



Psychotische Störungen – Was tun in der Hausarztpraxis?

Vom Vertrauensverhältnis profitieren und Patienten nachhaltig betreuen

Undine E. Lang, Basel

- Die Diagnostik und Langzeitbehandlung von an Psychose erkrankten Menschen ist ohne Hausärzte nicht denkbar. Deren Tätigkeit ist zudem für die Entstigmatisierung des Krankheitsbildes – und der davon Betroffenen – entscheidend.
- Bei Verdacht auf psychotische Störungen ist eine sorgfältige neurologische und internistische Diagnostik inklusive Bildgebung und Labor unabdingbar. Der Hausarzt kann die Notwendigkeit solcher weiterführenden Untersuchungen erläutern und Betroffene überweisen.
- Notfallsituationen sind in der Hausarztpraxis eher selten. In diesem Fall ist je nachdem ein Beizug von Polizei, Notfallpsychiater und Amtsarzt oder eine Notfallmedikation (umstritten) angezeigt.
- Die Hausärzte können einen wichtigen Input hinsichtlich der besten Vorgehensweise (medikamentöse und/oder psychotherapeutische Behandlung) geben.
- Interaktionen zwischen psychiatrischer und hausärztlicher Medikation werden durch gute Kommunikation der Betreuenden vermieden.

■ Es sind die Grundversorger, die zuerst von Familien oder Betroffenen konsultiert werden, wenn erste Psychose-Symptome auftreten. Sie stellen eine Verdachtsdiagnose, erklären das Krankheitsbild und erläutern den Betroffenen die Notwendigkeit, sich für weitere Diagnostik und Behandlung zum Spezialisten oder in eine psychiatrische Institution zu begeben. Insbesondere junge Menschen oder ihre besorgten Angehörigen offenbaren sich ihrem Hausarzt.

Die Angst von Psychose-Betroffenen, gegen ihren Willen in psychiatrische Einrichtungen eingewiesen und gewaltsam behandelt, sich selbst entfremdet und entmündigt zu werden, können Hausärzte dank des besonderen Vertrauensverhältnisses reduzieren. Sie vermitteln ihren Patienten und deren Angehörigen, dass es wirksame, auch nicht-medikamentöse Therapien gegen die verschiedenen Psychoseformen gibt und klären medizinische Ursachen für die psychiatrische Symptomatik (wie sie etwa in 20% der Fälle vorliegen) ab.

Diagnose psychotischer Störungen

Wahrnehmung, Denken und Empfinden sind bei psychotischen Störungen oft verändert. Die Fähigkeiten, mit Alltagsbelastungen adäquat umzugehen, sind beeinträchtigt. Das Verhalten ändert sich oft jedoch nur minim, sodass die Frühdiagnose psychotischer Störungen schwierig ist und es dafür spezialisierte Zentren gibt. Patienten und ihr Umfeld haben oft Mühe, zu akzeptieren, dass hinter den Schwierigkeiten im Alltagsleben ein behandlungsbedürftiges psychisches Leiden stecken könnte.

Sog. «Negativsymptome» wie Antriebslosigkeit, Apathie und verminderte Leistungsfähigkeit sind schwierig einzuordnen. Sie können nicht nur Zeichen einer psychotischen Störung sein, sondern auch von Anpassungsstörungen nach belastenden Lebensereignissen, depressiven Episoden, «Adoleszenzkrisen» und somatischen Leiden herrühren. Dies ist bei der Differenzialdiagnose zu bedenken.

