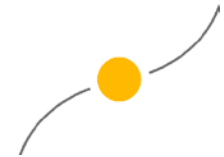


Hauptvorlesung Psychiatrie

Wintersemester 2015/2016



Psychiatrische Notfälle - Unfreiwillige Behandlung - Suizidalität

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm
Bezirkskrankenhaus Günzburg

Thomas Becker

Vorlesungstermine I – Psychiatrie

Wintersemester 2015/2016

Vorlesungszeit 12.10.15 – 13.02.16

Donnerstag, 11:00 Uhr, Hörsaal Chirurgie am Oberen Eselsberg

15.10.2015	Spitzer	Einführung in die Psychiatrie
22.10.2015	Schönfeldt	Depression, Diagnostik und Therapie
29.10.2015	Herwig	Affektive Störungen, Manie, Rezidivprophylaxe
05.11.2015	Kölle	ADHS
12.11.2015	Riepe	Demenz
19.11.2015	Freudenmann	Sucht/Alkohol
26.11.2015	Abler	Sucht/Drogen
03.12.2015	Spitzer	Schizophrenie I – Ätiologie und Psychotherapie
10.12.2015	Jandl	Persönlichkeitsstörungen

Vorlesungstermine II – Psychiatrie

Wintersemester 2015/2016

Vorlesungszeit 12.10.15 – 13.02.16

Donnerstag, 11:00 Uhr, Hörsaal Chirurgie am Oberen Eselsberg

17.12.2015	Spitzer	Schizophrenie II – Diagnose und Therapie schizophrener Störungen
07.01.2016	Borbé	Psychopharmakologie
14.01.2016	Rüsch	Sozialpsychiatrie, Gemeindepsychiatrie
21.01.2016	Becker	Psychiatrische Notfälle, UBG, Suizidalität
28.01.2016	Fegert	Traumafolgen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen
04.02.2016	Ruchsow	Angst und Zwang
04.02.2016	ab 18:30 Uhr	Klausur: Hörsäle Oberer Eselsberg

Zugang zu den Vorlesungen haben Sie...

ohne Passwort

... über den Link:

http://www.uni-ulm.de/psychiatriell/lehre/materialien_vorlesungen.htm

=> Lehre

=> Studium

=> Vorlesungsmaterialien

Themen

- Psychiatrische Notfälle in Notarzt-Versorgung
- Erregungszustände
- Angst
- Suizidalität
- Drogen-Notfälle
- Bewusstseinsstörungen
- Kataton-stuporöse Zustände
- Psychopharmakainduzierte Notfälle
- Rechtliche Aspekte
- Traumatisiert die Psychiatrie?

Was ist ein psychiatrischer Notfall?

Ein psychiatrischer Notfall ist ein Zustand, der in der Regel durch eine *psychische Erkrankung* bedingt ist und der einen *unmittelbaren Handlungszwang* zur Abwendung von Lebensgefahr oder von anderen schwerwiegenden Folgen mit sich bringt.

Er erfordert eine *sofortige*, an der akuten *Symptomatik* orientierte, gezielte Therapie, um eine Gefahr für die Gesundheit des Patienten und eventuell anderer Personen abzuwenden.

Gründe für Konsultation eines psychiatrischen Notfall- und Krisendienstes/ Prävalenz Agitation

- 57% Auswirkungen einer bestehenden psychischen Erkrankung (v.a. Schizophrenie und Suchterkrankungen)
- 25% zwischenmenschliche Konflikte
- 23% Alkoholmissbrauch
- 22% „seelische Krise“
- 17% Z. n. Suizidversuch
- 13% Suizidalität

- Prävalenz agitierten Verhaltens
 - 11-13% der Patienten mit Schizophrenie/ affektiven Störungen
 - 25% der Patienten mit Alkoholmissbrauch
 - 35% der Patienten mit Substanzmissbrauch

Psychiatrische Notfälle im Vergleich zu den Notfällen aus anderen Fachgebieten am Notarztstandort Lindau

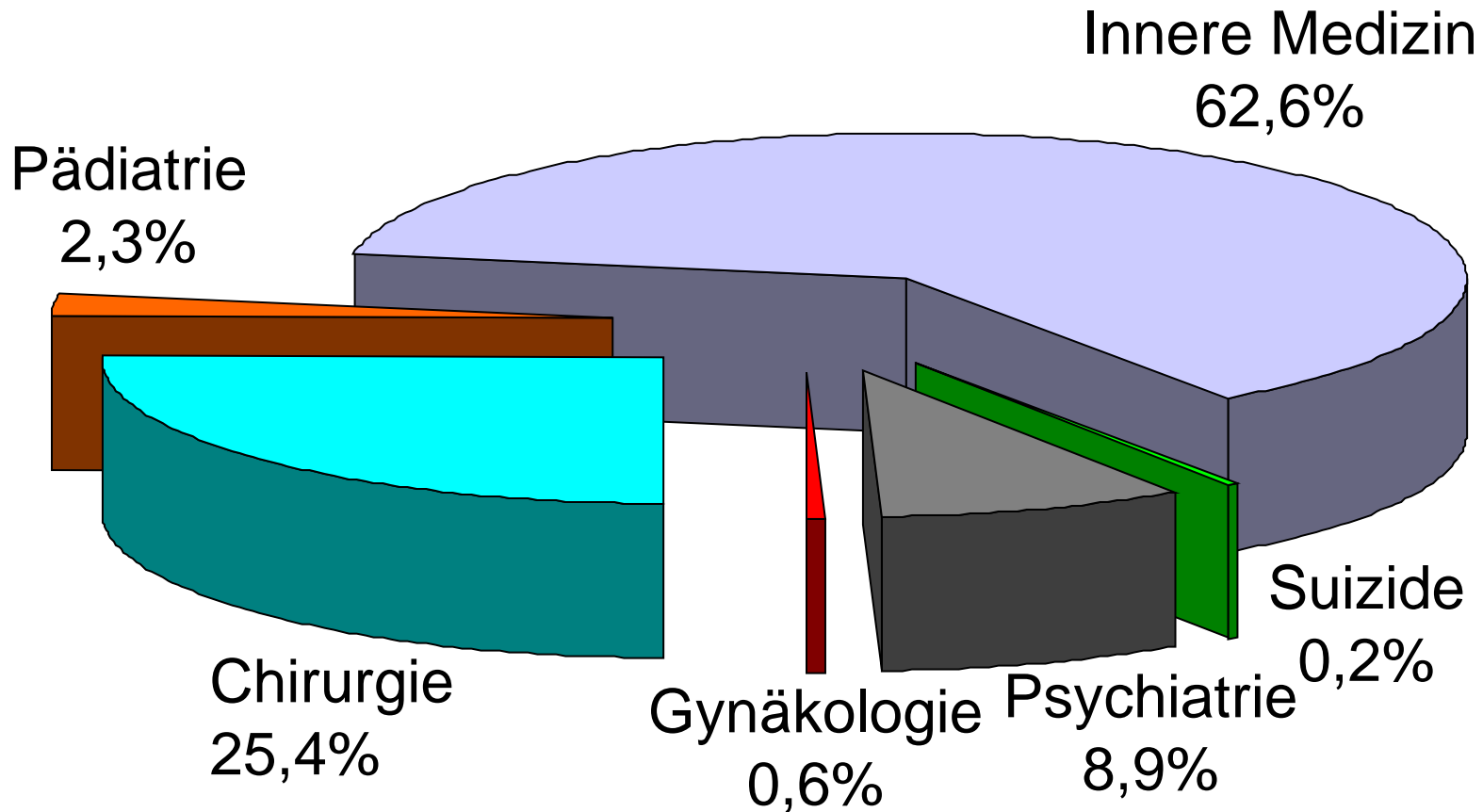
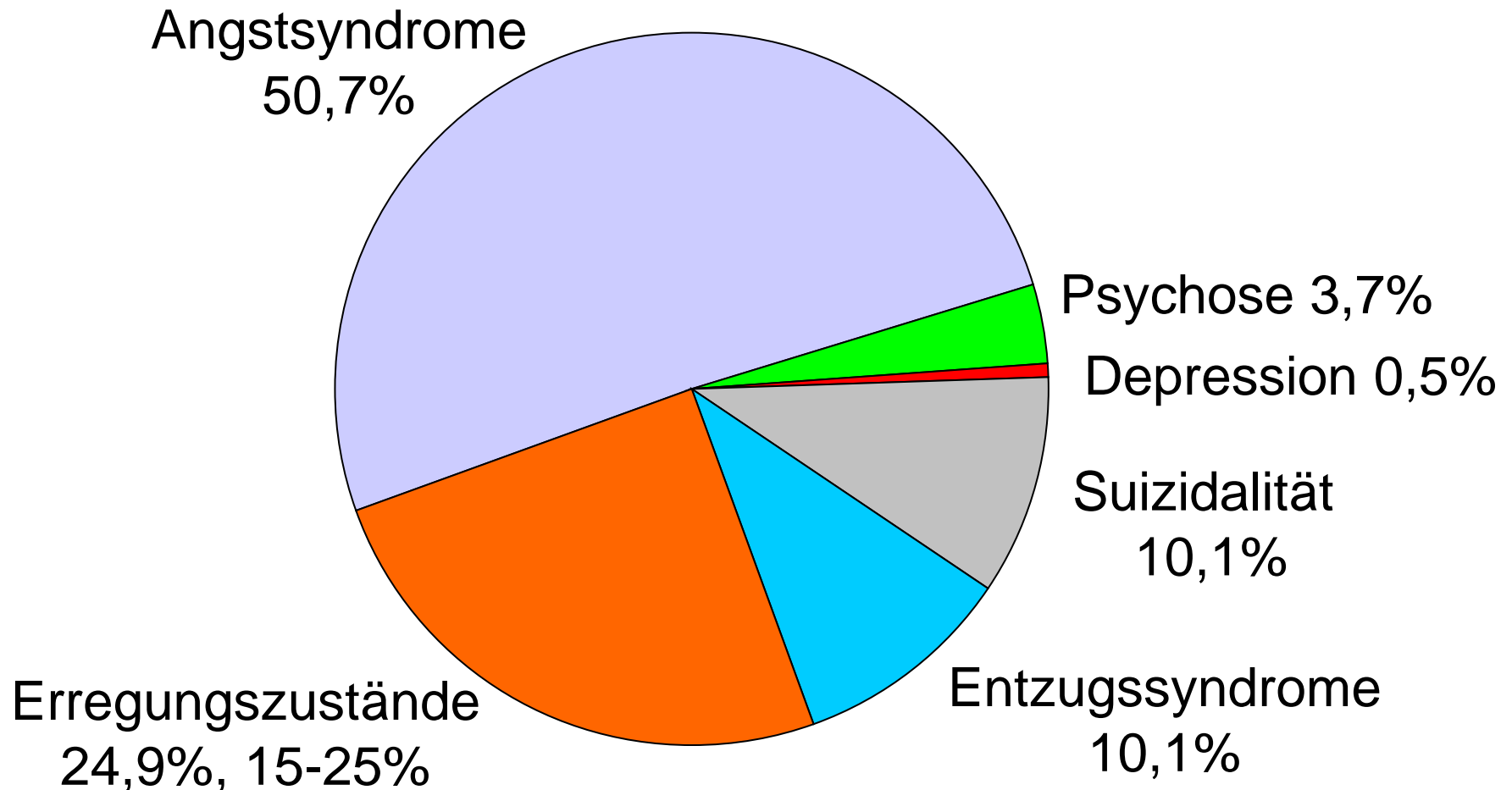


