



PSYCHIATRISCHE DIENSTE DES KANTONS AARGAU

Klinik Königsfelden, Ärztliche Dienste

Postfach 298
5201 Brugg

Telefon 056 462 21 11
Telefax 056 462 25 20

PC 50-341-3

KG-Umschlagblatt

Patienten-/Fallnummer: 40464 /3

Allgemeine Angaben

Referenz-Nummer 0078046	Name, Vorname Landolt, Marc (jun.)	Geburtsdatum 17.06.1978-M
Adresse Rainstrasse 13	Heimatort Aarau	Zivilstand ledig
PLZ Wohnort 5024 Küttigen	Steuerdomizil Küttigen	IV-Bezüger
Kontaktadressen Vater: Landolt Marc, Rainstrasse 13, 5024 Küttigen, 062/827'24'39		
Garanten Helsana Versicherungen AG, Römerstrasse 7, 4600 Olten Landolt Marc (jun.), Rainstrasse 13, 5024 Küttigen		
		Beruf Elektromechaniker
Eintrittsdatum 25.07.2002	Einweisungsgrund Krankheit	Eingewiesen durch
Austrittsdatum	Station P7-1	Pflegeklasse Allg. stat.
	13/13	Arbeitgeber ,

2. Aufnahme: 25.07.2002

2. Entlassung: 24.09.2002

Krank seit:

Diagnosen:

Binz/dv

ICD-Nr.:

Vd.a. beginnende paranoide Schizophrenie	F	2	0		
DD: Schizotype Störung	F	2	1		
St.n. schädlichem Gebrauch von Cannabinoiden	F	1	2	1	
St.n. schädlichem Gebrauch von Ecstasy	F	1	5	1	

Aufnahmegrund:

Austritt (wohin, Nachbehandlung, Arbeitsfähigkeit):

nach Hause.

Psychiatr. Nachbehandlung: Dr. Pfisterer, Aarau.

Besonders zu beachten:

Zusammenfassung geschickt an: - Dr. H.-J. Pfisterer, 5000 Aarau.
- Dr. R. Hugentobler, 5024 Küttigen.



Behandlungsplan

für Frau/Herrn Landolt Marc

Abt. P71

Eintrittsdatum 25.07.02

☒ freiwillig ☐ unfreiwillig
BZA wurde bestellt.

Problematik

Leichte schizophrene Störung DD Präpsy-
chotisches Zustandsbild
Psychosoziale Belastungssituation
ST. n. Borreliose (vor etwa einem Monat)

Geplante Abklärung

- Kontakt mit Dr. Hugentobler, HA, wegen Borreliose
- Neuropsychologische und neuropsycholo-
gische Abklärung

Geplante Therapie/Rahmenbedingungen

Geöffnete Abteilung
Medikation nach Neuropsycholo-
gische Abklärung.
Reservemedikation: Tensate

Datum des Planungsgespräches

26.07.02

geht an: Patient, KG, Kardex

Name: Landolt Marc
Rainstrasse 13, 5024 Küttingen

40464

Fortsetzung: 1

A1
26.07.02
Binz, AA
nw

Gemeinsame mit OA Herr H.-W. Lotz auf P7-1**Status**

FWS/BZA wurde bestellt

Auftrag

Krisenintervention und Behandlung

Aktuelle Problematik

Seine Freundin hätte ihn „rausgeschmiessen“; er hätte gesagt: „ich habe eine Nadel“; er benutzte die Äusserung fast wie eine Waffe, etwas zu bewirken; er habe sich mit einer Spritzen-nadel (eine neue Nadel, er habe die Packung selber geöffnet) in den Arm gestochen. Er denkt, er sei selbst schuld daran, er sei zu abhängig, das könne zwischendurch andere nerven. Er liebe und vermisse seine Freundin sehr.

Sein Psychiater habe von Schizophrenie gesprochen, er könnte es sich vorstellen, dass wegen seines „Kiffens“ gewisse Persönlichkeits-Auffälligkeiten auftreten könnten. Er habe während 5 Jahren „gekiff“; habe mit 17 Jahren angefangen. Er sei wegen des „Kiffens“ arrogant und respektlos gegenüber seinen Eltern geworden; früher sei er sehr scheu gewesen. Er sei vor einem Jahr in der PKK gewesen, damals hätte man gesagt, er sei nicht schizophren, er sei sehr froh gewesen.

Er wollte ein Schreiben von Dr. Pfisterer haben, in dem bestätigt werde, dass er wieder militärtauglich sei; er wollte Berufsmilitär machen und Geld verdienen. Aber das sei es im Moment nicht wichtig, er habe mit Drogen aufgehört, Militär sei auch nicht wichtig. Er fragt, ob man über die wichtigen Sachen reden könnte: d. h. leben und leben lassen.

