

# Gesprächsführung bei psychiatrischen Notfällen

# Notfall, oder?

**18.** „Die Einweisung des Patienten erfolgte durch den Notarzt, der vom Telefon des Vertrauens verständigt wurde, da Herr X. indirekt suizidale Absichten äußerte (er könne sich bei diesen Witterungsbedingungen – Glatteis – nicht auf das Gerüst auf dem „Knochenplatz“ begeben, an dem er sich erhängen wollte). **Der Notarzt traf ihn mit einem gebundenen Seil im Rucksack an.**“

**17.** „Einweisung per **Notarzt**, der nach suizidaler Geste (**Strick im Rucksack**) vom Pat. gerufen wurde. Überforderungserleben bei intrusiv-traumatischen Flashbacks, eine bereits für Ende Jan. 09 in Aussicht gestellte Traumatherapie in Dresden sei nicht zustande gekommen.“

**16.** „Aufnahme aufgrund von Überforderung im Alltag mit Panikattacken und Flashbacks bezüglich eines vor 14 Jahren erlebten Traumas (Suizid der Partnerin durch Sprung aus großer Höhe ein Jahr nach Tod des neugeborenen Sohnes) .... Der Patient stellte sich als **Selbstmelder** vor. **Er sei akut suizidal, habe einen Strick im Rucksack, sei von Suizidalität nicht abständig.** Nach einem dreimonatigem stationärem Psychotherapieaufenthalt in der Leipziger Uniklinik sei er gestern auf eigenes Drängen entlassen worden ...; sektorgemäß solle er im PKH behandelt werden. In Dresden sei ab Januar 09 eine Traumatherapie geplant ... Es gehe ihm darum, die Zeit bis zur Traumatherapie zu überbrücken. Suizidalität sei in letzter Zeit eine denkbare Möglichkeit, von den Flashbacks los zu kommen. Er sei aber hier, um die Reißleine zu ziehen.“

**15.** „... Nach dem letzten stationären Aufenthalt bei uns ... habe er sich nicht in ambulante Behandlung begeben, sondern sei nach Düsseldorf gefahren ... im Zug in einem stuporösen Zustand aufgefunden und im Anschluss mehrere Wochen stationär psychiatrisch behandelt worden. ... **Der Patient wurde über den Notarzt eingewiesen, nachdem er eine stationäre Aufnahme wünschte.** Am Aufnahmetag habe er vermehrt Flashbacks erlebt und habe so mit Verlust der zeitlichen und örtlichen Orientierung auf einer Bank gesessen.“

# Notfall, oder?

**12.** „Die Aufnahme von Herrn Y. erfolgte aufgrund der Angabe zunehmender Angst vor Herzerkrankung... Vorangehend sei er im St. Elisabeth Krankenhaus stationär behandelt wurden. Der Pat. war **allein 2009 sechs Mal** in unserer stationären Behandlung aufgrund herzphobischer Beschwerden und vielfach vorangegangener notärztlicher Vorstellungen (jeweils mit Ausschluss eines akuten Koronarsyndroms). Diesmal gab er an, er getraue sich nicht nach Hause, ohne Grund. Er glaube, sein Blut sei nicht in Ordnung, er habe eine Medikamentenallergie, mache sich zuviel Sorgen. **In der Herzlinik dürfe er sich nicht mehr vorstellen, die nähmen ihn nicht mehr dran, weil er zu oft da war;** er könne aber nicht glauben, dass alles in Ordnung sei. Er habe Angst, irgendwo umzukippen, Angst vor Schmerzen und Qualen, vor Tabletten. Vielleicht sei auch seine Schilddrüse nicht in Ordnung, er zittere oft und schwitze, habe Panikattacken.“

**11.** „Herr Y. war zuletzt im Mai und im Juli 2009 wegen herzphobischer Beschwerden in unserer stationären Behandlung. Er habe heute auf Fr. Dr. Z. gewartet, um sich einweisen zu lassen, sei die ganze Nacht durch die Gegend gelaufen. **In den letzten Wochen habe es vermehrt Arztbesuche gegeben, alle lachten über ihn, es koche in ihm, wenn der Notarzt ihn angrinse.** ... Er müsse etwas ändern, denn die Freundin werde ihn verlassen, es sei eigentlich schon Schluss. Er habe Angst, dass er dann seine Tochter nicht mehr sehen dürfe. **Seit 2003 habe er ca. 600mal Arzt- und Notarztbesuche gehabt.** Er möchte wieder schlafen können, möchte aus Furcht vor den Medikamenten außer Schlafmitteln keine Medikamente nehmen.“