Tabelle 70.1. Beispiele für psychiatrische Notfall- und Krisensituationen

Notfallsituation	Beispiele
Akut erstmalig auftretende psychische Störung	Akute endogene Psychose, akutes organisches Psychosyndrom/Bewußtseinsstörung, Panikattacke, Drogennotfall, Anpassungsstörung
Akute Exazerbation einer bestehenden psychischen Störung	Erregungszustand, depressiver Stupor, katatones Syndrom, Suizidalität
Körperliche Erkrankung mit gravierenden psychischen Folgen	Stoffwechselstörungen, entzündliche Erkrankungen, Störungen des Herz-Kreislauf-Systems, Tumorerkrankungen
Unerwünschte Wirkungen von Medikamenten	Malignes neuroleptisches Syndrom, delirantes Syndrom, Bewußtseinsstörungen, Dyskinesie
Suizidalität	Suizidversuch, sonstiges parasuizidales Verhalten
Schicksalhafte Lebensereignisse mit Folgen im seelischen Bereich	Gewalttaten, Unfälle, Kriegsereignisse, Todesfälle, Folter, Geiselnahme, akuter Partnerschaftskonflikt

Verteilung der psychiatrischen Notfälle (n=406) nach psychiatrischen Diagnosen



Notärztlicher Einsatz und psychiatrische Erkrankungen: Wie gut vorbereitet?

➤ **Pajonk et al (1998) befragten 222 Notärzte:**

- ⇒ 66,8% gaben an, dass sie psychiatrische Kenntnisse im notärztlichen Dienst für wichtig oder sogar sehr wichtig halten
- ⇒ 12,8% berichteten über diesbezüglich gute Kenntnisse
- ⇒ diese Selbsteinschätzung fand sich anhand der (auf der Grundlage von Fallvignetten getroffenen) diagnostischen und therapeutischen Überlegungen bestätigt

*König et al 1996
Obertacke et al 1987
Pajonk et al 1998*

Besonderheiten beim psychiatrischen Notfall

- Anamnese-Erhebung oft schwierig
- Oft fehlt die Krankheitseinsicht und/oder Behandlungsbereitschaft, Hilfe wird (krankheitsbedingt) abgelehnt!
- Diagnose ist oft nur auf Syndromebene möglich

Psychiatrischer Notfall Erregungszustand

- Steigerung von Antrieb und Psychomotorik
- affektive Enthemmung
- Kontrollverlust

Wichtige Aspekte:

- Gesichtsausdruck
- Hin- und Hergehen
- Ringen der Hände, Gestikulieren
- Äußern aggressiver Inhalte / Bedrohungen
- gewalttätiges Verhalten, Zerstörungswut

Risikoindikatoren für gewalttätiges Verhalten

- Misstrauen und Feindseligkeit, die nach Gesprächsangebot eher zu- als abnehmen
 - Psychomotorische Erregung, Anspannung, Hyperaktivität, Perseveration, Schweigen
 - Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen, eingeschränkte Selbstkontrolle, z.B. mit bizarrem, wechselhaftem Verhalten
 - Verbale Aggressivität, Gewaltandrohung
 - Patient fühlt sich in die Enge getrieben
 - Pläne, anderen Menschen Gewalt anzutun
 - Subjektives Angstempfinden des Helfers
- und**
- INTOXIKATION

Agitiertheit und gewalttätiges Verhalten psychisch kranker Menschen

- Soziale Problemgebiete: Risiko, Opfer einer Gewalttat zu werden, erhöht
- Agitiertheit eskaliert häufig zu Gewalt: im Vorfeld gewalttätiger Attacken waren in 30-82% Unruhezustände vorhanden (Whitthington et al. 1996, Lee et al. 1989, Crowner et al. 2005)
- Bis zu **11% aller Ärzte** werden durch aggressives Verhalten verletzt
- In den USA sind vor allem Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, Opfer von Gewalt
- Höchste Wahrscheinlichkeit, am Arbeitsplatz getötet zu werden, haben Taxifahrer, Verkäufer an Nachtschaltern, Polizisten und **Psychiater**
- Psychiater in fast 50% aller Gewaltverbrechen an Medizinern Opfer => Risiko eines Psychiaters, 1x im Berufsleben gewaltsam attackiert zu werden, ist **ca. 40 %**, **ca. 50 % der Assistenzärzte** werden in ihrer Ausbildung Opfer einer Attacke (Tardiff 1987)
- 40% der Psychiater berichten persönliche Gewalterfahrungen im Dienst (Püschel & Cordes 2001)
- Gewalt geht von psychiatrischen Patienten häufiger aus als von der Gesamtbevölkerung, 10 % chronisch psychisch Kranker sind vor Aufnahme gewalttätig (Monahan 1992)

Erregungszustände: Ursachen

- Psychiatrisch (z.B. schizophrene Psychose, selten schwere Depression, akute Belastungsreaktion)
- Neurologische Erkrankungen (z.B. Meningitis / Enzephalitis, zerebrale Durchblutungsstörungen, Anfallsleiden)
- Internistische Erkrankungen (z.B. akute Stoffwechselstörungen)
- Nebenwirkungen von Pharmaka
- Intoxikation

⇒ Beobachtung des Umfeldes (situative Hinweise)



⇒ Erhebung der Fremdanamnese

Störungen Neurotransmittergleichgewicht

Psychische Störung

- Psychotische Agitation
- Manische Erregtheit
- agitierte Depression
- Angst- und Panikstörung
- Demenzen
- toxisch bedingte Agitation
- Delir
- Akathisie

