

**18. Betreuungsgerichtstag  
13.-15. Oktober 2022 in Erkner**

**Arbeitsgruppe 12: Selbstbestimmung und  
Zwangsbehandlung**

**Angie Schneider, Christoph Lenk**

**„Wir sehen nur die  
schweren Fälle“**

## Fallvignette

- 56-jährige frühpensionierte Lehrerin, Mietwohnung in einem kleinen Mehrfamilienhaus
- Schizophrene Erkrankung seit zehn Jahren, bisher keine Medikation
- Betreuung seit neun Jahren, Betreuungsarbeit „an der Betroffenen vorbei“, keine tragfähige Kooperation
- Wohlwollende Mitmieter haben das „seltsame“ Verhalten (fünf Schlösser, Videoüberwachung, diverse Zettel mit Vorwürfen an den Türen der Nachbarn) der Probandin bisher toleriert.

## Fallvignette

- Jetzt zunehmende Beschwerden durch die Nachbarn (nächtliches Schreien, offene Beleidung im Hausflur)
- Sozialpsychiatrischer Dienst machtlos, die Betroffene öffnet die Tür nicht, keine Hinweise auf Erforderlichkeit von Maßnahmen nach Landespsychiatriegesetz
- Nach drei Abmahnungen nun Wohnungskündigung anstehend
- Gesprächsversuch zwischen Betroffener und gesetzlicher Betreuerin ist gescheitert.

## „Erheblicher gesundheitlicher Schaden“

- Nachweisbare strukturelle Hirnschädigung,
- subjektives Leiden,
- Störung wichtiger Funktionsfähigkeiten
- Schwere Beeinträchtigung der sozialen Teilhabe

## F20: Schizophrenie

- Name irreführend und stigmatisierend: σχίζειν (abspalten) und φρήν (Seele)
- Häufige Erkrankung (1-3% der Bevölkerung)
- Multifaktorielle Ursachen (Cave: THC)
- Diagnostik: Psychiatrische Gespräche
- Therapie: Antipsychotika , EKT, Psychoedukation und psychosoziale Verfahren
- Prognose: Drittelregel
- Problem: DUP (Dauer der unbehandelten Psychose)
- 10-15% der Betroffenen suizidieren sich

## Verlauf I

- Auffälligkeiten bereits im Kindesalter (Motorik, Sprachentwicklung, Sozialverhalten, schulische Leistungen, Verhaltensabweichungen, emotionale Auffälligkeiten)
- Prodromalphase bei 70-75% der Betroffenen fünf Jahre vor Ausbruch der Erkrankung (Störungen des Denkens, des Affekts, des Antriebs und des Sozialverhaltens)
- Präpsychotische Phase mit Anstieg der Symptomatik bis zum Vollbild der Erkrankung

## Verlauf II

- 2/3 der Erkrankungen weisen einen schleichenden Beginn auf, nur 20% der Erkrankungen beginnen akut, das heißt, innerhalb eines Monats
- Unter Behandlung klingt die akute Phase nach einigen Wochen bis Monaten ab, wobei nicht immer eine vollständige Remission erreicht werden kann.
- Selten nach der ersten Krankheitsphase, häufiger nach wiederholten Krankheitsrückfällen kann es zu einem chronischen Verlauf mit Ausbildung eines Residuums (früher: Defektzustand) kommen.

## Verlaufsprognose I

- Erkrankungsbeginn zwischen dem 15. und 40. Lebensjahr, Männer 3 bis 4 Jahre früher als Frauen
- 20 % der Ersterkrankungen heilen vollständig aus.
- Ein Drittel der Erkrankten lebt relativ ungestört, das zweite Drittel zeigt deutliche Krankheitszeichen und Beeinträchtigungen, bleibt aber sozial integriert. Das dritte Drittel nimmt einen schweren chronischen Verlauf mit Residualzuständen.
- Bei sachgerechter Behandlung wäre nur mit 5 bis 10 % ungünstiger Verläufe zu rechnen.

