

Notfälle in der Psychiatrie

- Intervention mit medizinischem Schwerpunkt (Intoxikation, Delirien); meist ist eine intensive Behandlung nötig (verschiedene Therapien in Abhängigkeit von der Ätiologie);
- Intervention ohne wesentliche medizinische Beteiligung (Schizophrenie, depressive Episode) — Stationär? Ambulant?
- Intervention mit psychosozialem Schwerpunkt (Krise); Stationär? Ambulant? Professionelle Hilfe nötig?

Psychiatrische Syndrome bei der Notfallversorgung:

- ✓ psychomotorische Erregung (katatonies, manisches, agitiert-depressives Syndrom);
- ✓ Bewusstseinsstörungen;
- ✓ paranoid-halluzinatorische Syndrome;
- ✓ depressive Syndrome, Angst/Panik-Syndrome;
- ✓ Suizidalität;
- ✓ von Psychopharmaka induzierte Notfälle;
- ✓ Notfälle bei Alkohol- und Drogenmissbrauch.

Psychomotorische Erregung

Steigerung von Antrieb und Motorik, Bewegungsdrang aber auch Aggressivität, subjektive: Ängste, Panikgefühle, innere Unruhe, Wahnerlebnisse usw. (genaue Kenntnis von der Ätiologie wichtig!)

⇒organische Ursachen:

- ✓ Intoxikationen, Epilepsie, Durchblutungsstörungen (z. B. in der Geriatrie);
- ✓ symptomatische Therapie: hochpotenzierte Benzodiazepine, aber auch Neuroleptika, die keine kardiovaskulären Nebenwirkungen haben (neben der Therapie der Grunderkrankung);

⇒Schizophrenie:

- ✓ „produktive Symptomatik“ (Sinnestäuschungen, Wahngedanken, abnorme Leibsensationen);
- ✓ Katatonie (bei Dominanz psychomotorischer Erregung);
- ✓ Komplikation oder Kombination mit einer Alkohol-Drogen-Problematik;
- ✓ Therapie: Antipsychotika.

⇒Manie:

- ✓ neben gehobener und gereizter Stimmung sowie gesteigertem Selbstbewusstsein eine starke Aktivität mit fehlender Krankheitseinsicht (meist Indikation zur Hospitalisierung);
- ✓ Therapie: Antipsychotika.

⇒depressive Episode:

- ✓ am häufigsten bei depressivem Wahn (Verarmungs- und Schuldwahn, nihilistischer und hypochondrischer Wahn) und damit auch eine erhöhte Suizidgefahr;
- ✓ Therapie: Antidepressiva, vorübergehend auch Antipsychotika — Tranquilizer.

⇒Belastungs- und Anpassungsstörungen:

- ✓ können eine Reaktion mit aggressivem oder dissozialem Verhalten zur Folge haben;
- ✓ im Vordergrund der Therapie steht das ärztliche Gespräch, im Notfall aber sollen auch Tranquilizer angewendet werden!

Bewusstseinsstörungen:

Die Behandlung des Bewusstseinsverlustes geht meistens in anderen Fachrichtungen (Traumatologie, medizinische Klinik usw.) vonstatten.

In der psychiatrischen Notfallversorgung kommen hauptsächlich Delir, organisch-amnestisches Syndrom und Dämmerzustände vor;

⇒Delir:

- ✓ kann toxisch sein (z. B. Alkohol, Medikamente, Drogen);
- ✓ es kommt auch bei körperlichen Erkrankungen (z. B. nach Operationen, Schädel-Hirntraumen, bei Herz-Kreislauf Störungen usw.) vor;
- ✓ kann pharmakogene Ursachen haben (z. B. Antidepressiva, Antiparkinsonmittel, niederpotente Neuroleptika);
- ✓ immer eine komplexe Therapie nötig (der Ursache entsprechend!), spezifische Therapie bei Alkoholdelir.

