Die Manie ist ein Konfliktlösungsversuch im Sinne des Ausschlagens der Erbschaft und des Bruchs mit den Ahnen. Wäre Depression das Erstarren vor dieser Wahl, so wäre die Manie der scheiternde Versuch diese Pattsituation aktiv zu bewältigen, ohne eine Wahl zu treffen.“(Mentzos, S.133)

In diesem Zusammenhang stellt Mentzos (vergl. S.133) auch die klassische therapeutische Trias zur akuten Behandlung von Manien in Frage: Hospitalisierung, Sedierung und Distanzhaltung. Er schlägt in Übereinstimmung mit Kröber (S.7) vor, diese durch eine neue Trias zu ersetzen:

- a) Intensiven Gesprächskontakt herstellen
- b) Antimanische Medikation mit eher geringer Sedierung
- c) Wenn möglich Vermeidung der Hospitalisierung

Den Punkten a+b kann ich uneingeschränkt zustimmen. Beim Punkt c habe ich große Bedenken, ob dies in größerem Umfang machbar ist.

Tiefenpsychologischer und analytischer Erklärungsversuch

Immer wieder wird erwähnt, daß Depression (also auch das Abwehrmodell Manie) mit Verlust zu tun hat. Verlust heißt in diesem Fall nicht nur Tod sondern z.B. auch Beziehungsende, Verlust des Arbeitsplatz, einer Idee, Vorstellung oder Utopie. Diese Idee geht auf Freud zurück. Dieser macht auf die Bedeutung von Introjektion (in sich Aufnehmen eines Objektes) aufmerksam. Außerdem spielen die Störung des Selbstwertgefühls eine zentrale Rolle.

Ein sehr schönes, bildhaftes und gut verstehbares Modell fand ich in der Literaturrecherche bei Stavros Memtzos (vergl.S.36-38). Er benutzte eine Metapher aus dem

Bankwesen: „Jeder Mensch hat zwei seelische Bankkonten, ein normales Girokonto und ein Grundkapitalkonto. Auf dem ersten Konto sammeln sich die Erträge aus der Entlohnung für Arbeit, andere Leistungen sowie die Entschädigungen für Erlittenes. Aus dem gleichen Konto werden aber auch alle Lebenskosten, die vielfachen Verpflichtungen und Entschädigungen an andere bezahlt, die Strafzettel sozusagen. Es ist das Konto, bei dem Fleiß, Pflichterfüllung, Ordentlichkeit, Kreativität, richtiges Kalkül, Pünktlichkeit bestimmen, ob wir schwarze oder rote Zahlen schreiben. Das Damoklesschwert der roten Zahlen hängt einem ständig über dem Kopf. Es ist das Über-Ich Konto.

Anders bei dem zweiten Grundkapitalkonto - sofern man Glück hatte, und sowohl am Anfang als auch später immer wieder beschenkt wurde durch die Großzügigkeit der Eltern, der Götter, des Schicksals. Dadurch verfügt man auf diesem Konto über ein Fundus von selbstverständlich vorhandener Sicherheit, Selbstvertrauen, Urvertrauen, gesundem Narzißmus. Das Ursprungskapital wird durch narzißtische Zufuhr und zusätzlich durch Einnahmen aus dem ersten Konto sowie durch Zinsen und Zinseszinsen vermehrt. Wenn die „Decke“ auf dem Konto dick ist, dann kann einem im Leben wenig passieren. Man ist dann auch in der Lage, mit dem anderen, dem Über-Ich-Konto „locker“ umzugehen. Sobald dort vorübergehend Defizite auftauchen, kann man jederzeit auf das Wohlwollen, die Toleranz und die Größe der Verfügungskredite der Bank rechnen: Die Decke des zweiten, des Grundkapital-Kontos sorgt für die notwendigen „Sicherheiten“. Hat man dagegen nur ein „dünnnes“ oder überhaupt kein Grundkapital-Konto, dann ist man wie ein armer Mensch, der im Schweiß seines Angesichts von Tag zu Tag ängstlich und hart arbeiten und aufpassen muß, daß er nicht in die roten Zahlen und somit in die Ungnade der Bank gerät. Ein gutes Polster haben die, die Glück hatten adäquat und ausreichend gespiegelt worden zu sein, die, die ausreichende Kontingenzerfahrungen als Säuglinge hatten, und die, die von ihren konstitutellen körperlichen und psychischen Voraussetzungen reich beschenkt wurden.

In Zeiten von Lebenskrisen (Kränkungen, Enttäuschungen, Verlusten, Trennungen usw.) ist man vorwiegend auf das Grundkapital-Konto angewiesen. Erscheinen hier die ersten roten Zahlen muß man schnell reagieren. Dies kann man machen, indem versucht, das Über-Ich-Konto zu erhöhen (mehr Arbeit, mehr Leistung, mehr Anpassung, mehr Unterwerfung der „Bank“ gegenüber) oder in extremen Fällen mit einem Betrug, mit einer künstlichen scheinbaren Aufblähung des Grundkapitalkontos. Durch hypomanische und manische Selbstdefinitionen, Ignorierung der Gefahrensignale aus dem Ich und Über-Ich-Konto, ja schließlich durch Mobilisierung des Größen-Selbst, der Megalomanie.“

III Manie und Pflege

Die ersten Stunden

Manische Patienten kommen oft hochakut auf einer Aufnahmestation an. Oft ist diese Aufnahme mit Zwangsunterbringungsmaßnahmen verbunden. Freiwillige Aufnahmen kommen zwar auch immer wieder vor, doch viele Patienten brechen die Behandlung vorzeitig ab, da sie entweder das Eingrenzen ihre Aktivitäten, welches Teil der Behandlung ist, nicht aushalten wollen, zuwenig eingegrenzt worden sind und sich die Erkrankung verschlimmert hat - damit verbunden ist oftmals eine Abnahme der aktuellen Krankheitseinsicht - oder weil sie einem Impuls des Abbruchs gefolgt sind. Ausnahmen bestätigen jedoch die Regel. Zwangsunterbringungen bei hochakuten manischen Patienten gehören leider eher zur Regel. Dies belastet das Pflege Patienten Verhältnis zu Anfang enorm. Der Patient sieht in uns, zu Recht, die Vollsteckungs-

personen einer gegen seinen Willen gerichteten Staatsmaßnahme. Dieser Rolle müssen wir uns stellen. Dies zu verleugnen würde bedeuten die Beziehung auf unehrliche „Beine“ zu stellen. Wir haben selbstverständlich auch eine Ordnungsfunktion.

