

Psychiatrische Klinik Zugersee

offen und herzlich



Behandlung von Patienten mit der Erstmanifestation einer Psychose

Dr. med. Joachim Bergner, Leitender Arzt

Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie

Eine Institution der Barmherzigen Brüder von Maria-Hilf, Zug-Oberwil

Konkordatsklinik der Kantone Uri, Schwyz und Zug

Widenstrasse 55 Postfach 200 CH-6317 Oberwil-Zug Tel. 041 726 33 00 Fax 041 726 36 40

Was sind die Besonderheiten in der Behandlung von Menschen mit Erstpsychosen?

- I. Symptomatik***
- II. Ziele***
- III. Behandlungsmöglichkeiten ambulant und stationär***
- IV. Eintrittssituation***
- V. Diagnostik***
- VI. Behandlung***
- VII. Suizidalität***
- VIII. Austritt und Weiterbehandlung***

Film 1

I. Häufige Syndrome bei Behandlungsbeginn

- **Akute, floride Psychose**
 - **Depressive Symptomatik**
 - **Negativ- Symptomatik**

II. Ziel:

Vollremission

McGorry, 1999

Wunderink, Wiermsa 2008

Behandlungsauftrag

- **Existenzsicherung**
 - ad vitam
 - Sozial
- **Akutbehandlung, Krisenintervention**
- **Langfristige Therapie**
 - Mit der Krankheit leben lernen

III.a Therapiemöglichkeiten

1. Hausarzt
2. Ambulante Fachpsychiatrie oder Psychotherapeut
3. Stationäre Psychiatrie
4. Spezialisierte Einrichtungen, sofern vorhanden

III.b Stationäre Behandlung, Indikationen

Intensivierte Behandlung

Akut psychotische Symptomatik, falls

Sicherheit für Patient und Umgebung nicht gewährleistet

Niedrige Compliance mit der ambulanten Behandlung

Keine soziale und familiäre Unterstützung

Verwahrlosung?

IV. Eintritt

Möglichst wenig restriktiv, auf Patientenbedürfnisse eingehend

Falls gefahrlos möglich, Beobachtungszeitraum mind. 24 h ohne antipsychotische Medikation

Vermitteln von Ruhe und Sicherheit

Akute Behandlungsphase

Diagnostik und Abklärung:

Anamnese, Psychopathologie, Somatostatus
Cerebrale Bildgebung, Labor, Drogenscreening
Weitere Diagnostik nach Befund

Medikation gemäss DGPPN- Guidelines

Kontrolle der Aussenreize mit möglichst wenig restriktiven Mitteln,
ruhiges Milieu

Langsame Steigerung der Belastung:

Teilnahme an Gestaltung bis später zu Gruppentherapien,
Schwerpunkt Ausdrucksorientierung ohne Überforderung
Körperliche Aktivität einzeln und in Gruppe
Transparente und gleichmässige Tagesstruktur
Einbeziehen der Sozialarbeit

Einzelgespräche: kurz, Fokus auf "hier und jetzt"

V. Diagnostik

Differentialdiagnosen des psychotischen Syndroms auf organischer Ebene:

- Drogen- und medikamenteninduzierte Psychose (Cannabis, LSD, GHB, Kokain, Amphetamine allgemein, Psylocibin, Meskalin)
Medikamente wie Antibiotika, Kortikosteroide, Anticholinergika, Digitalis, L-Dopa u.v.a.
- Vergiftungen z.B. Kohlenmonoxyd, Blei
- Epilepsie, insbesondere Temporallappenepilepsie
- ZNS-Traumata
- ZNS-Primärtumor / -Metastasen
- ZNS-Infektion z.B. Herpes-Enzephalitis, Neurosyphilis, AIDS-Enzephalitis, Creutzfeld-Jakob
- Autoimmunerkrankungen z.B. Lupus Erythematodes, MS, mit ZNS-Manifestation
- Metabolische Erkrankungen z.B. M. Wilson, M. Addison, Nebenschilddrüsenerkrankung, Porphyrrie
- Degenerative Erkrankungen z.B. M. Huntington, M. Parkinson, M. Alzheimer
- Frühkindliche Gehirnschädigungen
- Delir unterschiedlicher Genese