# Einführung

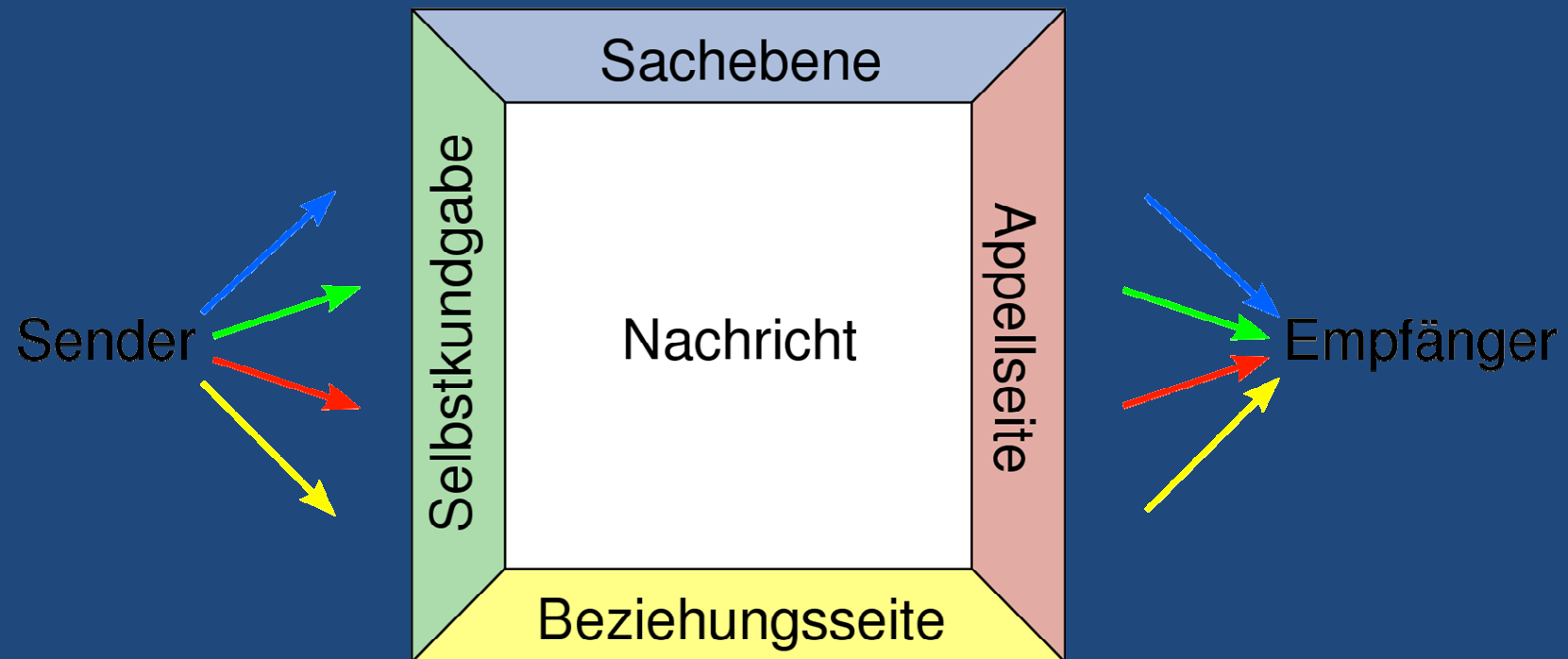
- Wie reagieren wir, wenn wir etwas nicht verstehen?
  1. ängstlich
  2. amüsiert, heiter

Grund: *Unverständnis*

- Themen des Vortrages:
  1. Verständnis für den Patienten
  2. Eigene Sicherheit im Umgang mit dem Patienten sowie Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit der Helfer
  3. Stimmige Kommunikation im Notfall

