

Psychiatrische Kasuistik

EKT-Behandlung bei katatonen Schizophrenie



Anamnese

Der 37-jährige Patient wurde in Begleitung seiner rechtlichen Betreuerin vorgestellt und sollte erneut stationär aufgenommen werden, nachdem er sich einige Tage zuvor aus der stationären Behandlung entfernt hatte. Im Kontakt ist der Patient initial weitgehend mutistisch. Später äußerte der Patient, dass in der Klinik „etwas massiv nicht stimmt“. Fremdanamnestisch ist zu erfahren, dass er sich, nachdem er vor sechs Monaten seine antipsychotische Medikation abgesetzt hat, zunehmend zurückgezogen habe. Er sei deutlich angespannter und psychomotorisch unruhiger und er habe ihm langjährig bekannte Wohnbetreuer/Sozialarbeiter nicht mehr in die Wohnung gelassen. Er ließ sich nur mit großer Mühe und unter Androhung einer alternativ durchzusetzenden Unterbringung nach BGB von der Notwendigkeit überzeugen, die Therapie fortzusetzen. Im Beisein der Betreuerin willigte der Patient freiwillig in eine stationäre Therapie ein. Im Laufe der nächsten Tage entfernte er sich mehrfach von der Station und wurde teilweise rastlos umherlaufend in der Nähe des Klinikgeländes wieder aufgefunden, sodass eine vormundschaftliche Unterbringung des Patienten erfolgte.

Bereits 2002 wurde eine paranoide Schizophrenie diagnostiziert. Seitdem erfolgten insgesamt fünf gerichtliche Unterbringungen und stationär-psychiatrische Behandlungen in verschiedenen Kliniken. Im Vorfeld der jetzigen stationären Aufnahme hatte der Patient seine zuletzt eingenommene Medikation, bestehend aus Risperidon und Amisulprid, vor etwa sechs Monaten abgesetzt. Es folgten drei stationäre Behandlungsversuche in unserer Klinik, die jedoch alle vorzeitig durch den Patienten beendet wurden. Nach Angaben

des Wohnbetreuers war unter antipsychotischer Medikation jeweils eine deutliche Besserung, wenn auch keine vollständige Remission der Symptomatik eingetreten. Der Patient hatte zwischen den Episoden ein gutes soziales Funktionsniveau mit nur wenig Negativsymptomatik gezeigt und anfangs auch in einer eigenen Wohnung gelebt.

Psychopathologischer Befund

Wir sahen einen wachen, voll orientierten Patienten in akzeptablem Pflegezustand, der im Kontakt sehr misstrauisch wirkte, dabei war er submutistisch und machte kaum Angaben. Das Verhalten und die Kommunikation waren maniriert. Der Patient perseverierte Reflektionen zu stellaren und planetaren Konstellationen. Der formale Gedankengang war dabei verlangsamt mit vereinzelten Gedankenabbrüchen, jedoch insgesamt noch kohärent und nachvollziehbar, wenn die angesprochenen Themen tatsächlich verfolgt wurden. Inhaltlich war er äußerst misstrauisch, äußerte eine Wahnstimmung und paranoide Denkinhalte. Ich-Störungen und Sinnestäuschungen waren nicht zu eruieren, es bestand jedoch der Verdacht auf akustische Halluzinationen. Die Stimmung war dysphorisch und gereizt, der Affekt war dabei starr. Der Antrieb war gesteigert mit innerer Unruhe und psychomotorischer Erregung, des Weiteren zeigte der Patient Haltungsstereotypien. Der Patient verneinte Lebensüberdrussgedanken, es bestand eine eingeschränkte Krankheits- und Behandlungseinsicht.