Neurotransmitterebene

- Dopamin erhöht
- Dopamin erhöht
- 5HT-Rezeptorsens.  GABA 
- GABA-Mangel, NA erhöht
- GABA-Mangel
- Dopamin erhöht
- multiple Mechanismen
- NA erhöht, DA-Mangel

Empfehlungen für die Gesprächsführung mit erregten Patienten

- Prüfung, ob Patient zu Gespräch fähig und bereit
- Reizabschirmung
- Beachten wesentlicher Sicherheitsaspekte
- Empathie zeigen, Anliegen des Patienten wahrnehmen
- Vermeidung von Konfrontation, wo möglich
- Patienten Grenzen setzen, wo dies nötig ist
- Gesprächsstil am aktuellen Zustand des Patienten orientieren (klare Sprache)
- Versuch, zu pragmatischer Problemlösung zu kommen
- Strukturiertes therapeutisches Vorgehen

Medikamentöse Deeskalation

Patient mit Erregung, Unruhe und Anspannung bei

- schizophrener Psychose
- Manie
- Depression
- Panikattacke
- Demenz
- Intoxikation mit Alkohol
- Intoxikation mit stimulierenden Drogen (Kokain, Amphetamin)
- Entzugssyndrom, Delir

Behandlung

- Antipsychotika, ggf. mit BDZ
- Antipsychotika, gg. mit BDZ, VPS
- BDZ, sed. Antidepress., n'pot. AP
- BDZ
- n'pot., \emptyset ACh AP, Risperidon, BDZ
- AP, z.B. Haloperidol, evtl. mit BDZ
- BDZ

- BDZ, Clomethiazol, Antikonvulsiva, Clonidin

\emptyset ACh nicht anticholinerge, AP Antipsychotika, BDZ Benzodiazepine, VPS Valproinsäure

Notfall Angststörung

- Die häufige Angststörung wird dann zum **Notfall**, wenn die Angstsymptomatik eine Intensität erreicht hat, in der ein Patient das Gefühl hat, die Kontrolle über sich selbst zu verlieren oder einer akuten (Lebens-) Gefahr ausgeliefert zu sein
- ⇒ Panikartige Verhaltensweisen mit hochgradiger Erregung und Unruhe, in der Patienten sich oder die Umgebung gefährden können
- **Angst** und **Panik** können auch Symptom anderer psychischer Erkrankungen sein

Psychiatrischer Notfall Angst

- Beim Erstkontakt mit einem Patienten, der voller Angst ist, ist es wichtig, dass Gegenüber Sicherheit vermittelt
 - Arzt hört der spontanen Beschwerdeschilderung des Patienten geduldig zu, fordert ihn auf, alles Ängstigende anzusprechen
 - Arzt richtet ruhig und strukturiert klärende Fragen an Patient
 - Ernstnahme der Beschwerden, Strukturierung der Situation
- ⇒ Psychotherapie und Psychopharmakotherapie
- ⇒ Inanspruchnahme von Hilfe im INTERVALL zwischen Panikattacken!

Notfall Suizidale Krise (akute Suizidalität)

- Krisensituation erkennen
- Ausmaß der Krise erkennen
- Krisenintervention beginnen

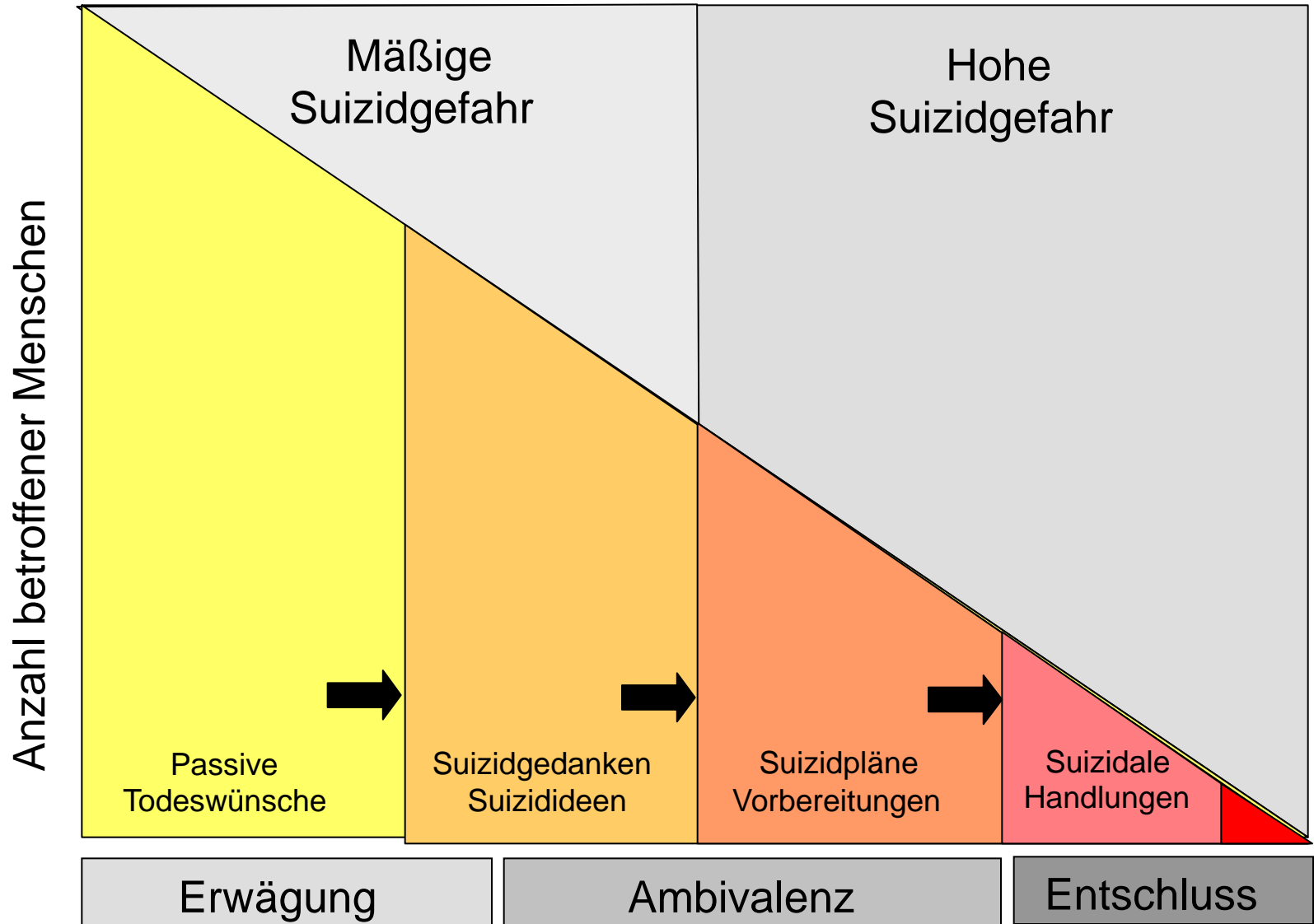
Statistisches Bundesamt

- Jährlich sterben ca. 10.000-14.000 Menschen durch Suizid
- Suizidquote bei etwa 18 pro 100.000 Einwohner
- Häufigkeit von Suizidversuchen (Parasuiziden) um Faktor 10 bis 30 höher

Definition von Suizidalität

- **Suizidideen:** Nachdenken über den Tod im allgemeinen und den eigenen Tod, Todeswünsche und suizidale Ideen im engeren Sinne, z.B. „ ... wie kann ich mich umbringen?“
- **Suizidversuch / Parasuizid:** „Eine Handlung mit nichttödlichem Ausgang, bei der ein Individuum absichtlich ein nichthabituelles Verhalten beginnt, das ohne Intervention von dritter Seite eine Selbstschädigung bewirken würde, oder absichtlich eine Substanz in einer Dosis einnimmt, (...) die zum Ziel hat, durch die aktuellen oder erwarteten Konsequenzen Veränderungen zu bewirken“
WHO/Platt et al 1992
- **Suizid:** Eine absichtliche selbstschädigende Handlung mit tödlichem Ausgang

Stadien der Suizidalität



Beziehung zwischen Suizid, Parasuizid und affektiven Störungen

Affektive Störung

15% aller Patienten mit affektiven Störungen suizidieren sich

Parasuizid

10% aller Patienten nach Selbstmordversuchen begehen Suizid innerhalb von 10 Jahren

Suizid

Suizide:
45-70% der Suizidanten haben affektive Störung

19-42% aller Suizidanten haben schon vorher einen Versuch unternommen

Suizid und Suizidversuch bei psychischer Krankheit

	Depression %	Alkoholkrankheit %	Schizophrenie %
Anteil der Diagnosegruppe an Suiziden	40-70	20-30	2-12
Anteil der Diagnosegruppe an Suizidversuchen	10-50	30-50	2-17
Suizidversuch im Krankheitsverlauf bei	20-60	3-25	20-30
Suizidmortalität im Krankheitsverlauf bei	12-18	5-10	5-10
Anteil der Diagnosegruppe am Suizid in psychiatrischen Krankenhäusern	20-30	0-7	40-60

Diagnostische Abklärung

- Orientiertheit?
- Auffassungsvermögen?
- wahnhaft oder depressive Symptome?
- psychotische Symptome?
- eingeengt auf Suizid?
- Distanzierung glaubhaft?
- Coping-Strategien?