«Positivsymptome» wie inhaltliche Denkstörungen, insbesondere Wahngedanken und Sinnestäuschungen wie akustische Halluzinationen, lassen schnell an eine Psychose denken. Die Ätiologie ist



Credits auf

medizinonline.ch

FACHPORTAL FÜR ÄRZTE

Einloggen, Fragen beantworten und direkt zum Zertifikat gelangen

aber nicht immer klar. Selbst akute Erregungszustände können unterschiedlichste Ursachen haben, das Spektrum reicht von Persönlichkeitsstörungen, Intoxikationen mit legalen und nicht-legalen Substanzen, bipolaren affektiven Störungen bis hin zu hirnorganischen Schädigungen und/oder internistischen Erkrankungen. Bei Verdacht auf psychotische Störungen ist daher eine sorgfältige neurologische und internistische Diagnostik inklusive Bildgebung und Labor unabdingbar.

Das Erheben des psychopathologischen Befundes erfordert spezielle Kenntnisse. Hindernisse ergeben sich bereits durch simple sprachliche Missverständnisse. Dies ist nicht nur bei Fremdsprachigen der Fall, wenn diese z.B. «innere Stimmen» schildern, sodass professionelle Dolmetscher das genaue Erleben erfragen sollten. Auch Muttersprachler können Befürchtungen äussern, bei denen die Abwägung schwer fällt, ob es nachvollziehbare Ängste in einer hochtechnisierten Welt sind, in der der Einzelne zur «gläsernen Person» wird, oder ob hier paranoide Beeinträchtigungs- und Verfolgungsgedanken vorliegen.

Notfallsituationen meistern

Eher selten tritt in der Hausarztpraxis die Situation ein, in der schnell und mit wenigen Vorinformationen entschieden werden muss, ob eine Selbst- oder Fremdgefährdung bei möglicherweise psychotischen Patienten vorliegt und welches Vorgehen angemessen ist. Sicherheit hat hier die höchste Priorität. Haben Patienten im Rahmen ihrer Erkrankung den subjektiven Eindruck, sich in einer bedrohlichen Extremsituation zu befinden, können sie agitiert, aggressiv oder suizidal sein.

Ist der Betreffende nicht mehr im Gespräch erreichbar, wird er tötlich oder ist er suizidal, dann ist der sofortige Rückzug und der Beizug von Polizei, Notfallpsychiater und – je nach Kanton – Amtsarzt angezeigt. Geht der Patient aber noch auf Kommunikationsangebote ein, kann ihm eine Medikation angeboten werden. Lorazepam (als Schmelztablette, im Akutfall mindestens 2,5 mg) wirkt innerhalb von 10–40 Minuten bei Angst- und Erregungszuständen und ist auch bei Delir und Katatonie angezeigt. Allerdings wirkt Lorazepam nicht gegen Wahn und Halluzinationen, sondern lediglich entängstigend. Deshalb kann eine alleinige Gabe von Benzodiazepinen einem suizidalen Akt oder einer Tat noch Vorschub leisten. Ideal ist es deshalb, entweder Haloperidol mit Lorazepam zu kombinieren (5 mg Haloperidol gegen den Wahn und 2,5 mg Lorazepam als Entängstigung) oder gleich mit Olanzapin (20 mg als Schmelztablette, sedierend, gegen Wahn, Halluzinationen und weitgehend ohne extrapyramidal-motorische Nebenwirkungen) alle Symptome abzufangen. Bei dem Einsatz von 20 mg Olanzapin als Alleingabe wird man sowohl manische, psychotische, katatone und suizidale Symptome sehr gut absichern. Hier ist einzig Vorsicht geboten bei einem Delir, wo die anticholinergen Eigenschaften von Olanzapin die Symptomatik verschlechtern können. Ob in der Hausarztpraxis in Notfallsituationen bereits eine Medikation erfolgen sollte, ist umstritten. Dafür spricht eine schnellere Behandlung der Patienten und eine weniger traumatisierende

Umgebung. Letztlich sind das Wissen und die Erfahrung des Grundversorgers hier ausschlaggebend.

