

Erforderlichkeit der Betreuung bei schizophrenen und manisch-depressiven Erkrankungen //

Betreuungsgerichtstag Mitte
Kassel, 06.07.2011

Wolfgang Kloß
Leitender Arzt
Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Bad Emstal-Merxhausen

ÜBERSICHT //

- Einführung
- Schizophrenien und Bipolare Störungen
 - Psychopathologische Symptomatik
 - Epidemiologie und Verlauf
- Fallbeispiele
- Fazit

vitost:

EINFÜHRUNG //

- Die Hoffnung auf geringere Fallzahlen hat sich seit Einführung des Betreuungsrechts 1992 nicht erfüllt
- Die Vorstellung, Angehörige würden Betreuungen überwiegend (und unentgeltlich) übernehmen, ebenso wenig
- Psychische Erkrankungen verdrängen inzwischen somatische von Platz 1 der AU-Diagnosen
- Steigende Kosten des Betreuungswesens zwingen damit zu kritischer Betrachtung der Notwendigkeit von Betreuungen im Einzelfall!

vitost:

EINFÜHRUNG //

- Bipolare und schizophrene Psychosen sind die Kerngruppe der behandelten Erkrankungen in der Allgemeinpsychiatrie

bitos:

PSYCHOPATHOLOGISCHE SYMPTOMATIK BIPOLARER STÖRUNGEN // (6 Hauptsymptome)

1. Depressive Stimmung

niedergedrückt, tief traurig,
hoffnungslos, leidend bis
Gefühl der inneren Leere
und Gefühllosigkeit, Angst
und innere Unruhe

Manische Stimmung

gehoben, fröhlich, heiter,
ansteckend gute Laune,
sorglos, unkritisch, enthemmt,
gereizt, streitsüchtig

bitos:

PSYCHOPATHOLOGISCHE SYMPTOMATIK BIPOLARER STÖRUNGEN // (6 Hauptsymptome)

2. Depressives Denken

verlangsamt, auf depressive
Inhalte eingeeengt,
Assoziationsfähigkeit
reduziert, schwerbesinnlich
(cave Demenz)

Manisches Denken

Geschwindigkeit,
Assoziationsfähigkeit und
Aufnahmefähigkeit gesteigert
– dadurch „intelligenter“ und
in Verbindung mit
Kritikschwäche überheblich
(Risikoverhalten)

vitos:

PSYCHOPATHOLOGISCHE SYMPTOMATIK BIPOLARER STÖRUNGEN // (6 Hauptsymptome)

3. Depressiver Antrieb

vermindert, wollen – aber nicht können, Start-schwierigkeiten, Entschluss-Schwierigkeiten (kann sich nicht entscheiden), morgendliches Aufstehen & einfachste Verrichtungen werden zu unüberwindlichen Problemen, Morgentief

Manischer Antrieb

gesteigert, unruhig, getrieben, ständig in Bewegung, redet ununterbrochen, folgt unkritisch spontanen Ideen und lustmotivierten Triebimpulsen (Reisen, Alkohol, Drogen, Geldausgaben, Vertragsabschlüsse), überschätzt sich körperlich (cave Selbstgefährdung)

Ein Unternehmen des
LWVHessen.

Betreuungserforderlichkeit bei psych. Erkrankungen | 06.07.2011 | 7

vitos:

PSYCHOPATHOLOGISCHE SYMPTOMATIK BIPOLARER STÖRUNGEN // (6 Hauptsymptome)

4. Depressive Vitalgefühle

diffuse körperliche Missempfindungen und Schmerzempfindungen, Druckgefühl im Kopf / Brust / Magen, Herzjagen, Schweregefühl in Armen und Beinen, Depersonalisation (ich bin nicht mehr ich), Derealisation (alles ist mir so fremd) (cave Schizophrenie)

Manische Vitalgefühle

vermindertes Schmerz- und Kälteempfinden, Gefühl extremer körperlicher Leistungsfähigkeit (Risikoverhalten)

Ein Unternehmen des
LWVHessen.