## Verlaufsprognose II

- Ungünstig: schleicher Beginn, vorherrschende Minussymptomatik, erbliche Vorbelastung, Intelligenzminderung, ungünstiges familiäres Klima, Suchterkrankung, Substanzmissbrauch, mangelhafte soziale Integration bereits vor Krankheitsbeginn, ethnischer Minderheitenstatus
- DUP (Dauer der unbehandelten Psychose): Je später mit der Behandlung begonnen wird, desto schlechter ist die Prognose
- Verzögerung v. a. bei schleichendem Beginn

## Therapie I

- Akutphase (Wochen bis Monate):  
Akutbehandlung
- Postakute Stabilisierungsphase (3 bis 6 Monate):  
Langzeitbehandlung und Rezidivprophylaxe
- Stabile (partielle) Remissionsphase (Monate bis Jahre): Rehabilitationsmaßnahmen
- Ziele (DGPPN):, symptomreduzierend, vulnerabilitätsmindernd, stressreduzierend, bewegungsfördernd
- Selbstständige Lebensführung
- Experte der eigenen Erkrankung

## Therapie II

- Ziel ist nicht nur Symptombefreiheit, sondern auch psychosoziales Funktionsniveau, Lebensqualität und Minimierung der unerwünschten Wirkungen der Langzeitmedikation
- Negative Therapiewirkungen: unerwünschte Wirkungen der Medikation, negative Auswirkung der Psychotherapie (Gefahr der Überstimulation mit Provokation einer Exazerbation, Suizidrisiko), soziale Beeinträchtigung, Hospitation, möglicher Arbeitsplatzverlust und partielle Stigmatisierung

## **Therapie III**

- Behandlung der akuten Phase in der Regel im stationären Rahmen
- Erhebliche Variationsbreite der erforderlichen Behandlungsdauer, in der Regel sechs bis acht Wochen
- Zu frühe Entlassung aus der stationären Behandlung ohne ausreichend Stabilisierung ist mit einem hohen Rezidiv- und Selbsttötungsrisiko verbunden

## **Antipsychotika (früher: Neuroleptika) I**

- Entdeckung Mitte der fünfziger Jahre
- Verminderung der Dauer des Krankenhausaufenthalts
- Vermeidung einer Hospitalisation
- Verhütung von Rezidiven
- Ermöglichung einer ambulanten Behandlung
- Schaffung der Voraussetzungen für eine psychotherapeutische Behandlung
- Nach psychiatrischer Lehrmeinung für die Behandlung der Schizophrenie unverzichtbar

## Antipsychotika II

- Wirkung: Herabsetzung der erhöhten Dopaminaktivität (Botenstoff im Gehirn)
- Gute Wirkung auf Positivsymptomatik (Katatonie, Halluzination, Wahn, psychomotorische Erregtheit, aggressives Verhalten und Ich-Störungen)
- Weniger gute Wirkung auf Minussymptome (Affektverflachung, Antrieb- und Kontaktstörung)
- Neuere (atypische) Antipsychotika sollen besser auf die Negativsymptomatik wirken

## Antipsychotika III - Indikationen

- Akutbehandlung psychotischer Zustandsbilder (mittel- bis hochpotente Antipsychotika)
- Psychomotorische Erregtheit (niederpotente A.)
- Rezidivprophylaxe (mittel- bis hochpotente A.)
- Cave: Niederpotente A. versus Benzodiazepine
- Rezidivgefahr am größten in der postakuten Stabilisierungsphase (drei bis sechs Monate nach Rückbildung der Positivsymptomatik)
- Erhebliche Rezidivgefahr in den ersten fünf bis zehn Jahren, dann langsame Abnahme



## **Antipsychotika IV**

- Wirksamkeit in der Akutbehandlung 70-80%
- Mit hoher Wahrscheinlichkeit hilft eine frühzeitige Therapie, eine Chronifizierung zu vermeiden
- Behandlungsdauer: (mindestens) zwei Jahre bei Ersterkrankten, nach zwei Krankheitsphasen mindestens fünf Jahre, nach mehreren Krankheitsphasen lebenslang
- Rückfall nach Absetzen der Langzeitmedikation in 80% der Fälle.
- Prognose abhängig von der Compliance