Sinnvoll ist es schon in der Aufnahmesituation eine Bezugsperson festzulegen. Bei Patienten, die zum wiederholten Male zur Aufnahme kommen, ist dies sicherlich leichter, da man schon eine Vorstellung davon hat, wer gut mit dem Patienten zurecht kommt. Wir sollten beachten, ob der Patient sexuell enthemmt ist. Falls dies der Fall ist, ist es oft sinnvoll eine gleichgeschlechtliche Bezugsperson zu wählen. In die Überlegungen sollte auch mit einfließen, ob der Patient eher mit Frauen oder mit Männern, mit jüngeren oder älteren Mitarbeitern, mit in der Hierarchie höherstehenden, mit eher bestimmenden oder kompromißbereiten Mitarbeitern zurecht kommt. Die Wahl der Bezugsperson wird die nächsten Wochen entscheidend beeinflussen. Der Erstkontakt ist oftmals eher flüchtig, da der Patient, getrieben von seinen vielfältigen Ideen, sich rasch etwas anderem zuwendet.

Aufnahmestationen bieten manischen Patienten zu viele Reize, die die Symptomatik eher verschlimmern. Deshalb ist es wichtig Rückzugsmöglichkeiten zu schaffen. Idealerweise weist die Bezugsperson dem manischen Patienten ein Einzelzimmer zu. Unter Umständen ist es notwendig, den Patienten in ein Beobachtungszimmer zu legen. Zu einem sehr frühen Zeitpunkt muß ich den Patienten über die Stationsregeln aufklären z.B. Nachtruhe, Ausgangsregelungen, Telefonregelung, keine Geschäfte auf der Station bzw. außerhalb der Klinik, keine größeren Geldbeträge auf der Station, keine Gewalt, Besuchszeiten usw. Wichtig ist es schon zu Anfang zu klären, wie man es gemeinsam schafft, ein Klima der Reizarmut herzustellen. Instrumente hierfür sind Einzelausgänge in Begleitung der Bezugsperson, Rückzugszeiten ins Zimmer- z.B. 3 mal eine Stunde plus Nachtruhe von 24 h bis 6 h – oder unter Umständen kompletter Zimмераufenthalt. Die letzte Maßnahme geschieht selbstverständlich nur in hoch akuten Situationen und, wann immer es möglich ist, in Begleitung von Pflegepersonal. Eine hoch schwierige Situation stellt sich schon in den ersten Stunden des Aufenthaltes: Die Medikamentengabe. Die Patienten fühlen sich oft nicht krank, sondern im Gegenteil großartig. Für sie macht es erst mal keinen Sinn, Medikamente zu nehmen. Deshalb verweigern sie diese häufig. Oft ist dieses Klientel jedoch zwangsuntergebracht wegen akuter Selbst- oder Fremdgefährdung und wir haben einen klaren Behandlungsauftrag. Stellt sich im Gespräch heraus, daß der Maniker zu keinerlei sinnvollen Verhandlungen bereit ist, die akute Gefährdung jedoch nur mit Medikamenten durchbrochen werden kann, muß der Patient zwangsmediziert werden. Die Medikamente werden i.v. oder i.m. verabreicht. Diese Situation führt leider oft dazu, daß der Patient so in Erregung kommt, daß er auch fixiert werden muß. Meiner Erfahrung nach ist es im Vorfeld hilfreich, sehr klar und deutlich mit dem Patienten zu sprechen und ihm die Realität zu spiegeln. Es ist wichtig ihm deutlich zu vermitteln, welche Folgen die Verweigerung mit sich zieht. Die Anordnung von Medikamenten ist selbstverständlich Arztsache, doch gerade bei manischen Patienten ist das Pflegepersonal oft gezwungen, sich mit ihm über dieses Thema auseinander zu setzen. Ein Hinweis am Rande sei mir erlaubt. Kommt ein Patient zum wiederholten Male (dies ist recht häufig) auf die Aufnahmestation, stellt es sich oft als hilfreich heraus, wenn langjährige Mitarbeiter ihre Beziehungsarbeit aus den vorherigen Aufenthalten in die „Waagschale“ werfen. Dies löst manchmal scheinbar nicht zu lösende Situationen. Kommt es dennoch zur gewaltsamen Zwangsmedikation und Fixierung wird dies die spätere Beziehungsarbeit belasten. Aushaltbarer für den Patienten wird es sein, wenn ich ihn in dieser Situation nicht alleine lasse und ihm möglichst eng betreue. Hier muß die Bezugsperson an „vorderster Front“ arbeiten, da diese enge Betreuung gleichzeitig auch eine große Chance zum Beziehungsaufbau darstellt.

Die AtL's

Um eine gewisse Ordnung in ein Pflegebehandlungskonzept zu bringen, habe ich mich entschlossen die erweiterten AtL's nach Rooper und Abderhalden zu Hilfe zu nehmen. Die AtL's werden in unserer Klinik zur Erstellung einer Pflegeplanung benutzt. Bei manischen Patienten gibt es in den ersten Tagen die Besonderheit, daß sie subjektiv das Erleben haben, mit ihnen ist alles in Ordnung. Daher unterliegt das gemeinsame Erarbeiten einer Pflegeplanung besonderen Schwierigkeiten. Ich werde mich in der Hauptsache auf meine Außenwahrnehmung verlassen müssen und dies dem Patienten spiegeln. Die Maßnahmen und Ziele werde ich dem Patienten vorstellen. Er (Sie) wird dies in der Regel für überflüssig halten. Falls die Beziehungsarbeit schon gut voran geschritten ist, wird er sie zumindest tolerieren. Manchmal sind trotzdem noch Verhandlungen mit dem Patienten zu führen, da er die Maßnahmen als zu einschränkend erlebt.