Nach der Trennung von seiner Freundin sei er mit dem Auto ca. 200 km in Richtung Graubünden gefahren. (Der Patient fangt an zu weinen). Er denkt, er habe seine Freundin verletzt, und vielleicht wollte sie sich wegen ihm umbringen, sie habe nicht darüber gesprochen, weil sie sehr verschlossen sei; sie studiere Medizin an der Universität Basel. Die Freundin sei gemein zu ihm gewesen, sie habe gearbeitet und ihn total ignoriert, vielleicht weil er früher am Computer gearbeitet und die Freundin ignoriert habe. Sie habe ihm ein Zettel zurückgelassen, es habe ihn „brutal verletzt“. Sie wären am 8.8.02 ein Jahr zusammen, vor 3 oder 4 Monate sei er sich zu ihr ins Elternhaus gezogen.

Nach dem Autofahren sei er zu seinen Eltern gegangen. Er habe ein gutes Gespräch mit ihnen gehabt; er sei nicht sicher, ob die Eltern ihn eingeliefert haben. Er habe einen Termin mit Psychiater machen wollen, sein Vater habe aber schon einen Termin abgemacht, weil seine Freundin mit seinem Vater gesprochen habe.

Jetzt wolle er in die Zukunft blicken, flicken, was er kaputt gemacht habe, „meistens mich“. Bis vor einigen Tagen sei es bei der Familie seiner Freundin gut gegangen, aber gewisse Tage sei er laut geworden, weil er sich ungerecht behandelt fühlte, sie habe ihnen Angst gemacht. Es gab Krach, weil die Eltern ihre Tochter auch für sich beanspruchten, der Patient sei jedoch als Freund sehr besitzergreifend. Die Freundin hätte gesagt, dass sie Luft brauche, vielleicht sie habe gesehen, dass es nicht so gut sei, wenn er sich so an sie klammere. Die Freundin sei sehr intelligent im Umgang mit Menschen.

Gestern habe er versucht, mit seiner Familie zu essen; nach einigen Minuten habe er das Essen hingeschmissen; er habe keine Tischmanieren, keine Geduld während verbalen Disputen. Keine Geduld mit seinem kleinen Bruder, „ein Monster“, früher sei der Patient das Monster

gewesen. Vater und Bruder haben an Tisch über technische Sache gesprochen; der Patient sei nicht involviert gewesen. Sein 21-jähriger Bruder arbeite in der Informatik, der Vater sei Elektroniker. Er habe eine jüngere Schwester; diese sei nicht dabei gewesen. Er habe keine Angst von seinem Bruder, er habe ihn gern, aber manchmal ertrage er ihn nicht; der Bruder sei im Berufsleben voller Kraft; der Patient hingegen sei arbeitslos. Seine Mutter habe ihn energisch gefragt, was er machen wolle und er könne sich nicht entscheiden. Er habe das Gefühl gehabt, er habe nicht das Recht am Tisch zu sitzen. Auch letztes Mal, als er in PKK hospitalisiert war, sei ein Wutausbruch am Esstisch der Anlass gewesen.

Im Moment habe er keine Wohnung, keinen Beruf, kein Geld, bis auf seiner Freundin keinen Sinn im Leben.

Der Pat sei „elektro-sensitiver“ geworden, d.h. er spüre mehrere „Spannungsspitzen“ am Rücken „am Kortex“ („oder so was“ er sei nicht Mediziner), wenn ein Staubsauger eingeschaltet sei.

Er schlafe sehr gut. Er wisse von keinen Verwandten in psychiatrische Behandlung.

Befunde

24-jähriger, gepflegte Patient. Wach, allseits orientiert. Wirkt deprimiert, dann weint er heftig einige Minuten lang, er entschuldigt sich und bemüht sich, ruhig und konzentriert zu bleiben. Ab und zu blickt er herum. Aufmerksamkeit und Auffassung unauffällig. Denken formal logisch und kohärent, in Moment keine Hinweise auf wahnhaftige Inhalte. Keine Hinweise auf Wahrnehmungsstörungen bis auf eine erhöhte „Elektro-Sensitivität“. Keine Hinweise auf Ich-Störungen. Keine Schlafstörung. Der Pat hat sich deutlich und glaubhaft von Suizidalität distanziert. Ein affektiver Rapport ist vorhanden.