V. Diagnostik

Psychiatrische Differentialdiagnostik nach ICD-10

- **Akute polymorphe psychotische Störung**
- **Affektive Störungen z.B. psychotische Manie, psychotische Depression**
- **Schizoaffektive Störung**
- **Akute psychogene Psychose z.B. als Reaktion auf Trauma**
- **Wahnhaftige Störung**
- **Schizotype Störung (Ausschlussdiagnose)**
- **Paranoide Persönlichkeitsstörung**
- **Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung**
- **Dissoziative Störungen**

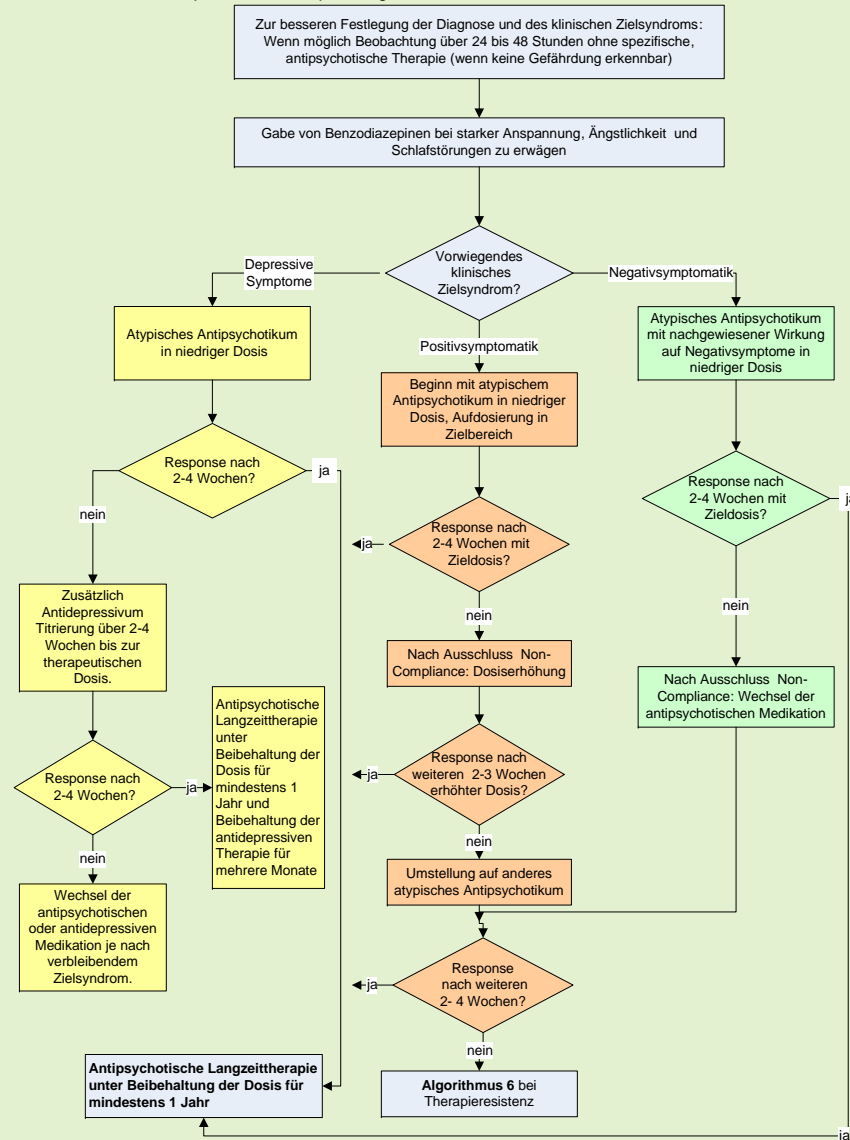
VI. Therapie

- a. **Pharmakotherapie**
- b. **Pflegerische Behandlung, Sozio- und Milieuthherapie**
- c. **Sozialdienstliche Tätigkeit**
- d. **Psychologische Therapie**

VI. a Pharmakotherapie

Algorithmus 4: Pharmakotherapie Erstpsychose

Aus: W. Gaebel, P., Falkai; (2006) Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie DGGPN, Band 1, Schizophrenie, Steinkopf Verlag.