Atmen – selten gestört

Regulieren der Körpertemperatur – selten gestört

Ausscheiden – selten gestört

Ruhen und schlafen

Manische Patienten schlafen oft sehr wenig und sind auch im Wachzustand ruhelos.

Ziel: Schlafphase zu verlängern bis normale Menge (7-8 St.) erreicht ist.

Maßnahmen:

- a) Zuweisung eines Einzelzimmers
- b) Absprachen bezüglich eines Zimmeraufenthaltes in der Nacht (z.B. 22:00 – 6:00)
- c) individuelle Schlafrituale ermöglichen, z.B. leise Musik Aktivitäten in der Nacht besprechen: z.B. nur 3 Zigaretten in der Nacht, spätestens nach 15 Minuten nochmals einen Schlafversuch

Ruhephasen über Tag sind ohne Hilfe kaum vorhanden. Ziel muß sein, auch über Tag einige Phasen der relativen Ruhe zu erreichen.

Maßnahmen: Einzelzimmer. Den Patienten bitten, die Mahlzeiten auf dem Zimmer einzunehmen und anschließend eine halbstündige Ruhephase einzuhalten. Einzelausgänge in Begleitung mit genauem Festlegen, wohin man gemeinsam geht (nicht andere Stationen besuchen, nicht in die Stadt).

Sich bewegen

Maniker haben auf Grund ihres erhöhten Aktivitätendrangs und der reichlich vorhandenen Energie ein hohes Bedürfnis, sich zu bewegen. Diese Bedürfnisse müssen sie in einer angemessener Art und Weise ausleben dürfen. Geschieht dies nicht, kommt es häufiger zu sehr gereizten Zuständen. Leider ist die Absprachefähigkeit oft in den

ersten Tagen nur begrenzt vorhanden. Falls sie ausreichend vorhanden ist, haben sich viele kurze (1/2 St.) Ausgänge bewährt. Von Ausgängen in die Stadt ist abzuraten. Falls die Absprachefähigkeit für kurze Einzelausgänge nicht ausreicht, kann man Parkausgänge in Begleitung anbieten. Diese Ausgänge bieten eine hervorragende Gelegenheit die Beziehungsarbeit zu vertiefen, Informationen zu sammeln, sich ein Bild über den Gesundheitszustand zu machen und Einfluß auf den Patienten zu nehmen. Zweites wichtiges Standbein sind sportliche Aktivitäten. Falls der Patient gruppenfähig ist, kann er am gemeinsamen Sport teilnehmen, ist er dies jedoch nicht, kann er dies gemeinsam mit Pflegepersonal machen (z.B. Tischtennis)

Sich waschen und kleiden

Einige manisch Patienten haben keine Zeit sich zu waschen, andere baden oder duschen sich mehrfach am Tag. In beiden Fällen hilft es einen Dusch - oder Badeplan mit dem Patienten zu besprechen. Die Häufigkeit hängt von den individuellen Wünschen ab. Falls es dem Bedürfnis des Patienten entgegen kommt, hat sich das Baden mit beruhigenden oder entspannenden Badezusätze (z.B. Baldrian, Melisse) bewährt. Angemessene Kleidung kann manchmal auch zum Problem werden. Hilfreich kann das gemeinsame Waschen der Kleidung sein, die Rückmeldung ob die Kleidung angemessen ist oder nicht. Bei Ausgängen bietet sich vorher eine gute Gelegenheit darauf zu bestehen, sich angemessen zu kleiden. Individuelle Spielräume sollten eingeräumt werden.

Für Sicherheit sorgen

Gerade in den ersten Tagen spielt dieser Punkt eine große Rolle. Deutlich wird dies an den relativ häufigen Zwangseinweisungen. Unsere Aufgabe in der Pflege besteht zum einen darin zu beobachten (z.B. Beobachtungszimmer) und zum anderen, den Patienten eng zu betreuen. Dies gilt im Besonderen, wenn wir die Patienten fixieren oder isolieren müssen. Wir sind der Spiegel der Realität. Manchmal ist es notwendig, gefährliche Gegenstände wie Messer und Feuerzeuge einzuziehen. Auch soziale Sicherheit spielt eine Rolle. Wir müssen den Patienten davor schützen, in manischen Episoden Entscheidungen von großer Tragweite zu fällen. Beispiele hierfür können sein: Kündigung der Arbeit oder der Wohnung, große Geldausgaben z.B. für ein neues Wohnmobil, Ehescheidung usw. Die angestrebten Veränderungen können jedoch wichtige Hinweise für Problemfelder dieses Menschen sein. Zu einem späteren Zeitpunkt der Behandlung können sie erneut zum Thema werden.

Wenn die Manie abklingt, spielt die AtL „für Sicherheit sorgen“ nochmal eine besondere Rolle. Viele Patienten rutschen nach der Manie in eine Depression. In der Depression spielt die Suizidalität eine besonders große Rolle. Das heißt auch Schutz spielt eine besondere Rolle. Die Zeit der Manie bietet eine gute Möglichkeit, sich über die Probleme der Patienten einen guten Einblick zu verschaffen, da Maniker sehr bereitwillig reden. Dies bietet beim Einschätzen der späteren Suizidalität eine große Hilfe. Auch konkret formulierte Hilfsangebote können zur Suizidprophylaxe beitragen.

Sich informieren und orientieren

Dieser Punkt spielt eher eine untergeordnete Rolle. Natürlich gehören zur Realitätsbindung auch, daß der Zugang zu den Informationsmedien ermöglicht werden sollte (z.B. Zeitungen, Radio, Fernseher). Falls die örtliche Orientierung auf Grund der erhöhten Ablenkbarkeit gestört sein sollte, ist zu Ausgang in Begleitung zu raten.