Therapie und Verlauf

Wir nahmen den Patienten mit einer akuten Reexazerbation bei vordiagnostizierter paranoider Schizophrenie auf unsere geschützte Station auf. Wir be-

gannen zügig mit einer erneuten Einstellung auf die Antipsychotika Amisulprid, Risperidon und Aripiprazol. Initial wirkte der Patient im Kontakt angespannt und einsilbig, zudem fiel eine deutliche psychomotorische Unruhe auf. Er lief den ganzen Tag auf den Stationen auf und ab und zeigte, was sein Gangbild betraf, eine deutliche Tendenz zu Manierismen. Es gelang ihm während des Aufenthaltes nicht, eine regelmäßige Tagesstruktur durchzuhalten, auch bei den Visiten zu den vereinbarten Terminen war er nicht immer anwesend. Das klinische Bild während des Aufenthaltes wurde vielmehr von äußerster Ambivalenz gegenüber Gesprächsangeboten und gegenüber der stationären Behandlung geprägt.

In den ersten Wochen zeigte sich unter stationär kontrollierter regelmäßiger Medikamenteneinnahme keine wesentliche klinische Verbesserung der beschriebenen Symptomatik. Aufgrund der Leitsymptome Agitation, Starre, Manierismen, Submutismus, motorische Unbeweglichkeit und Bewegungsstereotypien und vor dem Hintergrund des innerhalb des letzten Jahres chronifizierten und therapieresistenten Verlaufes entschieden wir uns zur Elektrokonvulsionstherapie.

Elektrokonvulsionstherapie (EKT): Die EKT führten wir nach folgendem Ablauf und mit folgenden Parametern durch: Die Behandlungen erfolgte dreimal pro Woche, insgesamt veranschlagten wir zehn Sitzungen. Die Krampfschwellenbestimmung und Titrationsprotokoll wurde nach den üblichen Richtlinien vollzogen [Lisanby, 2007]. Die zehn Behandlungen erfolgten mit einem 0,3 Millisekunden dauernden Ultrakurzzeitpuls, einer rechts unilateralen Elektrodenplatzierung [Sackeim et al., 2008] und

Fragen

1. Welche zwei der aufgezählten Kriterien müssen beim katatonen Typus der Schizophrenie erfüllt sein?

- a) Motorische Unbeweglichkeit, die sich in Katalepsie oder Stupor zeigt.
- b) Negativismus (ein Sperren gegen jede Handlung, zu der der Betroffene aufgefordert wird, oder das Ausführen gegensätzlicher Handlungen; es zählt zu den katatonen Symptomen)
- c) Verflachter Affekt
- d) Desorganisierte Sprechweise
- e) Kontroll- und Beeinflussungswahn

2. Welche Aussage ist falsch? Für die Diagnose einer katatonen Schizophrenie müssen mindestens folgende allgemeine Kriterien der Schizophrenie vorliegen:

- a) Kommentierende Stimmen
- b) Beziehungswahn
- c) Gedankenentzug
- d) Formale Denkstörungen
- e) Anhaltender kulturell unangemessener oder bizarrer Wahn

3. Welche ist keine Indikation für eine EKT-Behandlung?

- a) Depression in der Schwangerschaft
- b) Depressiver Patient mit Herzschrittmacher
- c) Perniziöse Katatonie
- d) Dissoziativer Stupor
- e) Therapieresistente Depression

4. Welche Aussage zur Differenzialdiagnose der Schizophrenie ist falsch?

- a) Liegen Kontroll- und Beeinflussungswahn für einen Monat bei Ausschluss einer organischen Gehirnerkrankung und Ausschluss einer affektiven Episode vor, sind die diagnostischen Kriterien nach ICD-10 für eine Schizophrenie erfüllt.
- b) Das ausschließliche Vorliegen katatoner Symptome wie Stupor, Haltungstereotypien, Flexibilitas cerea oder Erregungszustände rechtfertigt nach ICD-10 die Diagnosestellung einer katatonen Schizophrenie nicht.
- c) Herrschen Wahnphänomene wie Kontrollwahn oder Beziehungswahn oder Halluzinationen in Form kommentierender Stimmen vor und dominieren das klinische Bild, ist die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie zu stellen.
- d) Die Gabe von Benzodiazepinen und die Elektrokonvulsivonstherapie kommen als mögliche Behandlungsoptionen bei katatonen Schizophrenie in Betracht.
- e) Ausgeprägte halluzinatorische Zustandsbilder und Wahnphänomene schließen die Diagnose einer Katatonie aus.