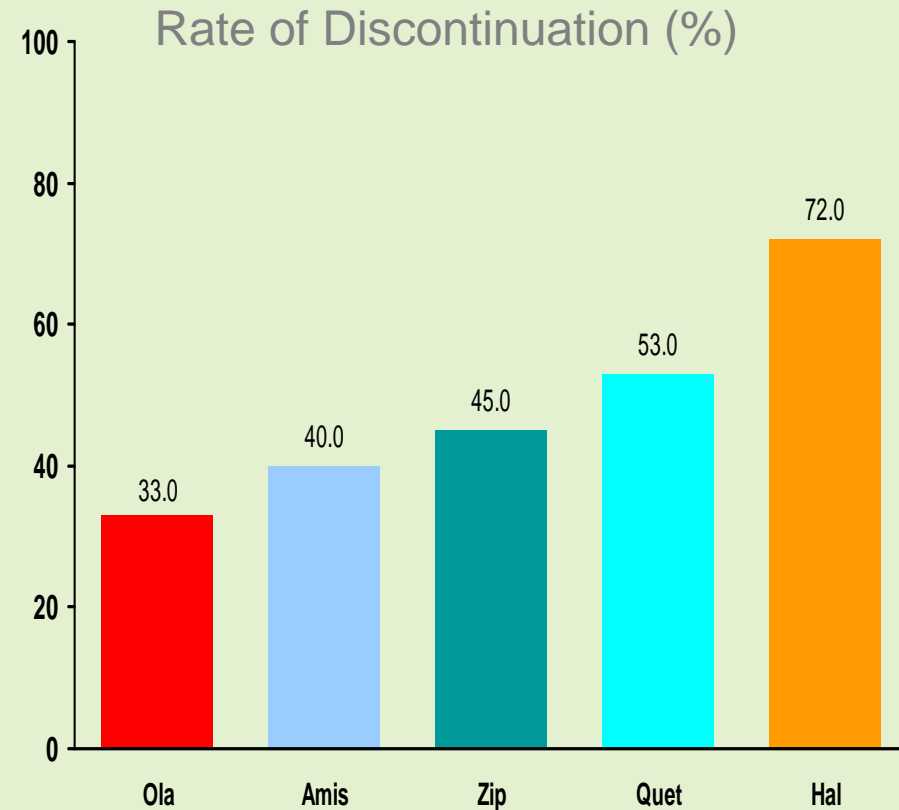
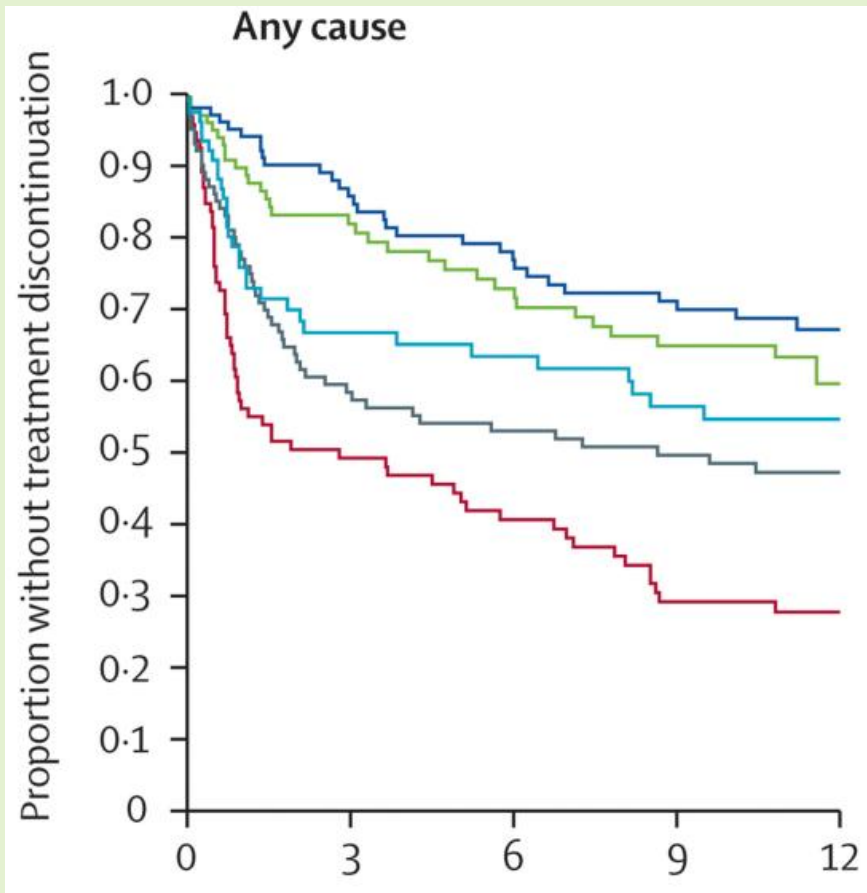