Ansonsten ist die Orientierung eher bei maniformen Verstimmungen im Rahmen von organischen Psychosen gestört.

Kommunizieren

Die Kommunikation wird durch die Ideenflucht beeinträchtigt. Positiv beeinflussen kann man dies am besten in einer ruhigen Umgebung (z.B. Einzelzimmer, Einzelausgang in Begleitung). Die Bezugsperson oder anderes Pflegepersonal wird im Gespräch immer wieder versuchen, den „roten Faden“ des Gesprächs zu halten. Werden die Gesprächssprünge nicht mehr nachvollziehbar, so versucht das Pflegepersonal, dies zu spiegeln. Weitere Punkte, die den Kommunikationsprozeß beeinflussen, seien hier nur erwähnt, da ich sie bei anderen AtL's noch genauer beleuchten werde: Nähe-Distanzmißverhältnis, sexuelle Enthemmung, Größenideen, aggressive Impulse usw.

Beziehungen aufnehmen, aufrechterhalten, beenden

Beziehungen aufnehmen ist für dieses Klientel eher einfach, da sie ein reges Kommunikationsbedürfnis haben. Die Beziehungsaufnahme wird jedoch im Allgemeinen flüchtig und oberflächlich sein. Während der stationären Aufnahme wird die Beziehungsgestaltung zum Pflegepersonal, insbesondere zur Bezugsperson, Modellcharakter haben; und somit eine große Rolle spielen. Hier obliegt es der Bezugsperson, eine realitätsbezogene Beziehung aufzubauen und zu pflegen. Das Pflegepersonal muß dem Patienten Hilfestellung beim aufrechterhalten von Beziehungen geben. Das heißt im Besonderen ihn (oder sie) darauf aufmerksam machen, daß sein Handeln oder seine Worte (z.B. Kränkungen oder Beschimpfungen) Wechselwirkungen auf Beziehungen haben. Ein wichtiges Feld ist das Aufrechterhalten von Beziehungen zu Angehörigen und Freunden. Konkrete Unterstützung kann z.B. heißen, daß wir großzügige Besuchszeiten einräumen. Falls es möglich ist, ist es günstig einen Besuchsraum anzubieten. Durch die Erkrankung kommt es häufig zu familiären Problemen. Aufgabe des Pflegepersonals liegt im Aufklären über die Erkrankung; manchmal auch als Mittler zwischen zwei Parteien. Dazu schreibe ich jedoch in einem eigenen Kapitel über Angehörige. Dieser Bereich ist besonders wichtig, da die Patienten genau in dieses Umfeld zurückkehren. Wenn dieses Umfeld durch den Patienten zerstört wird, hat er später sehr viel schlechtere Chancen, gesund zu bleiben bzw. erhöht sich in einer möglichen Depression die Wahrscheinlichkeit, daß sie versuchen sich zu suizidieren.

Beziehungen beenden spielen oft beim Ausbruch der Manie eine Rolle. Der Verlust eines nahestehenden Menschen scheint für Maniker eine besonders große Rolle zu spielen. Neben unserem Bemühen, daß die Patienten in der Manie nicht zu viele Beziehungen zerstören, müssen wir zu einem späteren Zeitpunkt das Beenden der Patient – Pflegebeziehung gut vorbereiten und entsprechend thematisieren.

Mit Problemen und Realitäten umgehen

Hier prallen zwei sehr unterschiedliche Gesichtspunkte aufeinander. Die Patienten haben das Gefühl alles sei ganz einfach. Probleme gibt es, bis auf eines, keine. Dieses eine Problem sind wir. Wir, die wir ihn davon abhalten sich zu entfalten, seinen Geschäften nachzugehen. Wir, die wir versuchen die großartigste Phase seines Lebens kaputt zu machen. Auf der anderen Seite steht das Pflegepersonal, daß dieser

Patienteninterpretation nicht folgt, sondern dessen Aufgabe es ist, immer wieder Realitäten zu spiegeln und auf Probleme aufmerksam zu machen. In dieser Situation ist es wichtig, sich nicht von den aggressiven Impulsen anstecken zu lassen und in die Konfrontation zu gehen. Es gibt sowieso schon viele Situationen in denen wir Grenzen setzen müssen und doch soll die wohlwollende Haltung dem Patienten gegenüber erhalten bleiben. Viele Probleme der Patienten verlieren sich im Laufe der Behandlung, aber einige werden sich als Lebensprobleme darstellen. Deshalb ist es wichtig, gerade in dieser Phase besonders aufmerksam zu sein und bestehende Probleme zu dokumentieren, damit man sie in einer späteren Phase der Behandlung wieder aufgreifen kann.

Sinn finden

Dieses AtL spielt in der akuten Phase eher eine untergeordnete Rolle. Es gilt jedoch zu bedenken, daß fehlender Sinn (z.B. keine Arbeit, keine Beziehung) zu den auslösenden Momenten für die Erkrankung gehören kann. Manchmal spürt man hinter der ansteckenden Fröhlichkeit auch das Gefühl der Sinnlosigkeit. Im späteren Teil der Behandlung kann dieses AtL eine ganz zentrale Rolle spielen.

Sich beschäftigen

Manische Patienten haben ein hohes Bedürfnis, sich zu beschäftigen. Innerhalb der akuten Behandlung gilt es, dies zu kanalisieren. Aus ungerügten, häufig nur angefangenen Dingen, versuchen wir mit den Patienten zusammen sinnvollen Beschäftigungen nachzugehen. Beschäftigung nur zu unterbinden macht wenig Sinn. Es führt nur zu weiteren Konfrontationen. Falls der Gesundheitszustand es zuläßt, sollten wir ihn in das Stationsprogramm einbinden (z.B. BT, Sport, Spielegruppe, Ausgänge). Falls das noch nicht geht, sollten wir versuchen, im Einzelkontakt diesem Aktivitätenbedürfnis in Grenzen nachzugehen. Dazu bieten sich Ausgänge, Spiele, Backen, Geschichten und ähnliches an. Das gemeinsame Tun ist sicherlich die sinnvollste Art, mit diesen Patienten umzugehen. Diese Formen der gemeinsamen Aktivitäten sollten mit den Patienten auch zeitlich geplant werden.