Beurteilung

- Leichte schizotype Störung
- DD: Präpsychotisches Zustandsbild
- Schädlicher Gebrauch von Drogen (Cannabis und Ecstasy)
- Psychosoziale Belastungssituation
- St. n. Borreliose

Procedere

- Geschlossene Abteilung; je nach Verlauf Spaziergang mit der Gruppe
- (Neurophysiologische und neuropsychologische Untersuchung (Erstpsychose); Medikation danach).
- Kontakt mit Dr. Hugentobler, HA. (Praxis geschlossen bis 28.7.02; Tel 062 827 22 44)
- Reservemedikation: Temesta bei starke Unruhe

vis:

Herr H.-W. Lotz
Oberarzt



Name: Landolt

Fortsetzung: 1

20.7.02

Teamrapport

Heute morgen sehr gespannt
OA - Zeitweise sehr adäquat, plötzliche
Blick

Gemüts m. n. Entwicklung bei RS →
danach stark kippen → Veränderungen
heftige Auseinandersetzung mit der Form

DD Schizophrenie

2.8.02

Put deutlich besser, höflich, bessere
Kontakt auf der Abteilung

Königsfelden

Nummer:

Name: Landolt Mire

Fortsetzung: 1

02.08.02

Telefonat mit Hausarzt, Dr. Hugentobler,
062 827 22 44

Put um Zecke gebissen, später Reaktion →
Infektion (lokal) Behandlung 10 Tage
mit Tetrazycline 200 mg

15.08.02
Bimz

OA-Visite (Dr. Klein)
Pflege-rapport: Put wirkt offen auf der
Abteilung, aber sei manchmal leicht
grübelnd pflegepersonal

Visite: Put klagt sich, er denke Ärzte
kennen seine Situation nicht; Pflege-
personal kenne seine Situation besser.

Er denkt, im Spital zu sein, sei
"vegetieren". Walle über seine
Perspektiven sprechen: Arbeit an der
Schule. Walle Bemerkungen
schreiben, Vorstellungskommunikation abmachen
Walle so bald wie möglich aus-
beten.

20.8.02
Bimz

Put verlangt, mit Alf zu sprechen.
er sei ungeduldig, walle sicher sein,
dass er sein Studium ab Oktober
wieder nehmen könne. Bei
Abschied, Put sei nicht zufrieden
mit mein Handdruck, ich sollte
fester drücken.

21.8.02

Bimz

Sprechstunde

Put wolle Posten und zum Coeffen,
mit Pflegebegleitung.
Werde morgen an Terminierung besprechen,
Put nachher informieren.

Bm2

Ab 10 Uhr → offene Ast; Ausgang alleine 2 x 1/2 Std, Laptop 2 x 1 Std; TV Sonntag.

Binz

Team-Report:
SA H.H. m. n. ch.:
Wiedereingliederung durch arbeitslose Kurse; Sozial-
amt → H.H. für Wohnung.

il. 9.

on site

Patuh hente 50%. Arbeit fertig



Abklärung Landolt Marc *17.06.78

Nachuntersuchung nach 1 Monat

Klinisch:

Emotional stabilerer, angepasster Patient. Vordergründig „Krankheitseinsicht“. Gibt jedoch wenig Einblick in seine Gedanken und Ideen. Gibt an Angst zu haben, sein Leben lang in der Klinik bleiben zu müssen. Nebenwirkungen der Medikamente: Hungergefühl und Müdigkeit.

Medikamente: 20 mg Zyprexa, 10 mg Clopixol

Neurophysiologische Untersuchung:

Messung des akustischen Schreckreflexes (Prepulse inhibition PPI): Der Reflex gilt als Mass der sensomotorischen Filter- und Kontrollfunktion, einer präattentiven Funktion. Gemessen wird die Amplitude des Schreckreflexes, seine Modulation im Sinne von Habituation (Gewöhnung im Verlauf der Messung) und Inhibition durch Vorpuls (Prepulse inhibition). Störungen im Bereich dieser zentralen Informationsverarbeitung finden sich v.a. bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Klinisches Korrelat für die Defizite in der Modulation des Schreckreflexes ist die bei der o.g. Patientengruppe beobachtete Reizüberflutung. Prepulse inhibition wird als Schizophreniemarker diskutiert, meiner Erfahrung nach handelt es sich um ein sensitives, jedoch nicht spezifisches Instrument. Eine Interpretation ist nur seriös im Zusammenhang mit psychopathologischen Auffälligkeiten oder neuropsychologischen Ergebnissen.

Amplitude: normal

Inhibition: leicht vermindert

Habituation: vermindert

Leichte Verbesserung zur Voruntersuchung

Kognitive Tests:

Aufmerksamkeit: vermindert

Arbeitsgedächtnis: Normbereich

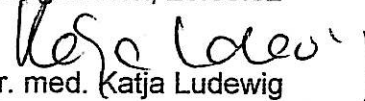
Verschlechterung der Aufmerksamkeitsleistung

Zusammenfassung der Ergebnisse:

Im Bezug auf Aufmerksamkeitsleistungen verschlechtertes ZB bei während der Testung motiviertem Patienten. Medikamentös bedingt?

Eine 3. Testung ist in 4 Wochen geplant, bitte uns vor Austritt informieren.