Betreuungserforderlichkeit bei psych. Erkrankungen | 06.07.2011 | 8

bitos:

PSYCHOPATHOLOGISCHE SYMPTOMATIK BIPOLARER STÖRUNGEN // (6 Hauptsymptome)

5. Depressiver Wahn

Schuldwahn,
Versündigungswahn,
Verarmungswahn,
hypochondrischer Wahn

Wahn oft sehr stabil, auch
über anfängliche Besserung
der Symptomatik hinaus

Manischer Wahn

Größenwahn (z.B. hohe
berufliche Position, riesiger
Geldbesitz, extreme Intelligenz,
große Erfindungen)

Wahnthemen eher
austauschbar

bitos:

PSYCHOPATHOLOGISCHE SYMPTOMATIK BIPOLARER STÖRUNGEN // (6 Hauptsymptome)

6. Depressives Vegetativum

Schlaf, Appetit, Verdauung
stark gestört, Gewichtsverlust,
Nachlassen von Libido und
Potenz, Nachlassen des
Hauturgors (deutlich älteres
Aussehen)

Manisches Vegetativum

kaum Schlafbedürfnis (viele
Nächte aktiv bzw. unterwegs),
erhöhter Grundumsatz,
Gewichtsabnahme trotz
gesteigertem Appetit wegen
erhöhtem Antrieb, gesteigerte
Sexualität, Straffung des
Hauturgors (deutlich jüngeres
Aussehen)

VERLAUF BIPOLARER ERKRANKUNGEN //

- **Lebenszeitrisiko:** 1-2 %
- **Beginn:** zwischen 20. u 30. Lebensjahren (ev. auch früher)
- **Dauer:** häufig lebenslang
 - im Mittel: mindestens 11 Phasen (mehr als bei unipolar depressiven Erkrankungen)
- **Suizidalität:** 12-14 % Suizide (Lebenszeitprävalenz)
- **Ausgang:** in 25-30 % Residualsyndrom (Ausgangsniveau nach mehreren Phasen nicht mehr erreicht) mit Vitalitätseinbußen, chronischer depressiver Verstimmung, leichter Erschöpfbarkeit
 - früher Beginn, Häufigkeit und Schwere der Phasen sind Prädiktoren eines eher ungünstigen Ausgangs

PSYCHOPATHOLOGISCHE SYMPTOMATIK SCHIZOPHRENER PSYCHOSEN //

 (6 Hauptsymptome)

1. Affektivität

- Fehlen angemessener Affektmodulation auf äußere Ereignisse
- Häufiges affektives Unbeteiligtsein und Affektverarmung
- Parathymie (falscher Affekt auf äußere Ereignisse)

2. Antrieb

- Impulshandlungen (plötzliche Aggressivität durch wahnhaftes Verknüpfung)
- Verminderter Antrieb bei sog. Minussymptomatik (Minderung des „gesamten seelischen Energieniveaus“, z. B. Schizophrenia simplex)

vitos:

PSYCHOPATHOLOGISCHE SYMPTOMATIK SCHIZOPHRENER PSYCHOSEN // (6 Hauptsymptome)

3. Formale Denkstörungen

- inkohärentes Denken
- Gedankenabbrechen
- zerfahrenes Denken

4. Wahn

- Verfolgungswahn
- Beeinträchtigungswahn
- Vergiftungswahn

vitos:

PSYCHOPATHOLOGISCHE SYMPTOMATIK SCHIZOPHRENER PSYCHOSEN // (6 Hauptsymptome)

5. Halluzinationen

- akustisch
- leiblich
- optisch
- Geruchs- und Geschmackshalluzinationen

6. Icherlebensstörungen

- Ichverbundenheit der Denk-, Willens- und Gefühlsvorgänge geht verloren
- Gefühl des von außen gelenkten eigenen seelischen Erlebens
- Gefühl der von außen eingegebenen oder entzogenen Gedanken

VERLAUF SCHIZOPHRENER PSYCHOSEN //

- **Lebenszeitrisiko:** 1 %
- **Beginn:** Prodromi schon häufig in der Kindheit (auffälliges Sozialverhalten in der Schule); akute Symptomatik mit produktiven Symptomen in 54 % vor dem 30. Lebensjahr
- **Krankheitseinsicht:** in 97 % nicht vorhanden (WHO 1973)
- **Dauer:** häufig lebenslang; unterschiedliche Verläufe (chronisch-progredient, schubweise, primäre Minussymptomatik oder Plussymptomatik (paranoid-halluzinatorisch))

VERLAUF SCHIZOPHRENER PSYCHOSEN //

- **Suizidalität:** ca. 6 % Suizide (Lebenszeitprävalenz); ca. 20 % schwere Suizidversuche; Lebenserwartung um 10 Jahre verkürzt (Suizide & komorbide Erkrankungen)
- **Ausgang:**
 - 1/3 sozial **reintegriert**
 - 1/3 sozial **reintegriert** auf niedrigerem Niveau
 - 1/3 sozial **desintegriert** (Verlust von Arbeit, Beziehung und sozialem Umfeld)
- Früher Beginn, Häufigkeit und Schwere der Schübe, komorbide Suchterkrankungen und Therapieresistenz sind Prädiktoren eines ungünstigen Ausgangs (Residualsyndrom, soziale Desintegration & Suizid)

vitos:

Fall 1 //

Frau B.; 70 Jahre; verheiratet, familiär gut integriert;

seit 30 Jahren **paranoid-halluzinatorische Psychose**;
mäßige Krankheits- und Behandlungseinsicht; Ehemann
stützt die Behandlung und regelt die Angelegenheiten seiner
Ehefrau weitgehend;

Betreuung nicht erforderlich

vitos:

Fall 2 //

Frau L.; 30 Jahre; alleinstehend; abgebrochenes Studium,
lebt zeitweise aus der Not heraus bei den Eltern
(problematisches Verhältnis);

Seit einigen Jahren an einer **Schizophrenia simplex**
erkrankt, keinerlei Krankheits- und Behandlungseinsicht; irrt
häufig wochenlang durch Deutschland, magert stark ab,
findet Rückweg nicht mehr, läuft unbesorgt auf Bahngleisen;
Wohnungsangelegenheiten, Finanzen, Gesundheitsvorsorge
und Unterbringung sind zu regeln;

Betreuung durch Berufsbetreuer erforderlich (Eltern
keine hinreichende Distanz)

vitos:

Fall 3 //

Frau G., Mitte 50, **paranoide Psychose**, alleinstehend;
berentete ehemalige Krankenkassenmitarbeiterin;

zuvor mehrfache Ortswechsel wegen vermeintlicher
Bedrohung durch jeweiligen Arbeitgeber; fühlt sich weiterhin
durch Autos bedroht; glaubt ehemaliger Arbeitgeber
beeinflusse auch ihre Nachbarn; deshalb Probleme mit
diesen durch Übergriffe der Patientin; drohende Kündigung
ihrer Wohnung; keinerlei Krankheitseinsicht, setzt
Medikamente nach Entlassung regelmäßig ab;

Gesundheitssorge, Wohnungsangelegenheiten und
Unterbringung sind zu regeln; **Betreuung erforderlich**

vitos:

Fall 4 //

Frau L., 55 Jahre, Friseurin; verheiratet,

seit 30 Jahren **bipolare Psychose** mit überwiegend
manischen Phasen, ca. 2 x pro Jahr deswegen stationär;
Ehemann bringt sie zur ambulanten und stationären
Behandlung, regelt ihre Angelegenheiten; Beziehung stabil
(trotz manischer Entgleisungen der Ehefrau).

Keine Betreuung erforderlich

vitos:

Fall 5 //

Frau F., Mitte 40, alleinstehend, wohnt bei betagtem Vater;

bipolare Psychose, Grenzbegabung; vermehrte Geldgaben in immer wiederkehrenden manischen Phasen; keine Krankheitseinsicht; verschuldet; Gesundheitsvorsorge, Unterbringung und Finanzen sind zu regeln;

Betreuung erforderlich.

vitos:

FAZIT //

- **Bipolare** und **schizophrene Psychosen** sind i.d.R. **schwere „psychische Erkrankungen“** mit oft lebenslangem Verlauf
- zu regelnde **„Angelegenheiten“** betreffen häufig „Gesundheitsvorsorge“, „Unterbringung“, „Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten“, „Finanzen“, „Behörden“- und „Postangelegenheiten“

bitos:

FAZIT //

- eine „**Vollmacht**“ setzt bei der Unterzeichnung Geschäftsfähigkeit voraus, erfordert die Fähigkeit, den Bevollmächtigten kontrollieren zu können und bedarf einer vertrauenswürdigen Person - daran mangelt es oft bei diesen akuten oder chronischen Krankheitsbildern
- „**andere Hilfen**“ sind eher tatsächlicher, organisatorischer oder sozialer Art und erlauben kein rechtsgeschäftliches Handeln

bitos:

FAZIT //

- „**freier Wille**“ und **Krankheitseinsicht** werden oft durch entgegenstehende psychopathologische Symptome unterminiert (depressive Stimmung & Schuldwahn; Enthemmung & Kritischschwäche; Beeinflussungsideen, Gedankeneingebung & Bedrohungserleben)
- **Betreuungen** sind deshalb bei bipolaren und schizophrenen Psychosen häufig erforderlich und können zur Verbesserung der Langzeitprognose beitragen

bitos:

FAZIT //

- **Krankheitsuneinsichtigkeit** und fehlende Compliance sind Herausforderungen für Therapeuten und Betreuer und lassen sich durch eine kontinuierliche und vertrauensvolle Patientenbeziehung verbessern
- Vorhandene engagierte und geschulte **Angehörige** und ein stabiles soziales Umfeld können Betreuungen entbehrlich machen