## **Antipsychotika V**

- Dosis schwankt erheblich
- Präparatewahl nach Erstsymptomatik
- Voller Wirkungseintritt nach drei bis vier Wochen, wenn nicht, Präparatewechsel, ggf. Clozapin
- Absetzen der Medikation häufig
- Psychoedukation (Aufklärung über Krankheit und Behandlung) erforderlich, ebenso die Einbeziehung der Angehörigen
- Auch bei fehlender Krankheitseinsicht Patienten in die Auswahl des Präparates einbeziehen

## **Antipsychotika – unerwünschte Wirkungen I**

- Extrapyramidalmotorische Störungen (Parkinsonoid, Akathiesie, Frühdyskinesien, Spätdyskinesien)
- Malignes neuroleptisches Syndrom (Erhöhung des Muskeltonus, hohes Fieber, beschleunigter Puls. Sterblichkeit um 20%)
- Vegetative Wirkungen (Speichelfluss oder Mundtrockenheit, Blasenentleerungsstörung, Verstopfung, Blutdrucksenkung, Störungen der Akkomodation, Herzrhythmusstörungen)

## **Antipsychotika – unerwünschte Wirkungen II**

- Blutbildveränderungen (vor allem bei Clozapin in 0,8-1,3% der Fälle)
- Kardiale Wirkungen (Überleitungsstörungen, maligne Arrhythmien)
- Endokrine Wirkungen (Prolaktin-Erhöhung [mit der Gefahr eines Tumorwachstums bei Brustkrebs], Zyklusstörungen, Libidoverlust, Osteoporose)
- Metabolische Wirkungen (Gewichtszunahme, Fettstoffwechselstörung, Zuckerkrankheit)
- Potenzierung der Gefahr durch Rauchen

## **Antipsychotika – unerwünschte Wirkungen III**

- Weitere Wirkungen (Müdigkeit, Antriebsarmut, Konzentrationsstörungen, venöse Thrombosen, epileptische Anfälle, Delirien, pharmakogene Depression, Missbildungsrisiko in der Schwangerschaft, Übergang des Präparats in den kindlichen Organismus mit der Muttermilch (Abstillen erforderlich))
- Toxizität der Präparate eher gering (keine Eignung zum Suizid)

## **Typische Antipsychotika (Beispiele)**

- Haloperidol (Haldol<sup>®</sup>, Depot: Haldol<sup>®</sup>-Decanoat)
- Fluphenazin (Lyogen<sup>®</sup>, Dapotum<sup>®</sup>)
- Benperidol (Glianimon<sup>®</sup>)
- Flupentixol (Fluanxol<sup>®</sup>)
- Perazin (Taxilan<sup>®</sup>)
- Pimozid (Orap<sup>®</sup>)
- Zuclopenthixol (Ciatyl Z<sup>®</sup>, als Acetat zur Akutbehandlung: Ciatyl Z-Acuphase<sup>®</sup>)

## Atypische Antipsychotika (Beispiele)

- Risperidon (Risperdal<sup>®</sup>, Depot: Risperdal consta<sup>®</sup>)
- Olanzapin (Zyprexa<sup>®</sup>, Depot: Zypadhera<sup>®</sup>)
- Paliperidon (Invega<sup>®</sup>, Depot: Xeplion<sup>®</sup>, **Trevicta<sup>®</sup>**)
- Quetiapin (Seroquel<sup>®</sup>)
- Ciprasidon (Zeldox<sup>®</sup>)
- Amisulprid (Solian<sup>®</sup>)
- Aripiprazol (Abilify<sup>®</sup>, Depot Abilify Maintena<sup>®</sup>)
  
- Sulpirid (Dogmatil<sup>®</sup>)
- Zotepin (Nipolept<sup>®</sup>)
- Clozapin (Leponex<sup>®</sup>)

## Fragen???



**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit**