unter Narkosetiefenkontrolle (Bispektralindex-Messung) mit einem BIS-Wert zwischen 40 und 60. Propofol als Anästhetikum und Succinylcholin zur Muskelrelaxierung wurden vor der Induktion des künstlich erzeugten Krampfanfalles verabreicht. Die EKT-Sitzungen verliefen komplikationslos.

Nach insgesamt zehn EKT-Sitzungen kam es zu einer weitgehenden Remission der Symptomatik. Der Patient war im Kontaktverhalten offener und sprach problemlos und flüssig über verschiedene Themen, auch erstmals über psychotische Symptome wie ausgestaltete, szenische Halluzinationen. Die Stimmung hellte sich dabei deutlich auf und der Affekt war in den Gesprächen gut modulierbar. Auch die psychomotorischen Symptome – insbesondere die psychomotorische Unruhe und Haltungstereotypien – verschwanden nahezu vollständig. Wir konnten den Patient im weiteren Verlauf entlassen und vereinbarten eine Wiedervorstellung. Für den Fall, dass sich das psychopathologische Krankheitsbild wieder verschlechtern sollte, zogen wir in Erwägung, die EKT zu wiederholen.

Beurteilung

Der Patient, bei dem zuvor bereits eine paranoide Schizophrenie diagnostiziert wurde, kam mit einem vormundschaftlichen Unterbringungsbeschluss auf die Station. In den vorangegangenen Monaten, in denen er seine antipsychotische Medikation eigenmächtig abgesetzt hatte, verschlechterte sich sein psychopathologischer Zustand deutlich. Auch im Vorfeld besserte sich trotz konsequenter und kontrollierter Medikamenteneinnahme unter stationären Bedingungen das Krankheitsbild nur unzureichend, dabei wurden die Behandlungen meist durch den Patienten vorzeitig abgebrochen. Aufgrund der bei Aufnahme bestehenden Symptomatik des Patienten muss bei vordiagnostizierter paranoider Schizophrenie auch die Differenzialdiagnose einer katatonen Schizophrenie diskutiert werden. Die allgemeinen diagnostischen Kriterien für eine Schizophrenie sind bei dem Patienten aufgrund der bestehenden bizarren Wahnsymptomatik und paranoiden Denkinhalte für mehrere Monate hinreichend erfüllt. Zum Zeitpunkt der Aufnahme jedoch dominierte ein klinisches Bild, das neben der Wahnsymptomatik vor allem durch ein mutistisches Verhalten, psychomotorische Anspannung mit gesteigerter motorischer Aktivität und Haltungstereotypien geprägt war. Die motorische Aktivität des Patienten erschien dabei permanent vorhanden und nicht durch äußere Reize beeinflussbar. Das beschriebene submutistische Verhalten des Patienten erfüllte zwar nie die Kriterien eines Stupors, da der Patient stets Reaktionen auf Außenreize zeigte, dieser ist aber auch für die Diagnosestellung einer katatonen Schizophrenie nicht zwingend erforderlich (s. Kasten). Im späteren Verlauf berichtete der Patient zusätzlich von traumähnlichen Zuständen mit sehr lebhaft ausgestalteten optisch-szenischen Halluzinationen, die zwar kein Diagnosekriterium der katatonen Schizophrenie darstellen, jedoch häufig beschrieben werden. Katatone Symptome werden heute als separate klinische Entität gesehen, die sich von Positiv- und Negativsymptomen der Schizophrenie abgrenzen lässt und auch bei anderen psychiatrischen Erkrankungen wie zum Beispiel affektiven Störungen, dissoziativen Störungen oder Entwicklungsstörungen vorkommt. Das Erkennen katatonen Syn-