# Stimmige Kommunikation

## „Kommunikationsquadrat“

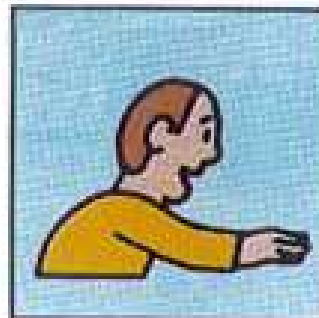


# Stimmige Kommunikation

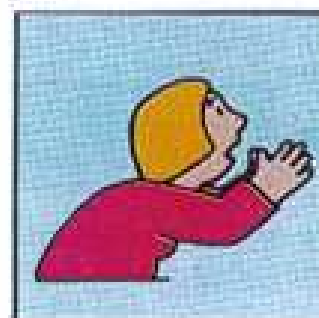
## Typische Kommunikationsstile



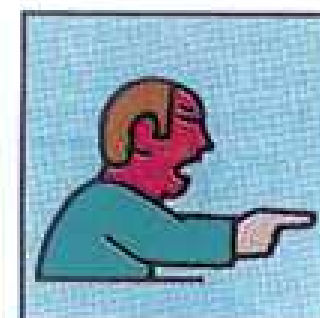
Bedürftig-abhängiger Stil



Helfender Stil



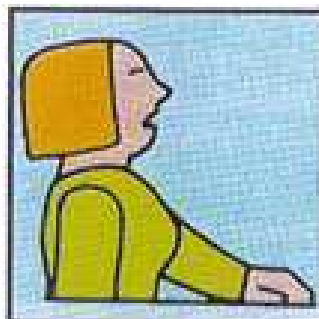
Selbst-loser Stil



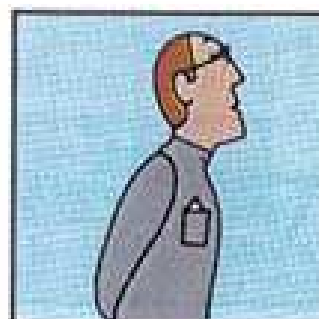
Aggressiv-entwertender Stil



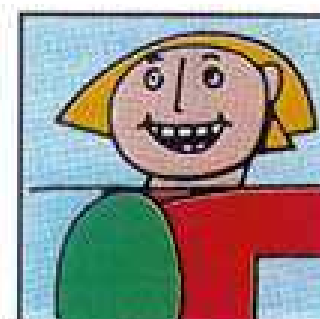
Sich beweisender Stil



Bestimmend-kontrollierender Stil



Sich distanzierender Stil



Mitteilungsfreudig-dramatisierender Stil

Typische Kommunikationsstile (nach Schulz von Thun, 1989).

# Stimmige Kommunikation

		<i>Dem Anlass und der Situation...</i>	
		<i>... entsprechend</i>	<i>... nicht entsprechend</i>
<i>Mir selbst ...</i>	<i>... gemäß</i>	<b>stimmig</b>	<b>daneben</b>
	<i>... nicht gemäß</i>	<b>angepaßt</b>	<b>verquer</b>