Persönlichen Besitz verwalten

Viele manische Patienten haben sich und ihre Familie in einer Erkrankungsphase verschuldet. Während eines stationären Aufenthaltes gilt es den Schaden zu begrenzen. In der Hauptsache ist dies Aufgabe des Sozialarbeiters. Den Alltag leben die Patienten jedoch mit dem Pflegepersonal. Manische Patienten sind in der Regel geschäftsunfähig, doch viele haben keine finanzielle Betreuung. Auch hier ergibt sich ein Spannungsfeld zwischen Patient und Pflegepersonal. Günstig scheint es mir, schon zu Anfang die finanziellen Möglichkeiten des Patienten zu beleuchten und mit ihm gemeinsam zu besprechen, wieviel Geld er täglich ausgeben kann. Dies sollte schriftlich festgelegt werden und der Patient unterschreibt diesen Vertrag (auch wenn er nicht rechtlich bindend ist). Maniker neigen dazu, viel zu verschenken. Hier hilft nur, dies immer wieder zu thematisieren und die anderen Patienten aufzufordern, die Geschenke zurückzugeben. Ähnliches gilt für Geschäfte auf Station. Das beste Mittel, was uns zur Verfügung steht, ist ein klarer Standpunkt: Geschäfte jeglicher Art sind auf Station verboten. Patienten, bei denen zu befürchten steht, daß sie größere finanzielle Transaktionen wagen, sollten nur Ausgang in Begleitung haben.

Wohnen

Manie bedeutet Chaos. Dies bezieht sich selbstverständlich auch auf den häuslichen Wohnbereich. In einer akuten Phase reichen oft schon ein paar Tage, um die eigene Wohnung in einen unbewohnbaren Zustand zu versetzen. Manchmal führt dies dazu, daß der Vermieter die Wohnung kündigen will. Darum wird sich der Sozialarbeiter kümmern. Pflegepersonal tritt hier häufiger als Informationsträger auf, da sie die größte Nähe zum Patienten oder Angehörigen haben. Nach der erster Entaktualisierung wird oft der Wunsch geäußert, in die Wohnung zu gehen, um sich Kleidung zu holen oder Papiere zu besorgen. Ratsam ist es, diesen ersten Besuch in Begleitung zu tätigen. Dieser erste Besuch muß sorgsam mit dem Patienten besprochen werden. Am besten erstellt man gemeinsam eine Liste der zu holenden Dinge. Stellt sich beim Besuch heraus, daß die Wohnung sich in einem chaotischen Zustand befindet, wird sich ein Teil der zukünftigen Pflegeplanung mit der Wiederherstellung der Bewohnbarkeit der „eigenen 4 Wände“ beschäftigen. Diese Planungen müssen dem Gesundheitszustand und den Fähigkeiten des Patienten entsprechen. Grundsätzlich ist es eher selten, daß manische Patienten im gesunden Zustand mit der Haushaltsführung überfordert sind.

Sich als Mann oder Frau fühlen

Ein Symptom der Manie kann die Steigerung der sexuellen Bedürfnisse und Aktivitäten sein. In vielfältiger Art und Weise kann dies auf einer Aufnahmestation problematisch sein. Zum einen für andere Patienten, da manische Patienten die Grenzen anderer nur schwer akzeptieren. Hier bedürfen insbesondere die Patienten Schutz, die im Moment in sexueller Hinsicht nicht entscheidungsfähig sind (dies ist oft für ein Team schwer zu entscheiden). Fühlen sich Patienten durch Maniker sexuell belästigt, ist dies schon einfacher. Hier müssen wir klare und deutliche Grenzen ziehen. Kann der manische Patient sich nicht an diese Grenzen halten, kann er eine Zeit lang nicht am Gemeinschaftsleben teilnehmen. Auch Mitarbeiter werden schon mal sexuell bedrängt oder mit eindeutigen Angeboten „beglückt“. In dieser Situation ist es ebenso ratsam, eindeutige Grenzen zu ziehen. Schafft der Mitarbeiter dies nicht, erhält er/sie Hilfe von anderen Teammitgliedern. Eventuell muß der Mitarbeiter sich deutlich aus der Pflege des Patienten herausziehen.

Schwierig wird es auch für manische Patienten, die in einer festen Beziehung leben. Die Partner werden aufgrund der sexuellen Umtriebigkeit oft tief gekränkt, was zu ziemlich schwierigen Beziehungskrisen führen kann. Die Patienten leiden oft nach der Manie an schweren Schuldgefühlen wegen ihren sexuellen Ausschweifungen. Das heißt nicht nur die anderen, sondern auch die Patienten müssen geschützt werden. Es gibt verschiedene Möglichkeiten des Schutzes: Thema problematisieren, Stationsregel: keine sexuellen Kontakte (gilt für Akutaufnahmestationen) auf Station, Verlegung betroffener Patienten, zeitlich begrenzter Ausschluß vom Gemeinschaftsleben (Zimmeraufenthalt).