⇒organisch-amnestisches Syndrom:

- ✓ bei zerebralen Gefäßerkrankungen;
- ✓ bei chronisch-toxischen Schädigungen;
- ✓ Therapie bei vaskulären Erkrankungen, bei psychogeriatrischen Patienten: internistische Therapie und Maßnahmen, Nootropika;
- ✓ bei toxischer Schädigung Abbau der Medikamente oder toxischer Stoffe, Vitamine.

⇒Dämmerzustand:

- ✓ Epilepsie (mit konvulsivem Status oder ohne);
- ✓ Bedeutung der Diagnose: (Anamnese, EEG, Blutspiegel);
- ✓ in Petit-mal oder Psychomotor-Status: Diazepam oder Clonazepam (i. v.);
- ✓ kann auch psychogen sein!

Paranoid-halluzinatorisches Syndrom:

⇒ Schizophrenie:

- ✓ verschiedene Formen des Wahnerlebens, z. B. Bedeutungs-, Beziehungs- oder Verfolgungswahn zusätzlich bei Ich-Störungen;
- ✓ bei Zuspitzung dieser Erlebnisweisen kann der Patient für sich selbst gefährlich sein, selten auch fremdgefährdend;
- ✓ medikamentöse Behandlung mit Antipsychotika;
- ✓ innere Unruhe, Angstzustände, Konzentrations- und Schlafstörungen erfordern eine zusätzliche Therapie;
- ✓ Wahnerlebnisse, Halluzinationen dürfen nicht in Frage gestellt werden (sind wegen der Compliance ernst zu nehmen!).

⇒ organische Ursachen:

- ✓ im Hintergrund steht meist Intoxikation;
- ✓ neben der spezifischen Therapie der organischen Erkrankung, ist die Therapie mit Antipsychotika nötig!

Depressive Syndrome/Angstsyndrome:

⇒ körperliche Grunderkrankungen:

- ✓ die Depression wird somatisch-psychopharmakologisch behandelt;

⇒ hirnorganische Erkrankungen:

- ✓ bei Epilepsie, Abbau usw. Therapie ebenfalls, wie vorher;

⇒ depressive Störungen:

- ✓ aus therapeutischer Sicht wichtig, ob die Depression eine gehemmte oder agitiert-ängstliche ist;
- ✓ bei agitiertem Depression soll man eher dämpfende Antidepressiva anwenden, oder auch Antipsychotika.
- ✓ Suizidgefahr am Anfang und am Ende der depressiven Phase erhöht;

⇒ Angst-Panik-Syndrom:

- ✓ wegen Schwindel, Herzrasen, Ohnmachtgefühle usw. meist primär eine internistische Therapie notwendig;
- ✓ bei akuter Angst können in kleinen Dosen Benzodiazepine (Clonazepam, Alprazolam) verabreicht werden, die Therapie sollte jedoch mit Antidepressiva weitergeführt werden (bei ausgeprägter Ängstlichkeit i. m. oder i. v.);

Suizidalität:

Suizidgefahr kann in jeder Notfallsituation eine Rolle spielen (bei Depressionen, Schizophrenien, Suchterkrankungen, unheilbaren körperlichen Erkrankungen).
Zur Behandlung des Suizids gehören:

- ✓ Diagnose und Therapie der im Hintergrund stehenden Erkrankung;
- ✓ Stabilisierung des somatischen Zustandes nach einem Versuch.

Fragen zur Bewertung der Suizidalität:

- ✓ Motivation, akute und chronische Probleme;
- ✓ welche Möglichkeiten der Lösung stehen zur Verfügung und können vom Patienten akzeptiert werden usw.;
- ✓ Klinikaufnahme nur bei gravierender Gefährdung.

Risikogruppen:

- ✓ psychiatrische Kranken;
- ✓ Alkohol- und Drogenmissbrauch;
- ✓ biologische Krisissituationen (Pubertät, Probleme im Alter);
- ✓ unheilbare chronische Kranken;
- ✓ ledige, geschiedene, vereinsamte Menschen;
- ✓ Suizidversuche in der Anamnese;
- ✓ gehäufte Suizidalität in der Familie;
- ✓ Helfer.

