

Psychiatrische Dienste Aargau AG (PDAG)

Urs Hepp

Psychiatrische Notfallsituationen im ambulanten Setting

Psychiatric Emergencies in the Outpatient Setting

Zusammenfassung

Psychiatrische Notfallsituationen sind belastend und zeitintensiv. Eine eingehende Diagnostik ist meist nicht möglich, die Behandlung zielt auf Symptome/Syndrome. Für die meisten Behandlungen gibt es nur wenig Evidenz, viele Behandlungsempfehlungen beruhen auf Expertenmeinungen/Good Clinical Practice. Zielsymptome sind psychomotorische Erregungszustände, Aggressionen, delirante Symptome, psychotische Symptome, sowie Ängste (psychotische und nicht-psychotische). Pharmakologische Interventionen zielen auf Sedation, antipsychotische Wirkung und Anxiolyse (angstlösende Wirkung). Differenzialdiagnostisch sind somatische Ursachen und Komorbiditäten zu beachten. Bei Delirien sollten immer die Ursachen behandelt werden. Notfallsituationen verlangen unmittelbares Handeln, die Handlungsoptionen sind jedoch begrenzt. Gelingt es durch erste Interventionen die Notfallsituation in eine Krisendynamik zu überführen, gewinnt man nicht nur Zeit, sondern es eröffnen sich auch mehr Handlungsspielräume.

Schlüsselwörter: Notfallpsychiatrie – Suizidalität – Delirium – Krisenintervention

Einleitung

Jeder sechste ärztliche Notfalleinsatz ist ein psychiatrischer Notfall [1,2]. Psychiatrische Notfallsituationen belasten die hausärztliche Praxistätigkeit überproportional [2]. Sie sind zeitintensiv, und es fehlen klare Algorithmen, wie es sie für viele somatische Notfallsituationen gibt. In der Regel herrscht sehr viel Druck. Die Autonomie der Patienten ist eingeschränkt, oft sind die Patienten selber nicht freiwillig zu einem Gespräch bereit. Während Patienten mit somatischen Notfällen i.d.R. froh sind, wenn der Arzt kommt, erkennen die Betroffenen in psychiatrischen Notfallsituationen die Notwendigkeit einer Behandlung oft nicht und widersetzen sich entsprechenden Angeboten und Massnahmen. Es besteht möglicherweise Selbst- und/oder Fremdgefährdung. Zusätzlich zu den biopsychosozialen Fragestellungen kommen juristische Überlegungen ins Spiel.

Vom Notfallarzt wird ein aktives Vorgehen erwartet, dabei fehlen meist relevante Informationen: Die (psychiatrische) Vorgeschichte lässt sich nicht oder nur begrenzt explorieren, eine körperliche Untersuchung und Laboruntersuchungen werden evtl. verweigert. Der Notfallarzt muss also ohne genaue Diagnose handeln und sollte dabei möglichst nicht schaden. Insbesondere sollten somatische Ursachen oder Komorbiditäten nicht übersehen werden [3,4]. Das Ansprechen auf Psychopharmaka spricht keineswegs gegen eine organische Ursache!

Notfall oder Krise?

Die Unterscheidung zwischen Notfall und Krise ist nicht bloss von akademischem Interesse, sondern sie hat klar handlungsweisende Auswirkungen. