

Patientenchiffre W xx xx 93

1. Relevante soziodemographische Daten

Der 25-jährige ledige Patient wohnt allein, ist in der Ausbildung zum Kfz-Mechaniker und suchte auf Anraten des behandelnden Psychiaters die Behandlung auf.

2. Symptomatik und psychischer Befund

Der Patient berichtet über eine seit circa 2011 bestehende schizoaffektive Störung, derzeitig depressiv, mit Ruhelosigkeit, Fluchtreaktionen, Bedeutungs- und Entfremdungserlebnissen, Antriebslosigkeit, Freud- und Interessenverlust, Rückzug aus sozialen Kontakten, Selbstvorwürfen und Konzentrationsstörungen. Durch die neuroleptische derzeitige Medikation sei er zwar gut eingestellt, fühle sich aber oft unkonzentriert, antriebsschwach und überfordert. Es falle ihm schwer, für ihn belastende symptomverstärkende Situationen vorzusehen, sodass es immer wieder zu psychotischen Rückfällen komme, „dann denke ich wieder, alle gucken mich an, kriege starke Ängste, laufe vor allem weg und dann muss ich wieder in die Psychiatrie und fürchte, dass sich das nie ändern wird“. Zuletzt sei er im Frühjahr 2015 in der Psychiatrie und seitdem immer wieder aufgrund psychotischer Frühsymptome krankgeschrieben gewesen.

Psychischer Befund

Der 23-jährige Patient schildert deutlich angespannt und von den ihn umgebenden Einrichtungsgegenständen leicht ablenkbar seine derzeitigen Beschwerden. Einerseits wirkt der Patient konzentriert, beantwortet sehr offen und freundlich zugewandt die Fragen, mit vorhandener Affektschwingung, andererseits ist er deutlich motorisch gehemmt und spricht sehr langsam. Aktuell keine inhaltlichen oder formalen Denkstörungen oder mnestiche Störungen. Deutliche Distanzierung von paranoiden Ideen. Der Patient besitzt eine durchschnittliche Intelligenz und emotionale Differenziertheit. Der Patient ist wach, orientiert und bewusstseinsklar. Der Patient verneint glaubhaft suizidale Handlungsimpulse oder -tendenzen. T-Werte > 60 in den SCL-90-R-Skalen Depressivität, Psychotizismus, Unsicherheit im Sozialkontakt und phobische Angst.

3. Somatischer Befund

Siehe Konsiliarbericht und Bericht des letzten Klinikaufenthalts.

Es ergaben sich keine Hinweise auf einen Missbrauch oder eine Abhängigkeit von Medikamenten, Alkohol oder Drogen, circa ein halbes Päckchen Tabak pro Tag. „Gelegentlicher Cannabiskonsum“, zuletzt vor der Klinikeinweisung.

4. Behandlungsrelevante Angaben zur Lebensgeschichte und funktionales Bedingungsmodell

Der Patient habe einen ebenfalls an Schizophrenie leidenden Onkel mütterlicherseits. Seine Mutter, eine PTA, habe ihn mit 21 Jahren zur Welt gebracht. Sein Vater habe sie während der Schwangerschaft verlassen. Sie sei mit den zwei Kindern, er habe eine ältere Schwester (+2 Jahre), überfordert und leicht depressiv gewesen. Sie habe 2004 wieder geheiratet und mit dem Stiefvater, einem Koch, seien sie häufig in Deutschland umgezogen, „wobei ich oft der Außenseiter in der

Klasse war. Ich hab dann recht exzessiv zu kiffen begonnen, um die Realität zu verdrängen. Ich bin wohl immer mehr aus dem Tritt geraten und hab 2011 einen Suizidversuch unternommen und bin daraufhin in eine geschlossene Kinder- und Jugendpsychiatrie eingewiesen worden“.

Danach sei er noch zwei Mal stationär aufgenommen worden und habe 2014 durch die Tagesklinik Stabilität gewonnen, sodass er die Ausbildung habe beginnen können.

Funktionales Bedingungsmodell

Neben dem prädisponierenden genetischen Faktor (schizophrener Onkel und „leicht depressive“ Mutter) dürfte sowohl die mangelhafte Bindung („unsicher gebundenes Kind“ im Sinne von Ainsworth) sowie die Außenseiterposition und der Cannabiskonsum eine besondere Bedeutung bei der Auslösung der Schizophrenie-Symptomatik haben.

Mikroanalyse

Psychotische Symptome wie Derealisationserleben und Verfolgungsideen wurden seinerzeit, vor dem Hintergrund einer möglichen genetischen Disposition, durch Cannabiskonsum sowie äußere Stressoren ausgelöst. Der Patient ist nun inzwischen, wie auch der Klinikbericht belegt, cannabisabstinent und unter neuroleptischer Medikation wird aktuell keine Positivsymptomatik mehr berichtet.