ICD-10 Schizophrenie

Für die Diagnose einer Schizophrenie muss während eines Monats (für die überwiegende Zeit dieses Monats)

entweder mindestens eines der folgenden Merkmale vorliegen:

- Gedankenlautwerden, -eingebung, -entzug oder -ausbreitung
- Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen, Wahnwahrnehmung
- Kommentierende oder dialogisierende Stimmen, die aus bestimmten Körperteilen kommen
- Anhaltender kulturell unangemessener, bizarrer Wahn (z. B. das Wetter kontrollieren zu können, mit Außerirdischen in Verbindung zu stehen)

oder mindestens zwei der folgenden Merkmale:

- Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität; täglich über mindestens einen Monat begleitet von flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten Wahngedanken ohne eindeutige affektive Beteiligung oder begleitet von lang anhaltenden, überwertigen Ideen
- Neologismen, Gedankenabreißen oder Einschreibungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit oder Danebenreden führt
- Katatone Symptome wie Erregung, Haltungsstereotypien oder wächserne Biegsamkeit (Flexibilitas cerea), Negativismus, Mutismus und Stupor
- „negative“ Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte (es muss sichergestellt sein, dass diese Symptome nicht durch eine Depression oder eine neuroleptische Medikation verursacht werden)

ICD-10 paranoide Schizophrenie

- A.** Die allgemeinen Kriterien für die Schizophrenie müssen erfüllt sein.
- B.** Wahnphänomene oder Halluzinationen müssen vorherrschen.
- C.** Ein verflachter oder inadäquater Affekt, katatone Symptome oder Zerfahrenheit dominieren das klinische Bild nicht, können jedoch in leichter Form vorhanden sein.

ICD-10 katatone Schizophrenie

- A.** Die allgemeinen Kriterien für die Schizophrenie müssen erfüllt sein.
- B.** Mindestens zwei Wochen lang mindestens eins der folgenden Merkmale:
 - Stupor (eindeutige Verminderung der Reaktionen auf die Umgebung sowie spontaner Bewegungen und Aktivität) oder Mutismus
 - Erregung (anscheinend sinnlose motorische Aktivität, die nicht durch äußere Reize beeinflusst ist)
 - Haltungsstereotypien (freiwilliges Einnehmen und Beibehalten unsinniger und bizarrer Haltungen)
 - Negativismus (anscheinend unmotivierter Widerstand gegenüber allen Aufforderungen oder Versuchen, bewegt zu werden; oder stattdessen Bewegungen in gegensinniger Richtung)
 - kataleptische Starre (Beibehaltung einer rigiden Haltung gegenüber Versuchen, bewegt zu werden)
 - wächserne Biegsamkeit (Verharren der Glieder oder des Körpers in Haltungen, die von außen auferlegt sind)
 - Befehlsautomatismus (automatische Befolgung von Anweisungen)

drome ist dabei von großer klinischer Bedeutung, da effektive Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. □

AUTOREN**Alexander Luborzewski, MD****Dr. med. Angela Merkl**

Klinik und Hochschulambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie, Charite-Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin
Eschenallee 3, 14050 Berlin
E-Mail: Alexander.luborzewski@charite.de
Angela.merkl@charite.de

Lösungen**1a, b; 2d; 3d; 4e**

zu 1: siehe ICD-10 Schizophrenie

zu 2: siehe ICD-10 Schizophrenie bzw. katatone Schizophrenie

zu 3: Antwort d ist richtig: Der dissoziative Stupor zählt zur Gruppe der dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen) und ist keine Indikation für eine Elektrokonvulsionstherapie (EKT). Alle übrigen Fälle stellen Indikationen für eine EKT-Behandlung dar.
Zu b: Ein Herzschrittmacher stellt keine absolute Kontraindikation für eine EKT-Behandlung dar.
Zu c: Die perniziöse Katatonie kann eine Notfallindikation für eine EKT-Behandlung sein.

zu 4: siehe ICD-10 Schizophrenie.