**Stimmigkeit** = Übereinstimmung des Handelns / Kommunizierens

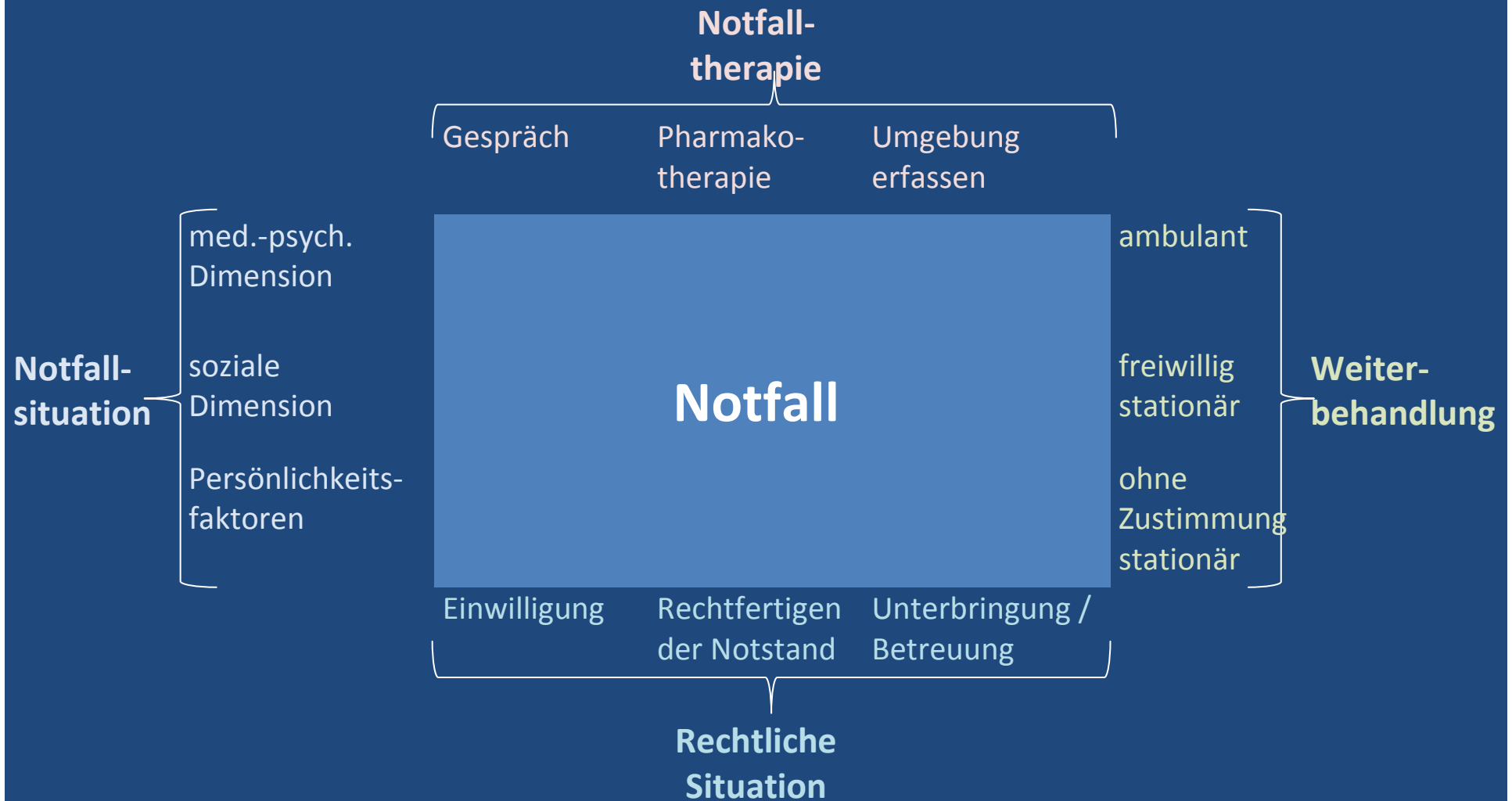
- mit mir selbst
- dem Anlass, der mich mit dem anderen zusammenführt
- dem Charakter der Situation

# Psychiatrischer Notfall

- Definition „Psychiatrischer Notfall“:
  - zumeist durch eine Krankheit bedingt
  - unmittelbarer Handlungszwang
  - akute Gefahr für die Gesundheit des Patienten oder anderer
  - sofortige symptomorientierte Therapie erforderlich
- Wichtige psychiatrische Notfälle:
  - Erregungszustände
  - akute Suizidalität
  - delirante Syndrome / Verwirrheitszustände
  - alkohol- und drogeninduzierte Notfälle
  - Angst- und Panikstörungen
  - Stupor / Katatonie



# Psychiatrischer Notfall



# Psychiatrischer Notfall

- **Epidemiologie:**

- keine ausreichenden Daten vorhanden
- Zunahme der Häufigkeit psychiatrische Notfallsituationen
- Gründe dafür: Verkürzung vollstationärer Behandlung  
Anstieg der Lebenserwartung  
Zunahme der Suchtproblematik  
erweiterte Interventionsmöglichkeiten in Somatik

- **Diagnose und Differentialdiagnose:**

- psychiatrische Notfallsituationen: kein rein medizinisches Problem
- hinzu kommen: Persönlichkeitsfaktoren des Pat.  
soziale bzw. Umgebungsfaktoren  
rechtliche Aspekte

# Grundsätze psychiatr. Notfalltherapie

- **Kontakt zum Patienten:**

- Erste Minuten entscheidend für weiteres Geschehen
- Häufig hektisches und unübersichtliches Verhalten aller Beteiligten

→ *Ruhiges und überlegtes Auftreten,  
soweit möglich ausreichend Zeit nehmen*

→ *Den Patienten ernst nehmen,  
auch bei fehlendem Bezug zur Realität*

→ *Keine Bagatellisierung von Beschwerden*

- **Fremdanamnese:**

- allg. Angaben; → auch zur akuten Eigen- und Fremdgefährdung
- Beobachtung des Umfeldes