Seine Rechte wahrnehmen, seine Pflichten erfüllen

Oft hat man den Eindruck, daß manische Patienten in einer besonderen Art und Weise versuchen, auf ihren Rechten zu bestehen, aber gleichzeitig versuchen, ihren Pflichten zu entgehen. Schaut man sich die Patienten genauer an, stellt man oft fest, daß sie oft Menschen sind, die in ihrem normalen Leben sehr pflichtbewußt sind. Mentzos schreibt: „Manie ist die Aufkündigung der Kompromisse“. D.h. sie befinden sich in einer Lebensphase, in der sie Pflichten nur sehr begrenzt wahrnehmen wollen. Unsere Aufgabe wird

es sein, den Menschen, der hinter der Krankheit wartet, immer wieder zu wecken. Gute Erfahrungen habe ich damit gemacht, vorauszusetzen, daß sie normalerweise sich sehr um Pflichten kümmern, und ich sie in entsprechenden Situationen daran erinnern muß. Hilfreich sind vor allem schriftliche Behandlungsverträge, die Rechte und Pflichten des Patienten regeln.

Essen und Trinken

Manische Patienten können zu zwei Extremen neigen. Entweder gar nicht essen und trinken, weil sie aufgrund ihrer zahlreichen Aktivitäten keine Zeit dazu haben oder maßloses essen und trinken, weil sie ihren Impulsen immer wieder folgen. Bei beidem hat sich bewährt, die Mahlzeiten auf dem Zimmer einzunehmen; unter Umständen wird das Essen von Pflegepersonal begleitet. Bei ernsthaften Gefährdungen ist es ratsam, die Eß- und Trinkmenge zu dokumentieren. Wöchentliche Gewichtskontrollen können auch ein Mittel sein, das Problem im Auge zu halten.

Manchmal müssen auch Trinkbeschränkungen besprochen werden, insbesondere bei Getränken wie Kaffee oder Cola, da diese Wechselwirkungen mit den Medikamenten haben und zusätzlich aufputschen. Dies muss manchmal so unterstützt werden, daß diese Getränke beim Pflegepersonal deponiert werden.

Beziehungsarbeit

Die Bedeutung des Gegenüber

Rogers fordert eine wertschätzende, akzeptierende, verstehende und empathische Grundhaltung. In diesen wenigen Worten werde sehr prägnant die Forderungen an einen Pflegemitarbeiter im Umgang mit manischen (auch mit anderen) Patienten zusammengefaßt.

Beziehung zu einem anderen Menschen bedeutet auch, Emotionen wechselseitig zu haben, wie Lieben, Hassen, Mögen usw. Emotionale Gleichgültigkeit bedeutet von daher auch Beziehungslosigkeit.

Dies bedeutet für die konkrete Patient- Pflegebeziehung, daß es nicht hilfreich ist, wenn die Pflegepersonen nur als Rollen- und Funktionsträger präsent ist. Die Pflegeperson muß auch als Mensch spürbar und erfahrbar sein. Für mich heißt das, daß ich auch andere Aspekte meiner selbst offenbare. Ich, Jürgen Röhlig der Familienmensch, der Mensch der sich für Sport interessiert, der Mensch mit guten und weniger guten Tagen, der mal gute und mal schlechte Laune hat, der Mensch mit bestimmten Grenzen, der Mensch, der an bestimmten Punkten besonders empfindlich ist usw. Mein Gegenüber (der Patient- der Maniker) muß mich spüren können. Fatal wäre es jedoch, daraus zu schließen, daß menschliche Nähe und das Aufgeben jeglicher Distanz das richtige wäre. Es muß darum gehen, wo der Mitarbeiter seine eigene Person zum Inhalt der Beziehung zum Patienten machen kann und wo persönliche Abgrenzung angezeigt ist. Hilfreich kann es sein, in Teambesprechungen oder Supervisionen die Beziehungsgestaltung zu reflektieren, um das richtige Maß für persönliche Beteiligung und notwendiger Abgrenzung zu finden. Deutlich muß werden, daß ich als Mensch präsent, wohlwollend, mitfühlend, verstehend und wertschätzend bin, wir jedoch eine zeitlich begrenzte, professionelle und keine freundschaftliche Beziehung haben.

Anforderungen an die Persönlichkeit psychiatrisch Tätiger, insbesondere an die Kontaktperson

Kistner fordert (S. 62 – 63), daß psychiatrisch Tätige bestimmte Fähigkeiten besitzen oder erlernen, die aus Sicht der Beziehungsproblematik an die Person eines Mitarbeiters der Psychiatrie gestellt werden müssen.

1. Die reflektiert-akzeptierende Grundhaltung

Merkmale

- Selbstreflexion, d.h. die Fähigkeit, sich selbst zu beobachten, die eigenen Normen und Wertvorstellungen in Frage zu stellen, und das eigenen Handeln nach dem jeweiligen pflegerisch-therapeutischen Erfordernissen zu richten.
- Empathie, d.h. die Fähigkeit, sich in andere Menschen einfühlen zu können und dies dann auch wieder zurück zu melden. Dazu gehört auch die Fähigkeit, in der Beziehung zum Patienten das jeweils richtige Verhältnis von Nähe und Distanz zu erkennen und zu wahren.
- Konfliktfähigkeit, d.h. bei Bedarf auch Härte in der Beziehung zeigen und negative Rückmeldungen seitens der Patienten ertragen zu können.
- Kontaktbereitschaft und Verantwortlichkeit, d.h. die Bereitschaft, zum Patienten aktiv Kontakt aufzunehmen und die Fähigkeit, die Beziehung mit dem Patienten verantwortlich zu steuern, ohne diesen selbst aus der Verantwortung zu entlassen.

2. Die Fähigkeit zur Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Behandlungsteam.

Teamarbeit beruht nicht auf der Gleichheit aller Beteiligten, wohl aber auf deren Gleichberechtigung bezogen auf deren gemeinsame Arbeit.