Indikatoren für eine erhöhte Suizidgefahr

Drängende Suizidgedanken

Große Hoffnungslosigkeit

Starke Schuldgefühle

Starker Handlungsdruck („Ich halte das nicht länger aus!“)

Zunehmender sozialer Rückzug

Verabschiedung von Menschen

Verschenken von Wertgegenständen

Regelung letzter Dinge (Testament, Versicherungen, Papiere)

Offene und verdeckte Ankündigung von Suizid („es wird aufhören, so oder so...“)

Patient reagiert gereizt, aggressiv oder ist agitiert

Konkrete Suizidpläne oder Vorbereitung suizidaler Handlungen

Keine Distanzierung von Suizidideen/ Suizidversuch nach längerem Gespräch („warum lasst Ihr mich nicht sterben...?“)

Risikofaktoren für Suizide und/ oder Suizidversuche

- **Geschlecht:** für Suizide männliches Geschlecht, für Suizidversuche weibliches Geschlecht
- **Alter:** für Suizide höheres Lebensalter ab 50. Lebensjahr, für Suizidversuche besonders Altersgruppe 15-34 Jahre
- **Familienstand:** höchste Suizid- und Suizidversuchsraten bei Geschiedenen, es folgen Verwitwete und Ledige, Verheiratete haben die niedrigsten Suizid- und Suizidversuchsraten
- **Soziale Schicht:** Suizidversuche gehäuft in der Unterschicht
(Kreitmann 1986; Kerkhoff et al 1994)
- **Arbeitsstand:** zwischen Arbeitslosigkeit und Suizid/ Suizidversuch besteht ein sicherer Zusammenhang *(Platt 1984)*
- **Jahreszeit:** saisonale Häufung von Suiziden in Frühling und Sommer, in Ländern der nördlichen und südlichen Hemisphäre *(Maes et al 1993)*
- **Stadt/ Land:** in vielen Ländern hohe Suizidraten in städtischen, niedrige Suizidraten in ländlichen Gebieten

Ätiologische Modelle von Suizidalität: Krisenmodell / Krankheitsmodell

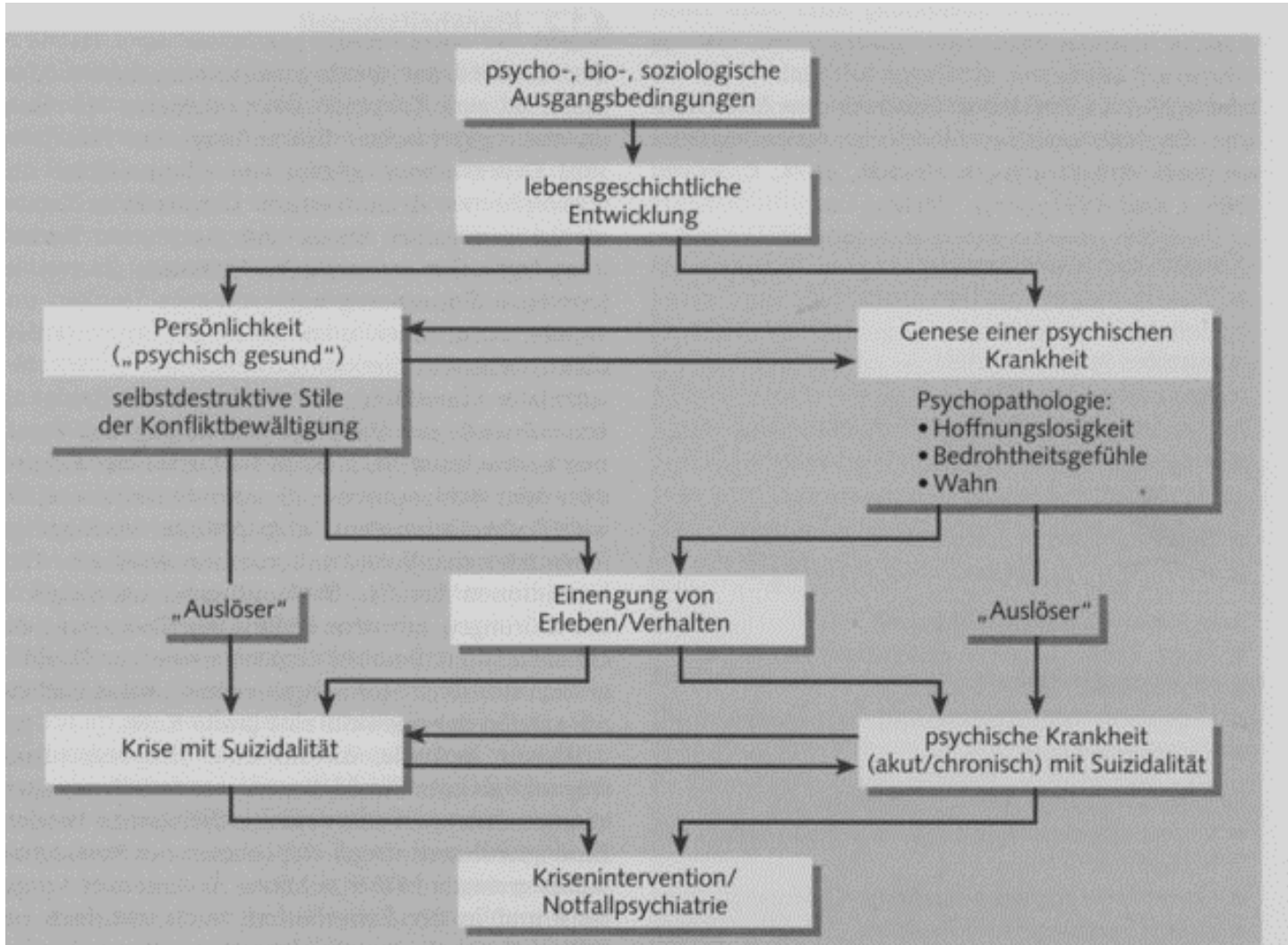


Abbildung 27-1 Ätiologische Modelle von Suizidalität (Krisenmodell/Krankheitsmodell).

M. Berger (Hrsg.):
*Psychische
Erkrankungen,
Klinik und Therapie*
S. 1027

Das präsuizidale Syndrom

- Einengung
- Verstärkte und gleichzeitig gehemmte Aggression
- Flucht in die Irrealität

(Ringel 1953)

- Weitere Charakteristika:
 - Impulshandlungen *(Ettliger & Flordh 1955)*
 - „Gottesurteil“ *(Stengel 1964)*
 - Ambivalenz *(Ringel 1953, Stengel & Cook 1958, Linden 1969)*

Suizidale Krise: Kriterien für Einweisung in psychiatrische Klinik

- Akute Suizidabsicht, fehlende Entlastung
- Wahn, Agitation, Angst, Stupor
- Hirnorganisches Psychosyndrom
- Koexistente Intoxikation
- Vereinsamung, kritische Lebensereignisse (life events)
- „Erweiterter Suizidversuch“
- Patientenwunsch

Erweiterter Suizid

Einbeziehung anderer Personen in das eigene suizidale Handeln (Geschehen), ohne diese in den Entscheidungsprozess mit einzubeziehen

Beispiel

Eine wahnhaft depressiv erkrankte Mutter nimmt ihre Kinder mit in den Tod. Die Motivation für eine solche Handlung ist häufig altruistisch, d.h. das Handeln der Mutter ist geprägt durch Empfindungen der Fürsorge den Kindern gegenüber

Maßnahmen zur therapeutischen Krisenintervention

- Akzeptieren des suizidalen Verhaltens als Notsignal
- Verstehen der subjektiven Notwendigkeit dieses Notsignals
- Bearbeitung der gescheiterten Bewältigungsversuche
- Aufbau einer tragfähigen Beziehung
- Wiederherstellen der wichtigsten Beziehungen
- Gemeinsame Entwicklung von alternativen Problemlösungsstrategien
- Eventuell Einbeziehung von Angehörigen