Akut- und Erhaltungstherapie durch Spezialisten

Die Hausärzte, die ihre Patienten oft lange und gut kennen, können einen wichtigen Input geben, wenn nach der Diagnosestellung zusammen mit den Patienten entschieden wird, ob eine medikamentöse oder eine psychotherapeutische Behandlung oder eine Kombination beider Verfahren die beste Vorgehensweise ist. Grösste Beachtung sollte der Information der Patienten und ihrer Angehörigen über das Leiden sowie der Stützung des Umfelds geschenkt werden (inklusive Einbezug von Sozialdiensten).

Spezialisierte Psychologen kennen sich mit psychosespezifischen Psychotherapieverfahren bestens aus, zu nennen ist hier beispielsweise das metakognitive Training, das man sich auf der Homepage der Hamburger Universitätsuniklinik kostenlos herunterladen kann [1]. Bei der Therapie psychischer Erkrankungen, auch bei der Akutbehandlung, hat sich die Ebenbürtigkeit von Pharmakotherapie und Psychotherapie gezeigt [2].

Ist eine Antipsychotika-Medikation erwünscht, dann sollte der Fachpsychiater massgeschneiderte Vorschläge erarbeiten. Auch eine Änderung der Medikation, insbesondere Therapiepausen von Antipsychotika, sollte in Zusammenarbeit mit dem Psychiater erfolgen. Je nach Fall kann auch ein stationärer Aufenthalt zur Umstellung angezeigt sein.

Wirkungsvergleiche von Pharmaka

Die Wirkung von Pharmakotherapien bei Schizophrenie und Manie ist gut belegt. In der Schizophrenie-Phasenprophylaxe senken Antipsychotika die Rückfälle innert eines Jahres von 57 auf 22%. Bei bipolarer Störung sprechen 58% der Patienten auf die Medikation an. Rückfälle sinken dank Lithium von 81 auf 36%. Bei akuter Manie liegt die Ansprechrate diverser Antipsychotika bei 50%, unter Lithium bei 52%, unter Carbamazepin bei 51% und unter Valproat bei 47%. Risperidon und Olanzapin sind vergleichbar gut, ihre Wirksamkeit ist besser als die von Valproat, Ziprasidon, Lamotrigin, Topiramidat und Gabapentin. In einer grossen Metaanalyse ergaben sich als wirksamste Neuroleptika bei Schizophrenie Clozapin, gefolgt von Amisulprid, Olanzapin und dann Risperidon und Paliperidon. Wichtig zu erwähnen ist, dass insbesondere Clozapin die Mortalität auf das bis zu Zehnfache senkt, unter anderem auch, weil es Suizide um das Sechsfache verringern kann im Vergleich zu den anderen Neuroleptika [3]. Zu erwähnen ist auch, dass Neuroleptika am häufigsten deshalb abgesetzt werden, weil sie nicht wirken. Insofern ist für eine gute Compliance eine absolut gute Wirkung matchentscheidend. Auf Rang 6 folgte Zotepin (seit 2010 nicht mehr im Handel), dann Haloperidol, Quetiapin, Aripiprazol, Sertindol, Ziprasidon, Chlorpromazin, Asenapin, Lurasidon und auf Rang 15 Iloperidon [3].

Therapietreue, Wirkung und Nebenwirkungen

Das Vertrauen zum Therapeuten ist der wichtigste Faktor für die Therapietreue. Je milder die Symptome

einer Erkrankung sind, umso mehr fallen die Nebenwirkungen einer Medikation ins Gewicht und umso kritischer wird diese beurteilt. Dies gilt auch für psychotische Störungen und die empfohlenen Antipsychotika, welche eine Reihe von unerwünschten Wirkungen haben. Eine grosse Sorge vieler Patienten ist die Gewichtszunahme, die zudem ja auch somatische Folgen hat. Am stärksten ist sie unter Olanzapin und Clozapin, am geringsten unter Haloperidol, Lurasidon und Sertindol [3].