UBr 8.2.2006

CATIE:Lieberman et al 2005
Tiihonen et al, Lancet 2009

EUFEST- Studie

Absetzraten und Zeit bis zum Absetzen des Medikamentes



Treatment discontinuation for any cause differed between treatment groups ($p < 0.0001$)

Kahn R.S. et al. Lancet 2008;371:1085-97

Film 2

VI. b Pflegerische Interventionen können die Behandlung entscheidend prägen

- **Risiko- Einschätzung**
- **Aggressionsmanagement**
- **Gemeinsame Aktivitäten**
- **Nicht konfrontatives Verhandeln von Verhaltensgrenzen**
- **Unterstützung der Patienten in der Entscheidungsfindung bezüglich der Behandlung**

VI. c Sozialdienst

Basis der sozialen Reintegration:

Soziales Assessment

Unterstützung bei Arbeit, Wohnen, Freizeit, Finanzen

Mittlere Behandlungsphase

Einzelgespräche:

Empathische Psychoedukation

Ressourcenaktivierung

Bearbeitung negativer Emotionen

Beizug Angehöriger

Einbezug weiterer Therapien: u.a. Arbeitstherapie,

Ausdrucksorientierte Therapien

Förderung kognitiver Fähigkeiten, ggf. computergestützt CogPack

Gruppenpsychoedukation

Angehörigengruppe

Training sozialer Fertigkeiten

VI. d Psychologische Therapie: Beziehungsgestaltung

- **Respekt vor der Autonomie des Patienten**
- **Selbstwertschonung**
- **Berücksichtigung kognitiver Defizite**

Conradt, Klingenberg 2003

Kontinuierlicher Aufbau von Behandlungsbereitschaft durch partizipative Entscheidungsfindung:

Zielorientierung und Hindernisanalyse:

- Wo will ich hin? Wie komme ich dahin? Was hilft mir, was hemmt mich?