Suizidale Krise - Pharmakotherapie

- Benzodiazepine (z.B. Lorazepam)
- Sedierende Neuroleptika (z.B. Chlorprothixen, Levomepromazin, Promethazin)
- Suizidalität im Rahmen akuter paranoid-halluzinatorischer Symptomatik: evtl. Antipsychotikum (z.B. Haloperidol oral, i.m. oder i.v., z.B. Zuclopenthixolacetat i.m., Atypikum z.B. Olanzapin sublingual)
- Dämpfende Antidepressiva

Drogen-Notfälle

- Intoxikation / Überdosierung
- Entzugerscheinungen
- Psychotische Komplikationen
- Suizidalität



Aus Möller et al 2001

Alkoholintoxikation

- Affektlabilität, Distanzminderung, Aggressivität, Urteilsvermögen ↓, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörung, neurologische Symptome
 - „Komplizierter Rausch“; nur quantitativer Unterschied
 - „Einfacher Rausch“ in der Regel kein psychiatrischer Notfall
-
- Leichte (BAK 0,5-1,5‰) und mittlere Rauschzustände (1,5-2,5‰)
 - Schwere Rauschzustände (BAK >2,5‰): Bewusstseins- und Orientierungsstörungen, Benommenheit, illusionäre Verkennungen, Angst oder Erregung
 - Alkoholisches Koma (BAK >4‰ i.d.R. lebensbedrohlich)

„Pathologischer Rausch“

(forensische Relevanz; sehr selten; kurz dauernd)

Ungewöhnliche („persönlichkeitsfremde“) Erregungszustände mit Gewalttätigkeit, Dämmerzustände / paranoide / halluzinatorische Symptomatik, akuter Beginn - Zeichen starker Trunkenheit können fehlen !

Ätiologie / Risikofaktoren

- Menschen mit geringer Alkoholtoleranz
- Menschen mit organischen Risikofaktoren
- Alter, Übermüdung

Differentialdiagnosen

- Delirium tremens
- Körperlich begründbare Psychosen / Durchgangssyndrome
- Temporallappenepilepsie
- (Misch-) Intoxikationen
- Hypoglykämie
- Leber- und Nierenerkrankungen
- Stimulanzien-Intoxikation

Alkoholentzugssyndrom

Vegetatives Syndrom

- Brechreiz, Durchfälle, Tachykardie
- Hypertonie, Hyperhidrose, Insomnie
- Tremor, Dysarthrie, Ataxie
- Innere Unruhe, Antriebssteigerung
- Ängstliche / depressive Stimmung

Dauer 3-7 Tage

Delirium tremens

- Vegetatives Syndrom *plus*
- (qualitative) Bewusstseinsstörung
- Orientierungsstörung
- Unruhe
- Optische Halluzinationen
- Zerebraler Krampfanfall

⇒ Lebensbedrohlich!
*unbehandelt Letalität bis 30%,
behandelt bis 5%*

Medikamentöse Behandlung

Prinzip:

Dosierung nach Symptomatik; motorische Unruhe sollte unterdrückt, Pat. erweckbar sein

Oral:

- Thiamin
- Carbamazepin (*Cave: Kein Retard-Präparat!*)
- Clomethiazol (Saft, Kapseln)
- Haloperidol / Benzodiazepine

Parenteral:

- Thiamin
- Clomethiazol (*nur auf Intensivstation*)
- Haloperidol / Benzodiazepine

Opiatentzugssyndrom

- Hyperventilation, Gähnen
- Schlaflosigkeit, Hypervigilanz
- Dysphorie, innere Unruhe
- Angst
- Hypermotorik
- Emesis, Bauchkrämpfe, Diarrhoe
- Frösteln, Fieber, Kältezittern
- Hyperalgesie
- Mydriasis, Harndrang
- Hyperhidrosis, Rhinorrhoe, Niesen, Tränenfluß
- Craving

⇒ Medikamentöse Behandlung

⇒ Stationäre „Entgiftung“

Opiatintoxikation / -überdosierung

- Atemdepression
- Analgesie
- Euphorie, Entspannung
- Anxiolyse, Befriedigungsgefühl
- Schlafinduktion
- Sedierung → Koma
- Kalte Haut
- Darmatonie
- Miosis
- trockene Haut, Nase, Augen
- Tonusverlust, Areflexie

⇒ Sicherung Vitalfunktionen

⇒ Naloxon i.v. / endotracheal

⇒ Stationäre Behandlung

Kokainrausch

- Euphorische Grundstimmung (kick, rush)
- Kontakt- und Risikofreude ↑
- Aktivitäts- und Rededrang ↑
- Kritik-, Urteilsfähigkeit ↓
- Selbstbewusstsein ↑, Größenphantasien

Im Anschluss:

- Zunehmende Angst
- Misstrauen
- Beziehungsideen
- Illusionäre Verknennung
- Intoxikationspsychose
- Akute paranoide Syndrome
- Delirante Syndrome
- Suizidalität

Bewusstseinsstörungen

- sind ein Leitsymptom akuter organischer Psychosyndrome
- schließen in der Regel das Vorliegen einer endogenen Psychose oder einer psychoreaktiven Störung aus
- sind unspezifische Reaktionsweisen des Gehirns auf zahlreiche mögliche verursachende körperliche Erkrankungen oder Noxen
- haben einen plötzlichen Beginn und sind prinzipiell reversibel

Nach *Bleuler* unterscheidet man

- Zustände verminderten Bewußtseins:
quantitative Bewusstseinsstörungen
(Benommenheit, Somnolenz, Sopor, Koma)
- Zustände veränderten Bewußtseins:
qualitative Bewusstseinsstörungen
(Delir, Dämmer- und Verwirrtheitszustände)

Quantitative Bewusstseinsstörungen

- Verminderte Vigilanz (Wachheit), welche mit Verlangsamung und Verminderung aller psychischen Partialfunktionen (Auffassung, Orientierung etc.) einhergeht
- Diagnostische Abklärung steht im Vordergrund, Psychopharmaka sind hier kontraindiziert
- Therapie beschränkt sich auf die Sicherstellung der regelmäßigen Überwachung der Vitalfunktionen - bis zur Klärung der Kausalität, dann gezielt

Qualitative Bewusstseinsstörungen: Dämmerzustände

zeitlich begrenzte, Sekunden bis Wochen anhaltende Bewusstseinsstörungen bei erhaltener Handlungsfähigkeit

- in erster Linie bei Epilepsien (Status non-convulsivus)
- Symptome: „traumwandlerische“, verlangsamte, automatenhafte Bewegungen, versonnen-träumerisches Verhalten, abrupte Erregungszustände, verminderte Steuerungsfähigkeit (Fehlhandlungen, Gewalttaten, sexuelle Enthemmung), **Amnesie (!)**
- Therapie: Antiepileptika, gel. Haloperidol, Diazepam

Verwirrheitszustände:

Delir ohne Halluzinationen und vegetative Störungen

- Oft bei alten Menschen
- Gekennzeichnet durch Ratlosigkeit, Desorientiertheit, Unruhe/Erregung, starken Bewegungsdrang, Denkstörungen und Affektlabilität (Cave: wechselnde Stärke der Symptomatik)
- Häufige Ursachen: Internistische Erkrankungen (zerebrovaskulär), inadäquate Medikation, Flüssigkeitsmangel (!)
- Therapie: der Grunderkrankung, Flüssigkeitsgabe, evtl. Sedierung (Pipamperon, Melperon, Haloperidol)

Delirantes Syndrom

- Qualitative Bewusstseinsstörung
 - Desorientiertheit, Verwirrtheit
 - Verkennung der Umgebung
 - Optische Halluzinationen, illusionäre Verkennungen
 - Suggestibilität
 - Aufmerksamkeits-/ Auffassungs-/ Konzentrationsstörung
 - Störung der Kritik-, Urteilsfähigkeit
 - Angst / Unruhe bis hin zu starker Erregung
- Akute organische Psychose
- meist Alkoholentzug (Delirium tremens)
 - andere ZNS- / internistische / sonstige Erkrankungen
 - z.B. metabolische Störungen, Demenz, post-OP
 - medikamentös (z.B. Anticholinergika)

Alkoholentzugsdelir: Patientenbeschreibung

(aus Möller et al 2001)