Weitere wichtige unerwünschte Wirkungen sind extrapyramidal-motorische Symptome, Sedierung, Prolaktinerhöhung und Verlängerung der QT-Zeit [3]. Im Gespräch mit Patienten mit antipsychotischer Medikation sollte regelmässig nach unerwünschten Wirkungen gefragt werden. Zur Begleitung dieser Patienten gehören regelmässige körperliche internistisch-neurologische Untersuchungen, EKG und Labortests. Medikamentenspiegel-Bestimmungen geben nicht nur über die Therapietreue, sondern auch über pharmakokinetische Besonderheiten Aufschluss. Resorption, Metabolisierung und Ausscheidung können bei einzelnen Individuen sehr unterschiedlich sein und Anpassungen von Substanz und Darreichung erfordern.

Für den Abbruch der Therapie mit Antipsychotika scheinen aber die Nebenwirkungen nicht ganz so ausschlaggebend zu sein wie die nicht befriedigende Wirksamkeit des jeweiligen Medikaments. Amisulprid führte laut Studien zu den wenigsten Therapieabbrüchen, gefolgt von Clozapin und Olanzapin. Die meisten Therapieabbrüche gab es unter Haloperidol, Sertindol und Lurasidon [3].

Interaktionen zwischen psychiatrischer und hausärztlicher Medikation werden durch gute Kommunikation zwischen behandelndem Psychiater und Hausarzt vermieden. In Kantonen ohne Selbstdispensation ist die Mitarbeit des Apothekers hilfreich, der über elektronische Systeme verfügt, die Interaktionen anzeigen und zur Sicherheit bei der Medikamentenverordnung beitragen.

Ohne Hausarztpraxis kein Psychose-Management

Gutes Psychose-Management in der Hausarztpraxis führt dazu, dass bei Erkrankten frühzeitig eine Diagnose gestellt werden kann, durch eine wirksame Therapie Vertrauen und echte Adhärenz entstehen können und die Psychose im familiären Kontext gesehen, interpretiert und balanciert werden kann. Wirksame Therapien (mehr als nebenwirkungsarme Therapien) werden von den Betroffenen über einen langen Zeitraum eingenommen und stabilisieren die Patienten, verhindern etwaige berufliche und private Verluste durch die Psychose, reduzieren verlorene Lebenszeit und schaffen Vertrauen in die immer besser werden und letztlich hervorragenden Behandlungsmöglichkeiten. Tatsächlich sind Neuroleptika in der Phasenprophylaxe hocheffektiv, deutlich wirksamer als viele internistische Präparate, und haben in den letzten Jahren starke Verbesserungen hinsichtlich Nebenwirkungsrate und evidenzbasierter Anwendung im Sinne von Leitlinien erfahren [4]. Auch haben sich spezifische Psychotherapieverfahren und Gesprächs-

führungstechniken als den Medikamenten in ihrer Effizienz mindestens gleichwertig erwiesen und der Hausarzt kann solche psychotherapeutischen Hilfeleistungen mitinitiiieren. Rechtzeitige und nachhaltige Therapien sind weniger eingreifend und verhindern Exazerbationen und Eskalationen. Dies hilft den Erkrankten und ihrem Umfeld und reduziert eine Stigmatisierung der Betroffenen.



Prof. Dr. med. Undine E. Lang

Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK)
Wilhelm-Klein-Strasse 27
4012 Basel

Literatur:

1. Moeller J, Moritz S: Metakognitives Training (MKT) für Psychose: Das Denken über das Denken fördern. *Psychiatrie und Neurologie* 2015; 1: 4–9.
2. Huhn M, et al.: Efficacy of Pharmacotherapy and Psychotherapy for Adult Psychiatric Disorders. A Systematic Overview of Meta-Analyses. *JAMA Psychiatry* 2014; 71: 706–715.
3. Leucht S, et al.: Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2013; 382: 951–962.
4. Leucht S, et al.: Putting the efficacy of psychiatric and general medicine medication into perspective: Review of meta-analyses. *The British Journal of Psychiatry* 2012; 200: 97–106.