# Grundsätze psychiatr. Notfalltherapie

- Psychopharmakotherapie in der Notfallsituation:
  - nach vorherrschender Symptomatik, nicht nach Diagnose
  - Medikament muss dem Erstbehandler bekannt sein
  - Präparate, deren Wirkungen und Nebenwirkungen bekannt sind
  - oral o. parenteral, schnell wirksam und ausreichend hoch dosieren
- Folgende Psychopharmaka sind in der Notfalltherapie ausreichend:
  - 2 Neuroleptika, hoch- und niederpotent (z.B. Haloperidol und Promethazin, Melperon, Pipamperon)
  - 1 Benzodiazepin (am besten Lorazepam oder Diazepam)
  - 1 Antikonvulsivum (Valproinsäure, Carbamazepin oder Benzodiaz.)
  - 1 Antiparkinsonmittel (Biperiden)
- Weiterbehandlung:
  - bewußtseinsgetriebte Pat. gehören immer auf eine ITS oder IC

# Häufige psychiatrische Notfälle

1. Erregungszustände
2. Akute Suizidalität und selbstschädigendes Verhalten
3. Angst und Panik
4. Bewußtseinsstörungen, einschließlich delirante Syndrome
5. Drogennotfälle, Alkohol
6. Katatoner Stupor, Frühdyskinesie, akute Dystonie, malignes neuroleptisches Syndrom

Anmerkung: (4-6) sind nicht Gegenstand dieses Vortrages

# 1. Erregungszustände

- gehören zu den häufigsten psychiatrischen Notfallsituationen
- Steigerung von Antrieb und Psychomotorik, affektive Enthemmung und Kontrollverlust bis raptusartige Gewalttätigkeiten
- **Erstkontakt:**
  - *Ausmaß und Bedrohung durch den Pat. abschätzen*
  - *Sicherheit von Personal und Bezugspersonen gewährleisten*
  - *Reizabschirmung*
  - *Abklären: Bereitschaft zu Gespräch und ggf. Untersuchung*
  - *Ruhe und Zeit für die Exploration*
  - *eindeutige Vermittlung des geplanten Vorgehens*

# 1. Erregungszustände

- Ursachen:
  - Schizophrenie
  - Manie
  - agitierte Depression
  - hirnorganische Psychosyndrome
  - Intoxikation / Entzug
  - internistische Erkrankungen
  - psychogene Reaktionen bei akuten Belastungsreaktionen oder Persönlichkeitsstörungen
- Diagnostik:
  - durch Unkooperativität des Pat. und Handlungsdruck erschwert
  - äußere Erscheinung, Vegetativum

# 1. Erregungszustände

<u>Grundkrankheit</u>	<u>Medikation</u>	<u>Dosierung</u>
Schizophrenie Manie	Tavor® (auch als expidet) Diazepam Haloperidol	2 – 2,5 mg p.o. oder i.v. 5 – 10 mg p.o. oder i.v. 5 – 10 mg p.o. oder i.v.
Agitierte Depression	Tavor® Diazepam Pipamperon Melperon	s.o. s.o. 40 mg p.o. 25-50 mg p.o. bzw. i.m.
Angst und Panik	Tavor® Diazepam	s.o. s.o.
Symptomatische Psychosen bei somatischen Erkrankungen	internistische Therapie Haloperidol Pipamperon Melperon	2,5-5-10 mg p.o. oder i.v. s.o. s.o.



# 1. Erregungszustände

<u>Grundkrankheit</u>	<u>Medikation</u>	<u>Dosierung</u>
Alkoholintoxikation	Haloperidol	10 – (20) mg i.v.
Horrortrip	Diazepam	10 mg i.v.
Psychogene Erregungszustände	Diazepam Tavor®	5 – 10 mg p.o. oder i.v. 1 – 2 mg p.o. oder i.v.

## 2. Suizidalität

- **Zeichen:**
  - depressive Verstimmtheit
  - Angst
  - Hoffnungslosigkeit
  - Ärger
  - Verlust der Impulskontrolle
- Jährlich sterben in D. ca. 10.000 – 14.000 Menschen durch Suizid
- **Erscheinungsformen:** Suizid, Parasuizid
- **Risikogruppen:** Menschen mit • psychischen Erkrankungen • vorherigen Suizidversuchen • höherem Alter • Entwicklungs- und Beziehungskrisen, Drogen- und fam. Problemen • traumatischen Situationen • schmerzhaften, chronischen, lebenseinschränkenden Erkrankungen

# 2. Suizidalität

- Erkennung und Abschätzung :

- „Treppe zum Suizid“:

- Ich möchte ausruhen und tief schlafen.
- Das Leben gefällt mir nicht mehr.
- Ich möchte schlafen, ohne je zu erwachen.
- Wenn ich sterben würde, wäre es mir recht.
- Ich denke häufig nur noch ans Sterben.
- Ich sehe meine Situation ohne Hoffnung.
- Mir bleibt letztlich nur noch der Tod.
- Ich überlege, wie ich mich töten würde.
- Ich träume nachts von einem Suizid.
- Ich habe für den Suizid alles vorbereitet.
- Ich lasse mich durch nichts mehr abhalten.