Risikofaktoren:

- ✓ depressive Kognitionen, Pessimismus, Hoffnungslosigkeit;
- ✓ unflexibles, maladaptives Verhalten, „Alles oder nichts“-Attitüden;
- ✓ Fehlen eines Aufgabenbereiches, eines Lebenszieles;
- ✓ Störungen der Selbstbewertung, Impulsivität;
- ✓ Verlust interpersonaler Kontakte;
- ✓ suizidale Gedanken;
- ✓ hochgradige Angst, hauptsächlich wenn sie plötzlich ansteigt;
- ✓ Selbstbeschuldigung, Selbstvorwürfe;
- ✓ hochgradige, langdauernde Schlaflosigkeit;
- ✓ konkrete Vorstellungen zur Vorbereitung;

Methoden des Suizids:

- ✓ „harte“: Erschießen, Erhängen, Sturz aus der Höhe;
- ✓ „weiche“: Intoxikation mit Medikamenten.

Häufigkeit:

- ⇒ Verhältnis Männer/Frauen: 2:1 (Suizid), 1:3 (Versuch);
- ⇒ Suizidrate: Tote durch Suizid im Jahre pro 100 000 Einwohner;
- ⇒ Verhältnis Suizid/Suizidversuch: 1:10-20.

Stadien suizidaler Entwicklung: (Pöldinger 1982)

- ✓ Erwägung;
- ✓ Ambivalenz;
- ✓ Entschluss.

Präsuizidales Syndrom:(Ringel 1969)

- ✓ Erleben der Ausweglosigkeit;
- ✓ sozialer Rückzug, Einengung;
- ✓ Appellverhalten;
- ✓ Beschäftigung mit Todesgedanken;
- ✓ Aggressionsumkehr, Suizidphantasien;
- ✓ Eintritt von plötzlicher Ruhe, friedvoller Gelöstheit.

Therapie, Behandlung:

- ✓ Behandlung der Grunderkrankung;
- ✓ Gesprächs- und Kontaktangebot;
- ✓ Einbeziehung wichtiger Bezugspersonen;
- ✓ Klärung der Krisensituation;
- ✓ Überweisung an eine Institution, einen Facharzt, Krankenhauseinweisung;
- ✓ psychopharmakologische Intervention.

Von Psychopharmaka induzierte Notfälle:

- ✓ unerwünschte Arzneimittelwirkungen;
- ✓ Überdosierungen bzw. Intoxikationen;
- ✓ Medikamenten-Wechselwirkungen (Interaktionen);
- ✓ Absetzphänomene bzw. Entzugserscheinungen.

Notfälle bei schädlichem Gebrauch von psychotropen Substanzen:

Klärung von Art der Substanz, Dosis, Zeitpunkt der letzten Einnahme

- ✓ **Alkohol:** bei Intoxikation: gewöhnlicher, selten pathologischer Rausch;
bei Entzug: starke Erregung, Realitätsverlust, Prädelir, Delir;
- ✓ **Opiate:** bei Intoxikation: Atemdepression, epileptische Anfälle,
Kreislaufversagen, Koma (Pupillen eng);
bei Entzug: psychomotorische Unruhe, Tremor, Gereiztheit,
Herzbeschwerden, Gliederschmerzen, Schlafstörung, (Mydriasis);
- ✓ **Cannabis:** bei Intoxikation: Mydriasis, Tachykardie, Hypertonie,
Hyperthermie, Hyperglykämie, gerötete Konjunktiva
- ✓ **Halluzinogene:** Komplikation „Horrortrip“; Rauscherleben geht in
psychotische Symptomatik über;
- ✓ **Psychostimulanten:** Vigilanzerhöhung, Erregung, Angst, Wahn,
Halluzinationen, starke sympathische Effekte,
bei Kokain-Intoxikation: haptische Halluzinationen (Wanzen);
- ✓ **Hypnotika:** bei Intoxikation: Bewusstseinstäubung bis Koma,
Atemdepression;
- ✓ **Schnüffelstoffe:** bei Intoxikation: Bewusstseinstäubung, Delir.