Merkmale von Teamfähigkeit

- Konfliktfähigkeit, d.h. die Bereitschaft, den in der Arbeit im Team notwendigerweise entstehenden Konflikten (mit Vorgesetzten und Mitarbeitern) nicht aus dem Wege zu gehen und die Fähigkeit, diese in einer konstruktiven Weise auszutragen.
- Selbständigkeit, d.h. die Fähigkeit zu selbständigem, zielorientiertem Handeln und die Bereitschaft, dafür auch die Verantwortung zu tragen.
- Selbstkritik, d.h. die Fähigkeit, die eigenen Grenzen zu erkennen und zu akzeptieren, einschließlich der Fähigkeit, die Hilfe des Teams bei Bedarf aktiv in Anspruch zu nehmen.
- Kooperationsfähigkeit, d.h. die Bereitschaft, konstruktiv mit anderen Mitarbeitern aus allen Berufsgruppen in einem multiprofessionellen Team zusammen zu arbeiten.
- Kritikfähigkeit, d.h. die Fähigkeit, konstruktive Kritik an den anderen Teammitgliedern zu äußern und diese umgekehrt auch anzunehmen.

Die Beziehungsgestaltung zu manischen Patienten (Vergl. Kistner S. 95- 97)

Manisch Patienten leben in der subjektiven Gewißheit, daß für sie Grenzen keine Gültigkeit haben. Grenzen in allen Bereichen: körperliche und geistige, Leistungsfähigkeit, finanzielle, moralische, ethische, aber auch Grenzen im zwischenmenschlichen Bereich. Deshalb sind Maniker distanzlos, mischen sich in alles ein, sind rücksichtslos und maßlos. Da nun aber zwischenmenschliche Beziehungen immer

erfordern, daß es stabile gegenseitige Grenzen gibt, sind Maniker letztlich beziehungslos, d. h. nicht in der Lage, Beziehungen aufzubauen und zu gestalten. Der Umgang mit manischen Patienten in der Pflege erfordert daher vor allem verlässliche, für den Patienten erkennbare Grenzen zu ziehen und diese auch gegenüber ständigen „Grenzverletzungen“ stabil zu halten. Da der Patient subjektiv dies als gegen ihn gerichtete Einschränkung erleben kann, wird er versuchen, gegen diese Grenzen zu Felde zu ziehen. Dies gilt es frühzeitig zu erkennen und die entsprechend frühzeitigen Grenzsetzungen dagegen zu setzen. Konsequenz und Transparenz sind dabei für den Patienten unerlässlich. Nur durch solche, dem Krankheitszustand angepaßte Grenzziehungen, besteht daher überhaupt die Möglichkeit, manischen Patienten zum Wiederfinden ihrer eigenen Grenzen zu verhelfen. Von daher besteht die Beziehungsseite der psychiatrischen Pflege im Umgang mit solchen manischen Patienten ganz wesentlich aus genau dieser Aufgabe: Grenzen zu ziehen, zu vermitteln und durchzusetzen.

Psychiatrische Pflege – der Alltag in weiteren Aspekten

Thema Angst (Vergl. Kistner S. 42 –50)

In der Psychiatrie tritt eine besondere Form von Angst verhältnismäßig häufig auf, die ansonsten in der Krankenpflege keine Rolle spielt, nämlich die Angst vor dem Patienten. Dies spielt bei Manikern eine besonders große Rolle, da diese besonders imposant auftreten. Es können Aggressionen gegenüber Mitarbeitern auftreten. Drohungen und Beschimpfungen stehen auf der Tagesordnung. Gerade manische Patienten werden uns immer wieder mit unerfüllbaren Wünschen konfrontieren, die wir mit einem Nein beantworten müssen. Die meisten von uns sind nicht „scharf“ auf Konflikte. Dies kann zu Harmonisierungsdrang und Vermeidungsverhalten führen. In der Arbeit ist dies natürlich problematisch, da wir auch (staatliche) Ordnungsfunktionen haben. Dies bringt zahlreiche Konflikte mit sich: Freiheitsentzug, Zwangsbehandlung, Selbst- oder Fremdgefährdung.

Unsere Ängste können zum Ausbrennen führen oder zum Abwälzen auf andere Mitarbeiter. Inkonsequenz kann ebenso Folge sein, wie verbünden mit den Patienten mit der Folge von behandlungswidrigen Vorteilen. Es mag auch dazu führen, daß z.B. in der Nacht (wenig Mitarbeiter präsent) heimlich mehr Medikamente verteilt werden.

Angst in der Psychiatrie ist erst mal etwas normales. Die Angst darf nur nicht unser Herr werden. Es stellt sich die Frage, wie wir damit umgehen. Zum einen müssen Ängste im Team, in der Supervision, unter den Mitarbeitern besprechbar sein. Angst darf nicht zum Makel werden und wir müssen die Zusammenarbeit im Team hegen und pflegen. Informationen, z.B. daß hochmanische Patienten sehr selten gefährliche Körperverletzungen begehen, gehören ebenso dazu. Wir müssen ebenso unsere Verantwortung fürs Stationsmilieu annehmen, die „Stärkeren“ bremsen und die „Schwächeren“ stärken. Es muß klar sein: „ Gewalt und Erpressung – ist nicht.“ Dies führt häufig schon zu einer Reduzierung von diesem unerwünschten Verhalten. Letztes wichtiges Standbein ist die ehrliche Beziehungsarbeit mit den Patienten. Dies nützt nicht nur den Patienten, sondern sie schützt uns da auch.

Angehörigenarbeit

Die psychische Veränderung des Patienten bringt eine Vielzahl von Konflikten mit sich. Insbesondere mit den Menschen, die dem Patienten nahestehen. Entscheidungen und

Verhalten des Patienten stoßen oft auf wenig Gegenliebe und Verständnis. Angehörige werden, trotz ihres Bemühen um den Patienten, oft gekränkt und vor den Kopf gestoßen. Ehefrauen/männer werden mit Trennungswünschen konfrontiert. Schulden treffen oft auch die nahen Familienangehörigen. In dieser Situation kann und darf man die Angehörigen nicht alleine lassen. Es geht in der Arbeit mit ihnen als erstes um Informationen über die Krankheit. Mit ihren Nöten wenden sich Betroffene meist erst einmal ans Pflegepersonal. Neben den ersten Informationen macht es Sinn, in diesem Gespräch auf Angehörigengruppen, Psychoseseminare und gemeinsame Gespräche mit Patient, Arzt, Bezugsperson und Angehörigen hinzuweisen. Es geht aber nicht nur um Informationen sondern auch um Entlastung in einer schwierigen Situation. Die Experten hierfür sitzen auch in den Angehörigengruppen und Psychoseseminaren. Ein dritter Aspekt sind die häufiger vorhandenen speziellen Familiendynamiken und Konflikte. Es gibt z.B. einen Zusammenhang von HIGH EXPRESSED EMOTIONS in der Familie und Rückfallhäufigkeit auch bei manisch-depressiven Erkrankungen. Deshalb kann es zu einem späteren Zeitpunkt Sinn machen, in Familiengesprächen auf eine Verringerung sowohl von emotionalen Überengagement, als auch von persönlicher Kritik gegenüber dem Patienten zu achten.