„Zunächst bewegten sich nur bei Dunkelheit feststehende Gegenstände, am Tag fühlte ich mich eigentlich ziemlich „normal“. ...Die folgende Nacht war sehr schlimm, erst hüpfen Affen um das an der Zimmerdecke befestigte Fernsehgerät, beim Blick aus dem Fenster sah ich in den hohen alten Bäumen des Parks merkwürdige Gesichter zwischen den Ästen, die zu hässlichen Fratzen wurden. Ich ging im Krankenhausflur dann auf und ab, da schien mir, als käme der Nikolaus (es war Adventszeit) durch die verschlossene Glastür, wenn ich auf ihn zuing, bewegte er sich in gleichem Tempo rückwärts,... Kaum, dass ich wieder im Bett lag, gingen sonst zahme Tiere wie wilde Furien auf mich los. Sie gaben bedrohlich zischende Laute von sich. Ich verschwand unter der Bettdecke. Die Tiere zogen sich in den Hintergrund zurück, dann aber passierte noch etwas Schreckliches: Das Kruzifix an der Wand hing plötzlich quer und Rauch quoll drum herum. Jetzt glaubte ich, der Satan hatte mich in den Fängen. ...an diesem Tag sah ich Wasser in Strömen an den Zimmerwänden herunterlaufen und eine wachsende Überschwemmung auf dem Fußboden. ...abends tanzten kleine grüne Männchen auf der oberen Türkante.“

Katatonie

Katatonie ist gekennzeichnet durch ausgeprägte Störung der Motorik: entweder stuporöser Zustand mit Haltungsanomalien und –sterotypien, Mutismus und Rigor oder massive Erregungszustände (auch schneller Wechsel möglich)

... plus Fieber und vegetative Entgleisung = pernizöse Katatonie; akut lebensbedrohlich !

Stupor

- Zustand deutlich verminderter bzw. aufgehobener psychomotorischer Aktivität, *nicht* durch Schlaf oder quantitative Bewusstseinsstörung
- Umschreibungen: Phänomen der „Reglosigkeit“ oder von „Erstarren in Angst, Schreck und Ratlosigkeit“
- Vorkommen bei unterschiedlichen psychiatrischen Erkrankungen (v.a. bei Depression)
- Nach Besserung oft Amnesie

Minderschwere Ausprägung: Substupor

Minderschwere Ausprägung: Mutismus (verbale Kommunikation)

⇒ Augenbewegungen, Mimik wichtig, Abwehrbewegungen möglich

⇒ *Cave:* Exsikkose → Flüssigkeits- und Kalorienzufuhr !

⇒ Harn- oder Stuhlverhalt / -inkontinenz

⇒ medikamentöse Behandlung: Benzodiazepine (Lorazepam)

Übersicht. Differentialdiagnose kataton-stuporöser Zustände

- 1. *Funktionelle Psychosen*
 - katatone Schizophrenie,
 - gehemmte Depression.
- 2. *Hirnorganische Erkrankungen*
 - Meningoenzephalitits,
 - raumfordernde Prozesse,
 - Demenz,
 - Locked-in-Syndrom.
- 3. *Internistische Erkrankungen*
 - Urämie,
 - diabetische Ketoazidose,
 - Porphyrie,
 - Morbus Addison,
 - Hepatopathie.
- 4. *Psychogene Verursachung*
 - dissoziativer Stupor,
 - Konversionssymptomatik,
 - „Primitivreaktion“/“Totstellreflex“ nach Traumatisierung (akute Belastungsreaktion).
- 5. *Pharmakogen*
 - malignes neuroleptisches Syndrom,
 - Intoxikationen (Neuroleptika, Drogen),
 - Glukokortikoide.

Cave:

Ursachen
oft vital
gefährdend

Psychopharmakainduzierte Notfälle

- Malignes neuroleptisches Syndrom (MNS):

Motorische (katatone) Störungen mit Rigor, Tremor, Akinese, wechselnde Bewusstseinslage bis hin zum Koma, autonome Regulationsstörungen, Hyperthermie

⇒ Labor: CK-Erhöhung (meist auch von Transaminasen und alkalischer Phosphatase), Leukozytose, häufig auch Elektrolytentgleisung

Therapie:

⇒ Intensivüberwachung

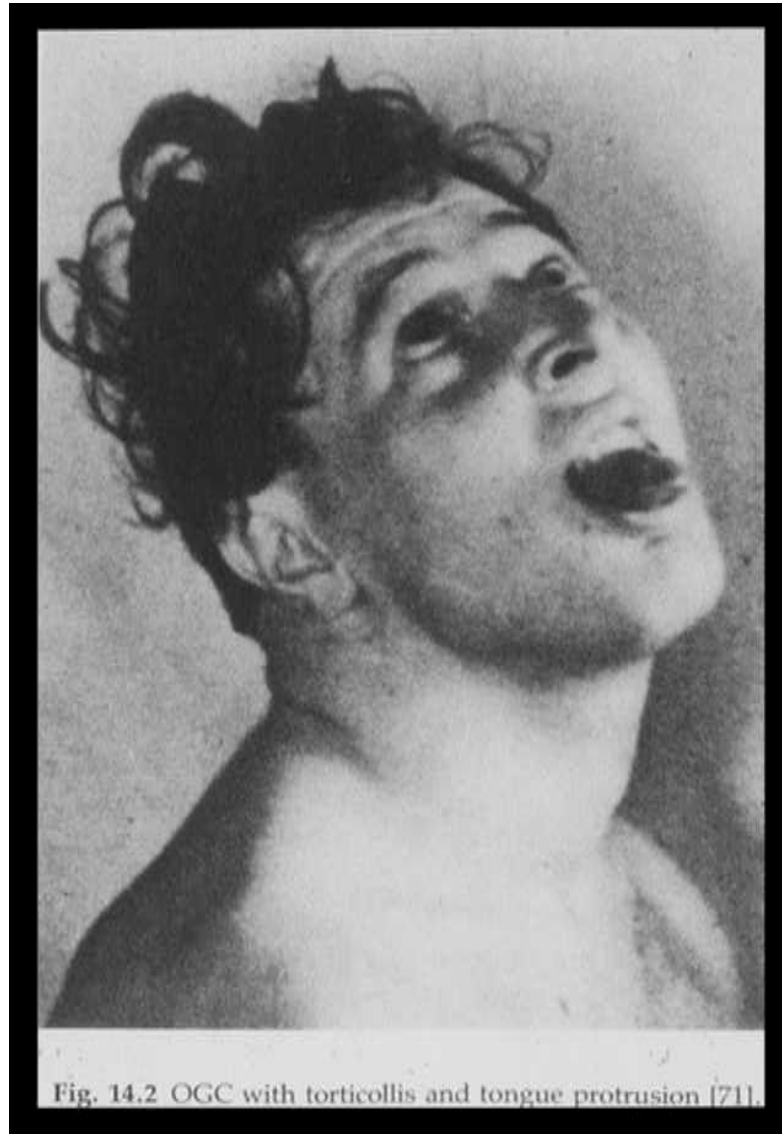
- o Absetzen aller Neuroleptika
- o Benzodiazepine (Lorazepam, Diazepam)
- o Dopaminagonisten (z.B. Bromocriptin)
- o Dantrolen (Muskelrelaxation)
- o Kühlung, Rehydrierung, Stabilisierung des kardiovaskulären Systems

Neuroleptikainduzierte akute Dystonie

Mindestens eines der folgenden Zeichen oder Symptome

- ✓ Haltungsanomalien von Kopf / Nacken (Retrocollis, Torticollis)
 - ✓ Verkrampfungen der Kiefermuskeln (Kiefersperre, Grimassieren)
 - ✓ Dysphagie, Zungenschlundkrampf, Dysphonie
 - ✓ Verwaschene oder undeutliche Sprache (Dysarthrie)
 - ✓ Vorstrecken der Zunge / Zungendysfunktion
 - ✓ Okulogyre Krisen
 - ✓ Haltungsanomalien der distalen Extremitäten oder des Rumpfes
- ⇒ Zusammenhang mit Neuroleptika
- ⇒ Nicht rückführbar auf psychiatrische oder neurologische Erkrankung

Neuroleptikainduzierte Dystonie -Torticollis



Psychopharmakotherapie in der Notfallpsychiatrie

Allgemeine Regeln

- Arzt mit Einsatz der Medikamente vertraut
- Präparate, die länger im Einsatz sind, sollten bevorzugt werden
- Möglichst wenige Wechselwirkungen mit anderen Präparaten
- Anwendung kann oral oder parenteral erfolgen
- Präparat ausreichend schnell wirksam und ausreichend hoch dosierbar

z.B. Bereithalten von:

- 1-2 Benzodiazepinpräparate, z.B. Lorazepam *kürzer*, Diazepam *lang wirksam*
- 2 Neuroleptika (hoch- und niederpotent), z.B. Haloperidol, Levomepromazin, *neu* Loxapin (inhalativ)
- 1 Anti-Parkinsonmittel, z.B. Biperiden
- 1 Antikonvulsivum, z.B. Valproinsäure
- 1 antidelirante/ antikonvulsive Substanz, Clomethiazol

Psychiatrische Notfälle – Rechtliche Aspekte

Einwilligung

- Jeder medizinische Eingriff – rechtlich gesehen eine Körperverletzung – ist prinzipiell strafbar. Therapeutische Maßnahmen sind gerechtfertigt, wenn die Einwilligung des Betroffenen nach ordnungsgemäßer Aufklärung vorliegt

Einwilligungsfähigkeit

- nur vorhanden, wenn Patient eigene gegenwärtige Situation und die sich aus ihr ergebenden Folgen einschätzen kann, wenn er die für die Behandlung relevanten Informationen versteht, sie rational verarbeiten und seine Wahl verständlich mitteilen kann
- Voraussetzungen im psychiatrischen Notfall oft nicht oder nicht ausreichend gegeben

Einwilligungsfähigkeit (Fortsetzung)

- Neben den schutzwürdigen Interessen des betroffenen Patienten sind in einem psychiatrischen Notfall auch berechnigte Interessen Dritter bzw. der Allgemeinheit zu berücksichtigen
- ***Mutmaßliche Einwilligung*** oder ***rechtfertigender Notstand***:
 - Unaufschiebbare ärztliche Handlungen, die nicht zuvor durch Richter oder dazu berechnigte Behörde genehmigt werden können, sind evtl. aus dem Gesichtspunkt der ***mutmaßlichen Einwilligung*** oder des rechtfertigenden Notstandes (§ 34 StGB) heraus möglich und straffrei
 - Arzt kann von *mutmaßlicher Einwilligung* ausgehen, wenn er annehmen kann, dass ein verständiger Kranker in dieser Lage bei angemessener Aufklärung eingewilligt hätte
 - Hierbei und bei Annahme *rechtfertigenden Notstandes* ist eine sorgfältige Abwägung der möglicherweise widerstreitenden Interessen bzw. Rechtsgüter erforderlich

Einwilligungsfähigkeit (Fortsetzung)

- In akuten Fällen können die zur sofortigen Gefahrenabwehr unbedingt notwendigen Maßnahmen im Sinne einer **Geschäftsführung ohne Auftrag** auch ohne die ausdrückliche Einwilligung des Patienten wahrgenommen werden
- Wichtig: sorgfältige Dokumentation des Vorgehens
- Direkt im Anschluss: Schaffung einer rechtlichen Grundlage
 - Betreuung nach Betreuungsgesetz
 - Unterbringung nach den Unterbringungsgesetzen der Bundesländer (LUG, PsychKG)

Unterbringung

- Nach den Bestimmungen der Unterbringungsgesetze der Länder (PsychKG, LUG) kann Unterbringung auch ohne die Zustimmung des Patienten erfolgen
- Wesentliche Voraussetzung für eine Unterbringung ist übereinstimmend die **unmittelbare Selbst- oder Fremdgefährdung** durch eine **psychische Erkrankung**
- Antrag auf Unterbringung kann durch jeden approbierten Arzt gestellt werden
- Anordnung der Unterbringung kann im Notfall durch die Ordnungsbehörde erfolgen
- Richterliche Entscheidung muss bis zum Ablauf des folgenden Tages erfolgen

PsychKHG Baden-Württemberg

- In Kraft getreten zum 01.01.2015
- Voraussetzung: **Selbst- oder Fremdgefährlichkeit** durch **psychische Erkrankung**
- Anordnung (durch Gericht) erfolgt nur auf Antrag
- Antrag kann durch die untere Verwaltungsbehörde oder die psych. Klinik erfolgen, in der sich die Person befindet
- **Ärztliches Zeugnis von Facharzt** für Psychiatrie/ KJP oder des Gesundheitsamtes notwendig
- **Fürsorgliche Aufnahme oder Zurückhaltung** (bevor Antrag gestellt) jedoch **für 2 Tage** möglich.
- Hier unverzügliche Untersuchung durch Arzt. Sofortige Entlassung, wenn Voraussetzungen nicht erfüllt.

PsychKHG Baden-Württemberg

Behandlung auch unter Zwang möglich,

- wenn krankheitsbedingt die Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit fehlt und die Behandlung dazu dient
 - eine **erhebliche Gesundheitsgefährdung** abzuwenden
 - die **tatsächlichen Voraussetzungen für ein selbstbestimmtes Leben in Freiheit** wiederherzustellen
- wenn die Behandlung dazu dient, **Lebensgefahr** oder gegenwärtige **erhebliche Gefahr für Gesundheit dritter Personen** abzuwenden



Betreuungsrecht (1992)

- Regelt Umgang mit volljährigen Patienten, die aufgrund psychischer Krankheit od. körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen können
- Gesetzliche Grundlagen im BGB
- Verfahren nach Bestimmungen des Gesetzes über Freiwillige Gerichtsbarkeit
- Betreuung kann u.a. bei Selbstgefährdung im Rahmen einer psychischen Erkrankung eingerichtet werden
- Betreuungsrecht legt Hierarchie von Befugnissen und Entscheidungswegen fest (Einwilligungsvorbehalt des Betreuers, Genehmigungsvorbehalt des Vormundschaftsgerichtes)

Betreuungsrecht (Fortsetzung)

- Für die Durchführung freiheitsentziehender Maßnahmen, d.h. Unterbringung auf einer geschlossenen Station, Fixierung und medikamentöse Sedierung, ist in jedem Fall die Zustimmung des Vormundschaftsgerichtes erforderlich (§ 1906 BGB)
- Die Anordnung einer Unterbringung kann im Einzelfall auch ohne die vorherige Bestellung eines Betreuers erfolgen (§1846 BGB)
- In diesen Fällen übernimmt das Gericht die Aufgaben des Betreuers bis zu dessen Bestellung

Zwangsunterbringung

Behandlung nach dem Betreuungsgesetz (BGB)

(zivilrechtliche Unterbringung, ersetzt Pflegschaftsgesetz seit 01.01.1992)

- wenn bereits Betreuung eingerichtet wurde
- zuständig ist ortsansässiges Amtsgericht (Betreuungsgericht)
- Unterbringung erfolgt i.d.R. auf Betreiben des Betreuers, wenn stationäre psychiatrische Behandlung auch gegen den Willen des Patienten erforderlich ist, weil Gefahr besteht, dass er/sie aufgrund seiner/ihrer geistigen/seelischen Behinderung sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt
- ohne Genehmigung ist die Unterbringung nur dann zulässig, wenn mit dem durch das Verfahren bedingten Aufschub Gefahr verbunden ist (Genehmigung muss dann unverzüglich nachgeholt werden)

Zwangsunterbringung

Behandlung nach den Unterbringungsgesetzen der Länder

(öffentlich-rechtliche Unterbringung)

- Voraussetzung: Psychische Krankheit und damit verbundene **akute Selbst- und/oder Fremdgefährdung**
- Ablauf: Polizei oder Verwaltungsbehörde leitet Verfahren ein, Arzt nimmt gutachtlich Stellung, zuständiger Amtsrichter entscheidet (nach persönlicher Anhörung) spätestens bis zum Ablauf des der Unterbringung folgenden Tages
- in der Regel erfolgt die sog. *vorläufige Unterbringung* für Dauer von höchstens sechs Wochen; ist Verlängerung erforderlich (was selten der Fall ist), so hat hierüber nach ärztlicher Stellungnahme erneut richterlicher Beschluss zu erfolgen

Gesetzliche Neuregelung vom 17.01.2013 (BGB, FamFG)

Zwangsbehandlung: Ausnahmeregelelegung für
Notsituationen

Neufassung des § 1906 BGB

Einwilligung des Betreuers in ärztliche Zwangsmaßnahme ist nur unter folgenden engen Voraussetzungen möglich:

- Einwilligungsunfähigkeit des Betreuten
- Abwendung eines dem Betreuten drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens
- Abwendung durch andere zumutbare Maßnahme nicht möglich
- Überwiegen des erwarteten Nutzen vs. zu erwartende Beeinträchtigungen
- Erfolglose Versuche, die Zustimmung des Betreuten zu der geplanten Maßnahme zu erreichen

- Richterliche Genehmigung erforderlich
- Sachverständigengutachten
- Bestellung eines Verfahrenspflegers



Traumatisiert die Psychiatrie?