Königsfelden, 26.08.02


Dr. med. Katja Ludewig
Oberärztin Forschung



PSYCHIATRISCHE DIENSTE DES KANTONS AARGAU

Forschung

Postfach
5201 Brugg

Telefon 056 462 23 20
Telefax 056 462 25 21

Postcheck 50-341-3

29.07.02

Abklärung Landolt Marc *17.06.78

Erste Testung: 08.05.01
Zweite Testung: 24.07.02
J

Angegebene Beschwerden des Patienten:

Beim aktuellen Gespräch fokussiert Herr Landolt sein Problem auf seine Freundin, die ihn verlassen habe. Dies würde ihn sehr bedrücken. Beeinträchtigungs- und Vergiftungsideen, wie im Eintritt beschrieben, weist er weit von sich.

Klinischer Eindruck (kurz):

Im Gespräch schaut er immer wieder im Zimmer herum. Er ist teilweise dysphorisch, teilweise den Tränen nahe, auch gespannt und immer wieder „schwer atmend“.

Medikamente: z.Zt. keine

Neurophysiologische Untersuchung:

Messung des akustischen Schreckreflexes (Prepulse inhibition PPI): Der Reflex gilt als Mass der sensomotorischen Filter- und Kontrollfunktion, einer präattentiven Funktion. Gemessen wird die Amplitude des Schreckreflexes, seine Modulation im Sinne von Habituation (Gewöhnung im Verlauf der Messung) und Inhibition durch Vorpuls (Prepulse inhibition). Störungen im Bereich dieser zentralen Informationsverarbeitung finden sich v.a. bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Klinisches Korrelat für die Defizite in der Modulation des Schreckreflexes ist die bei der o.g. Patientengruppe beobachtete Reizüberflutung. Prepulse inhibition wird als Schizophreniemarker diskutiert, meiner Erfahrung nach handelt es sich um ein sensitives, jedoch nicht spezifisches Instrument. Eine Interpretation ist nur seriös im Zusammenhang mit psychopathologischen Auffälligkeiten oder neuropsychologischen Ergebnissen.

Testung verweigert

Kognitive Tests:

Aufmerksamkeit: Normbereich

Aufmerksamkeitsshift: Normbereich

Exekutive Funktionen: vermindert (sehr schwankend während der Untersuchung)

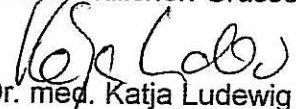
Ähnlich wie bei Vortestung

Zusammenfassung der Ergebnisse:

Kognitiv und psychopathologisch ähnlicher Patient im Vergleich zur Testung im Mai 01. Kognitive Auffälligkeiten in den Planungsfunktionen. Klinisch bagatellisiert er seinen Zustand.

Bitte nach vier Wochen Medikation oder vor dem Austritt aus der Klinik noch einmal zur Nachuntersuchung anmelden.

Mit freundlichen Grüßen


Dr. med. Katja Ludewig
Oberärztin Forschung



07.08.02

Abklärung Landolt Marc *17.06.78

Ergänzend zur Untersuchung vom 29.07. hat Herr Landolt sich nun auch für eine PPI-Untersuchung bereiterklärt.

Neurophysiologische Untersuchung:

Messung des akustischen Schreckreflexes (Prepulse inhibition PPI): Der Reflex gilt als Mass der sensomotorischen Filter- und Kontrollfunktion, einer präattentiven Funktion. Gemessen wird die Amplitude des Schreckreflexes, seine Modulation im Sinne von Habituation (Gewöhnung im Verlauf der Messung) und Inhibition durch Vorpuls (Prepulse inhibition). Störungen im Bereich dieser zentralen Informationsverarbeitung finden sich v.a. bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Klinisches Korrelat für die Defizite in der Modulation des Schreckreflexes ist die bei der o.g. Patientengruppe beobachtete Reizüberflutung. Prepulse inhibition wird als Schizophreniemarker diskutiert, meiner Erfahrung nach handelt es sich um ein sensitives, jedoch nicht spezifisches Instrument. Eine Interpretation ist nur seriös im Zusammenhang mit psychopathologischen Auffälligkeiten oder neuropsychologischen Ergebnissen.

Amplitude: normal

Inhibition: vermindert

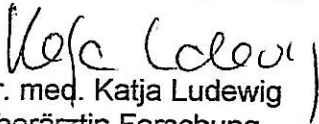
Habituation: vermindert

Zusammenfassung der Ergebnisse:

Defizite in der Informationsverarbeitung, übereinstimmend mit unserem klinischen Eindruck eines psychotischen Geschehens.

Eine Nachtestung ist geplant.

Mit freundlichen Grüßen


Dr. med. Katja Ludewig
Oberärztin Forschung