Dominant sind aktuell Negativsymptome wie Depressionen, Unruhezustände und Zukunftsängste. Auslösend hierfür sind möglicherweise auch Nebenwirkungen der Medikamente (**S** biologisch), insbesondere auch kognitive Auslöser (**S** kognitiv) wie die unsichere berufliche Situation oder die Sorge bezüglich möglicher erneuter Exazerbationen, die relative soziale Isolation (**S** situativ). Das depressionsbedingte soziale Rückzugsverhalten, das berufliche Desinteresse und die diesbezügliche Passivität (**R** situativ) bewirken einen Verstärkerverlust (sensu Lewinsohn) und wirken somit gleichzeitig als aufrechterhaltender Faktor.

5. Diagnose

Schizoaffektive Störung, derzeitig depressiv (ICD-10: F25.1).

6. Behandlungsplan und Prognose

Die Behandlung versteht sich als Ergänzung zur psychiatrisch-medikamentösen Therapie. Das Ziel besteht in der Reduktion der Rückfallhäufigkeit und -intensität. Als übergreifende Therapieziele werden angestrebt: Sensibilisierung für Stressoren, die psychotische Symptome triggern, Steigerung der Problem-, Stress- und Konfliktbewältigungsmöglichkeiten, Senken von depressiven Verhaltens- und Denkmustern, Aufrechterhaltung der Cannabisabstinenz, Aufbau positiv verstärkender Beschäftigungen, berufliche Zukunftsplanung.

Therapieplan

Zur Erreichung der übergeordneten umfassenderen Therapieziele sollen vordringlich folgende Teilziele angestrebt werden beziehungsweise Techniken zur Anwendung kommen:

- Etablierung eines vertrauensvollen Arbeitsbündnisses durch sachkundige Exploration der Symptomatik und einfühlsame ressourcenorientierte Anamneseerhebung.

- Psychoedukative Methoden bezüglich psychotischer Erkrankungen allgemein sowie Vermittlung eines individuellen Krankheitsmodells unter Einbeziehung lebensgeschichtlich relevanter Ereignisse und Stressoren wie Cannabiskonsum, berufliche Überforderung etc.
- Erarbeitung eines Frühwarnsystems, wobei der Patient angeleitet werden soll, Anzeichen der Exazerbation zu identifizieren, um künftige Prodromalsymptome rechtzeitig zu erkennen. Festigung der Compliance bezüglich notwendiger Medikation.
- Verbesserung der Problembewältigungskompetenz, auch bezüglich sozialer Konflikte oder von Stresssituationen gemäß D’Zurilla und Goldfried.
- Kognitive Umstrukturierung (sensu Beck) dysfunktionaler Kognitionen über die Unfähigkeit der eigenen Person, die ungewisse Zukunft und das Misstrauen gegenüber anderen Personen, z. B. durch Sokratischen Dialog oder die Spaltentechnik von Hautzinger. Dadurch mehr Offenheit für soziale Kontakte, Aufgabe des Rückzugs und Aufbau positiver Aktivitäten, dabei Einsatz euthymer Strategien (sensu Lutz).
- Erarbeitung beruflicher Zukunftsperspektiven, die den Fähigkeiten des Patienten entsprechen, und deren Umsetzung.
- Zur Dämpfung physiologischer Erregung und der Verbesserung der Regeneration (Schlaf) sollen Entspannungsverfahren eingeübt werden (PMR sensu Jacobson) – teilweise unter Einbeziehung imaginativer Techniken (sensu Lutz) mit Zeitprojektion zum Aufbau positiver Zukunftserwartungen.

Prognose

Die Prognose wird durch die mögliche Dominanz genetischer Faktoren belastet. Positiv zu werten sind die strikte Cannabisabstinenz sowie die gute Einsichts- und Umstellungsfähigkeit des Patienten, der gut auf die neuroleptische Therapie anspricht.

7. Umwandlung

Durchgeführt wurden bisher 20 Einheiten Verhaltenstherapie in Einzelsitzungen. Der Schwerpunkt lag anfangs auf der Erarbeitung eines Verständnisses der Psychose als Vulnerabilitäts-Stress-Modell. Durch die Analyse der vergangenen „Abstürze“ erlangte der Patient ein Verständnis für die Gefährlichkeit des Cannabiskonsums sowie anderer (sozialer) Stressoren. Hand in Hand mit dieser Psychoedukation wurden durch systematisches Self-Monitoring als Grundlage für ein gezieltes Stressbewältigungstraining jeweils gegenwärtige Stressoren identifiziert. Als so genannter „Notfallkoffer“ bestehen defokussierende und entspannende Maßnahmen wie Spaziergänge, Telefonate mit der Schwester, PMR (sensu Jakobson) etc.

Der Patient ist inzwischen weniger depressiv, fühlt sich wieder selbstsicherer im Umgang mit seiner Krankheit und hat inzwischen seine Arbeitstätigkeit wieder aufgenommen. Geplant sind weitere 35 Einheiten Verhaltenstherapie mit Schwerpunkt einer Vertiefung des Verständnisses für die Krankheit sowie der Möglichkeit gelegentlicher Rückfälle. Neben der Begleitung bei der Wiederaufnahme der Arbeit liegt der Schwerpunkt auf einer Verhinderung weiterer psychotischer Exazerbationen (Rückfallprophylaxe). Die bisherigen Fortschritte ermutigen zu einer ausreichend günstigen Prognose, dass in Kombination mit der psychiatrischen Behandlung eine längerfristige Stabilisierung erreicht werden kann.