Zwang in der Psychiatrie

- Unterbringung bei 6-35 % der Aufnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern

(Salize et al. 2007)

- Fixierung oder Isolierung bei 9 % der psychiatrischen Aufnahmen

(Steinert et al. 2007)

- medikamentöse Zwangsbehandlung bei ca. 1-5 % der psychiatrischen Aufnahmen

(Steinert u. Kallert 2006)

Zwang in der Psychiatrie

- Bei einer Quote von 5-10% von Zwangsmaßnahmen betroffenen Patienten sind in Baden-Württemberg pro Jahr 5000 – 10.000 Menschen von Zwangsmaßnahmen betroffen

(Statistisches Landesamt Baden Württemberg)

- Deutschlandweit müsste man von ca. 40.000 – 80.000 von Zwangsmaßnahmen betroffenen Menschen pro Jahr ausgehen

Was belastet Patienten bei Zwangmaßnahmen am häufigsten?

- bei Fixierung (N = 42):
 - Einschränkung der Bewegungsfreiheit (14)
 - Angst vor Verlassenwerden (9)
 - Abhängigkeit von der Hilfe anderer (4)
- bei Isolierung (N = 60):
 - Ich fühlte mich einsam (13)
 - Ich fühlte mich entwürdigt (12)
 - Ich konnte nicht verstehen, warum ich zwangsbehandelt wurde (12)

Ein Teil der Patienten lehnt die Zwangsbehandlung auch retrospektiv nachhaltig ab ...

- Greenberg et al. 1996
- Schaub-Römer 1997
- Haglund et al. 2003
- Längle et al. 2003
- Pieters 2003
- Längle et al. 2007

Kjellin L et al:

Ethical benefits and costs of coercion in short-term inpatient psychiatric care.

Psychiatr Serv 1997; 48: 1567-1570

- Ethische Kosten-Nutzenrechnung bei untergebrachten und freiwilligen Patienten (je n=84)

„Ethischer Nutzen“ (Interviews)

- Verbesserung der psychischen Gesundheit
- Behandlung mit Respekt
- Als Person nicht gedemütigt
- Keine weiteren Maßnahmen gegen den eigenen Willen

„Ethische Kosten“

- vice versa

Ergebnisse

- 33% ethischer Nutzen ohne Kosten
- 23% Kosten ohne Nutzen
(Selbsteinschätzung)
- Fremdeinschätzung: bei einigen Patienten
tatsächlich kein Nutzen

PTSD als Folge psychiatrischer Behandlung?

- *Shaw et al. 1997*: 52% postpsychot. PTSD, sowohl durch Symptome als auch Behandlung
- *Priebe et al. 1998*: 51 % PTSD, kein Zusammenhang mit unfreiwilliger Behandlung
- *Meyer et al. 1999*: 11 % PTSD. 69% der traumat. Symptome durch Krankheit, 24% durch Zwangsbehandlung

Coercive Treatment in Psychiatry: A Comprehensive Review", *run by the World Psychiatric Association (WPA)*



Dresden,
Germany,
June 6-8, 2007



- Psychiatrische Notfälle können „somatische“ Lebensgefahr, Lebensgefahr aufgrund von Suizidalität und Gefährdung Dritter beinhalten
- Psychiatrische Notfälle sind in der Regel mit existenziellen Ängsten verbunden
- Psychiatrische Notfälle erfordern (psycho-) pharmakologische und psycho-therapeutische Kompetenz
- Nicht nur der Psychiater wird mit psychiatrischen Notfällen konfrontiert (... und selten als erster)

Zwang in der Psychiatrie

Das letzte Mittel - Von Susanne Rytina



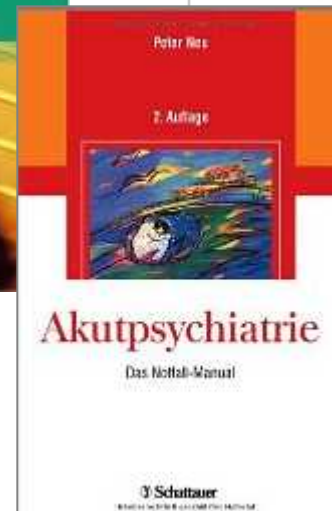
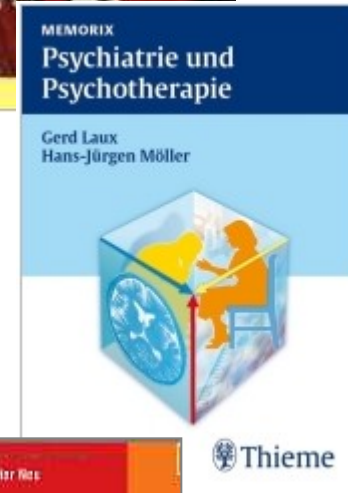
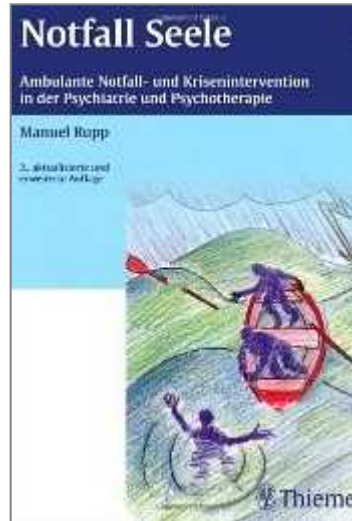
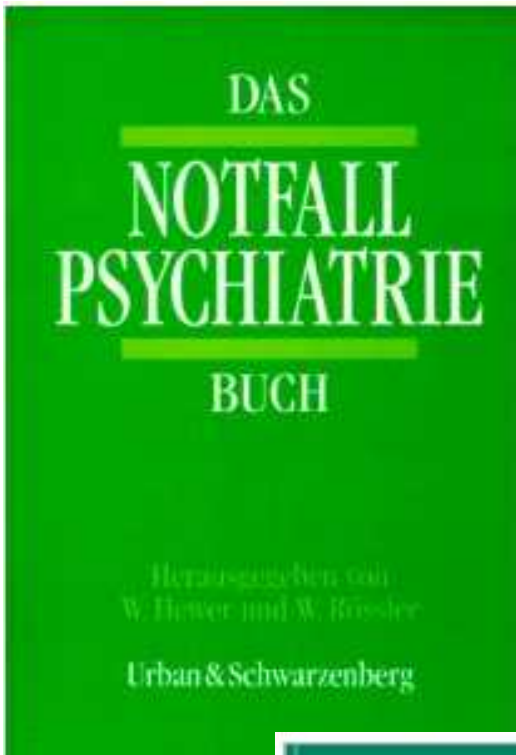
Aus:
Spiegel online
-Wissenschaft –

15.01.2012

Einsamer Patient (Symbolbild): Isolierung als äußerstes Zwangsmittel

Wenn nötig, dürfen psychiatrische Einrichtungen Patienten einsperren, ans Bett binden oder gegen ihren Willen mit Medikamenten versorgen. Was solche Zwangsmaßnahmen bewirken, ist aber noch relativ schlecht erforscht - genau wie die Frage, wie oft sie eigentlich eingesetzt werden.

Literatur



Mentoring-Programm der Young Psychiatrists der DGPPN

- Erfahrungen in der Psychiatrie und Psychotherapie aus erster Hand
- Kontakte zu Leitenden Ärzten
- Beteiligung an der Behandlung eines Patienten
- eigene Schwerpunkte setzen
- Krankenhaus, Klinik oder Praxis aus Ihrer Nähe
- kostenlose Teilnahme

NEUGIERIG auf Psychiatrie und Psychotherapie?



Für mehr Info siehe:

http://www.dgppn.de/de_mentoring-programm_233.html

Du bist gefragt – mach mit!

DGPPN-Mentoringprogramm
der Young Psychiatrists

Infos unter www.dgppn.de
Kontakt: mentoring@dgppn.de



Zugang zu den Vorlesungen haben Sie...

ohne Passwort

... über den Link:

http://www.uni-ulm.de/psychiatriell/lehre/materialien_vorlesungen.htm

=> Lehre

=> Studium

=> Vorlesungsmaterialien

... vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Prof. Dr. Thomas Becker
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II
der Universität Ulm
Bezirkskrankenhaus Günzburg
t.becker@uni-ulm.de
www.uni-ulm.de/psychiatrieII
www.bkh-guenzburg.de



bezirkskliniken
schwaben