- *Abschätzung von Zukunftsorientierung und bestehender Hoffnung*

## 2. Suizidalität

- Behandlung:

- Ausführliches, offenes und einfühlsames Gespräch
- Suizidalität direkt ansprechen = für den Patienten entlastend
- Cave: keine Bagatellisierung, oberflächliche Aufmunterung
- Cave: keine aggressiv-abwehrenden Verhaltensweisen
- Cave: Gegenübertragung – „Pat. löst in uns seine Gefühle aus“
- „Demonstrativer Suizidversuch“ ist häufig eine Fehleinschätzung

Akute Suizidalität indiziert grundsätzlich **Psychopharmakotherapie**, basierend auf der orientierenden Zuordnung des Krankheitsbildes:

1. symptomatische Sedierung – Benzodiazepin, z.B. 1-2,5 mg Tavor expidet®
2. bei Schizophrenien – ggf. Zugabe von einem Neuroleptikum, z.B. 5-10 mg Haloperidol
3. selbstschädigendes Verhalten bei Persönlichkeitsstörungen – Benzodiazepin
4. alkoholintoxikierte Patienten – keine Benzodiazepine, dafür 5- 10 mg Haloperidol

# 3. Angst und Panik

- Angststörungen — relativ häufig, werden dann zum Notfall, wenn die Angstsymptomatik eine Intensität erreicht hat, dass der Patient das Gefühl hat, die Kontrolle über sich zu verlieren, lebensbedrohlich erkrankt oder hilflos einer fremden Umgebung ausgeliefert zu sein
- Auftreten panikartiger Verhaltensweisen mit hochgradiger Erregung und Unruhe
- Angst ist ein unspezifisches Symptom
- Differentialdiagnostik:
  - internist. o. neurolog. Erkrankung
  - psychische Erkrankung
  - Abhängigkeitserkrankung
  - eigenständige Angststörung
  - Intoxikation oder Entzug
  - akute Belastung (Anpassungsstörung)

# 3. Angst und Panik

- Therapie:
  - primär ursachenorientiert
  - symptomatisch – Benzodiazepin mit raschem Wirkungseintritt,  
z.B. 1-2,5 mg Tavor expidet® p.o. oder 1-2 mg i.v.
  - bei psychotischen Angstzuständen ggf. Zugabe Neuroleptikum,  
z.B. 5-10 mg Haldol® p.o. oder i.v.
- Panikstörung:
  - Rezidivierendes Auftreten von Panikattacken  
= anfallsweise plötzliche Angst mit multiplen körperlichen Symptomen
  - Ängste treten oft ohne Auslöser auf, halten 10-30 Minuten an
  - Akuttherapie wie oben
  - wichtig ist Orientierung auf fachspezifische (Langzeit-)behandlung

# Erste psychologische Hilfe bei Trauma

- *Emotionale Präsenz* („Ich bleibe bei Ihnen“)
- *Sprechen und aktives Zuhören*
- *Abschirmen* vor Gaffern
- vorsichtige *Berührung* (Zudecken) und
- *soziale Hilfe* („Soll ich jemanden benachrichtigen?“)
  
- „Flashback-Kontrolle“
  - Frage nach der traumatischen Situation, kognitive Kontrolle, berichten lassen
  - Psychoedukation über mögliche posttraumatische Symptome und Hilfen
  - Normalisierungsintervention
  
- **Für „Blaulichtberufe“**: Training für den psychologischen Selbst- und Fremdschutz → *Peer-Support-System*

# Nochmals: Stimmige Kommunikation

„Und wäre ich auch rhetorisch geschult und dialektisch trainiert,  
hätte aber kein Herz für mein Gegenüber,  
kein Gefühl für mich selbst  
und kein Gespür für die Situation,  
dann wäre alle meine Kunst nur eine Optimierung von  
Sprechblasen,  
ohne Verbindung von Mensch zu Mensch.“