Stationsmilieu

Einige Aspekte eines günstigen Stationsmilieus bei der Behandlung manischer Patienten sind im Vortext schon erwähnt. Ich möchte diese hier noch einmal zusammen fassen.

- a) Einzelzimmer
- b) eventuell Beobachtungszimmer
- c) Rückzugsmöglichkeiten
- d) Besuchszimmer
- e) unter Umständen geschlossene bzw. fakultativ-geschlossene Station
- f) Ermöglichung sozialer Kontakte
- g) differenziertes Stationsprogramm
- h) entsprechende personelle Ausstattung
- i) Telefonmöglichkeiten
- j) wenn die Klinikorganisation es erlaubt keine „Randalestation“ damit Außenreize entsprechend geringer sind

Medikamente und Pflege – ein Dialog

Die Medikamente werden zwar vom Arzt angesetzt, doch die Erfahrung zeigt, daß die manischen Patienten immer wieder zu Thema machen; spätestens bei der Arzneiausgabe. Von daher macht es Sinn, geregelte Gespräche darüber zu führen. Patienten thematisieren oft Sinn und Unsinn von Medikamenten. Darüber gibt es auf jeden Fall Gesprächsbedarf. Es gilt, den Patienten ausführlich zu informieren. Insbesondere unerwünschte Nebenwirkungen können ein Ärgernis für den Patienten sein. Bewegungsstörungen, Krämpfe, Spannungsgefühle, Sehstörungen, Potenzstörungen gehören zu den unangenehmen Begleiterscheinungen. Ohne einen intensiven Dialog werden manische Patienten diese Nebenwirkungen auch für kürzere Zeiten nicht akzeptieren.

Besondere Bedeutung im späteren Teil der Behandlung werden die Gespräche über eine Lithium- oder Carbamazepinprophylaxe haben. Das Einlassen auf eine solche Prophylaxe bedeutet für viele Patienten einen ersten Schritt, die Erkrankung auch mit

ihren positiven Seiten loszulassen. Dies wird nur mit einer intensiven Auseinandersetzung über positive und negative Aspekte der Erkrankung möglich sein.

Schlußwort

Gegen Ende meiner Ausführungen möchte ich noch einmal kurz die wichtigsten Aspekte der ersten Tage einer Behandlung eines manischen Patienten auf einer Akutaufnahmestation zusammenfassen:

Eine zentrale Rolle wird immer wieder das Setzen von klaren und deutlichen Grenzen spielen. Ebenso wichtig wird es sein, für die Sicherheit in ihren verschiedenen Aspekten (z.B. Eigen- und Fremdgefährdung, finanzielle und soziale Sicherheit) zu sorgen. Angemessene Freiräume für den Patienten spielen ebenso eine Rolle. Reizabschirmung und enge Betreuung sind wichtige Pfeiler der Behandlung. Diese sind mindestens so wichtig wie eine medikamentöse Behandlung. Dem Pflegepersonal, insbesondere den Bezugspersonen, wird ein Höchstmaß an Professionalität abverlangt. Sie werden versuchen, den Spagat zwischen einer wertschätzenden, akzeptierenden, verstehenden, emphatischen Grundhaltung und ständigen Konflikten, Beschimpfungen, manchmal auch körperlichen Übergriffen hin zu bekommen. Gut wird dies nur in einem intakten Team funktionieren, in dem der Raum für eigenen Ärger und Ängste vorhanden ist. Supervision kann eine stützende Funktion haben.

Letztlich wird unsere Arbeit vielleicht dadurch belohnt, daß der manische Patient seine Erkrankung als Chance begreift und für ihn wichtige Dinge verändert, sich auf eine medikamentöse Prophylaxe einläßt und sich in eine langfristige ambulante, psychotherapeutische Behandlung begibt. Am Ende steht das Ziel, die Klinik nicht mehr (manchmal auch nicht mehr so oft) zu brauchen, oder mit seiner Erkrankung besser umgehen zu können. Für die Zukunft würde ich mir wünschen, daß es auch vermehrt für manisch-depressive Patienten psychoedukative Gruppen gibt, in denen dieses Klientel zum Experten ihre Erkrankung wird.

Literaturnachweis

Andreas Marneros, Handbuch der unipolaren und bipolaren Erkrankungen, 1.Auflage, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1999

Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock, 1.Auflage, Hofgreffe-Verlag, Göttingen 2000

Walter Kistner, Der Pflegeprozeß in der Psychiatrie, 1.Auflage, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, 1992

Stavros Mentzos, Depression und Manie, 1.Auflage, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1995

Hilde Schädle-Deiningner, Ulrike Villingner, Praktische Psychiatrische Pflege, 1.Auflage, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1996

Klaus Dörner, Ursula Plog, Irren ist menschlich, 1.Auflage der Neuauflage, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1996

M.Holnburger Pflegestandards in der Psychiatrie, 2.Auflage, Urban&Fischer Verlag München 1999

Ich versichere, daß ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfaßt, keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel verwand und die Stellen, die, die anderen Werken im Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen sind, mit Quellenangaben kenntlich gemacht habe.

Unterschrift des Verfassers

Düren, den 18.7.2000