Unterstützung des Patienten in *seinen* Zielen

Verstärken von erwünschtem Verhalten

Symptommanagement

„Nichtstun“ ist immer auch eine Option

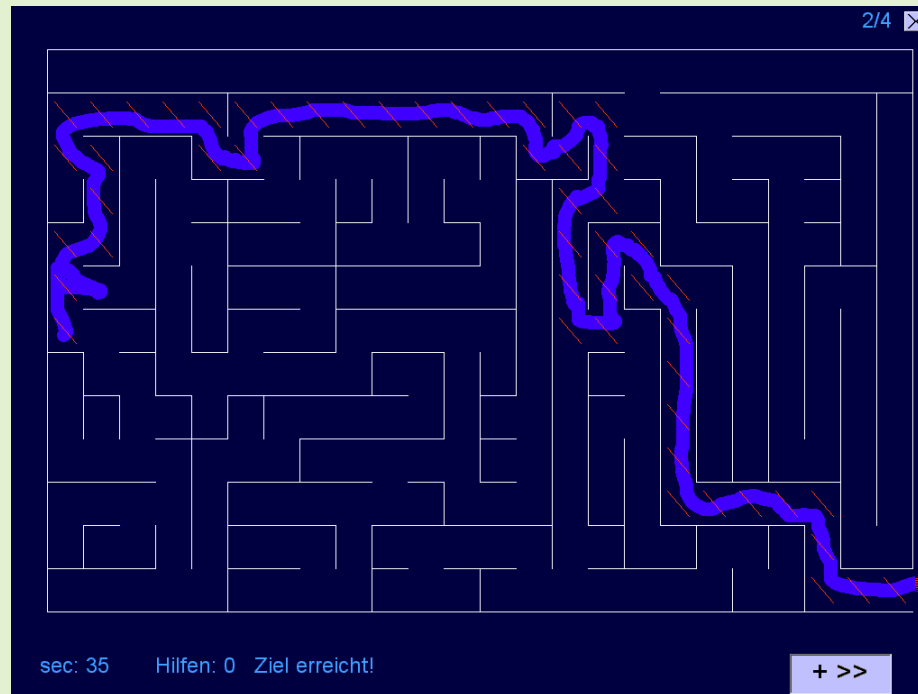
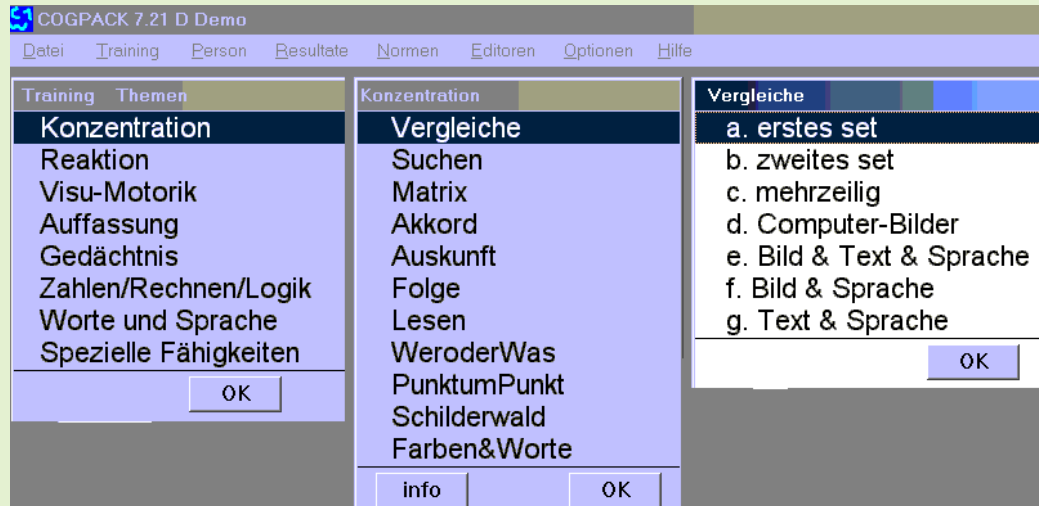
Vauth, Loh 2008

Psychoedukation

- **muss Vorstellungen und Überzeugungen des Patienten einbeziehen**
- **wirkt nur, wenn sie den individuellen Bedürfnissen entspricht**
- **muss die Störungs- und Lerngeschichte sowie die Behandlungspräferenzen des Patienten einbeziehen**

Vauth, Loh 2008

CogPack



Einbezug Angehöriger

- **Als Ressource nutzen**
- **Psychoedukation**
- **„Niemand ist Schuld“**
- **Bearbeitung des familiären emotionalen Klimas**

Abschlussphase

Einzelgespräche:

Krankheitsbewältigung

Zukunftsorientierte Perspektive

Frühwarnzeicheninventar

Ausdrucksfördernde Therapien

Antizipation neuer Krisen und Procedere

Selbsthilfeangebote aufzeigen

Klärung der Weiterbehandlung

Suizidalität

- **Allgemein erhöhtes Suizidrisiko der Schizophrenie, ca. 15 %**
- **Bei florid psychotischer Sy. sind Suizide eher selten**
- **niedrigeres Risiko bei chronifiziertem Krankheitsverlauf und Residualsymptomatik**
- **Risiko deutlich erhöht bei:**
 - Substanzabusus
 - Mehreren kurzen Hospitalisationen
 - Postremissiver Depression
 - Bis 14 d nach Austritt

Besonderheiten der Behandlung der Erstpsychose:

- **Frühintervention und Früherfassung ambulant**
- **Enge interinstitutionelle Zusammenarbeit**
- **Abhängig von der Grösse des Einzugsgebiets:
Gemeinsame Strukturen für Jugendliche und Erwachsene**
- **Spezielle psychologische Behandlungsmodule**

Film 3

Vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit!

Fragen???

Herzlichen Dank für die Unterstützung

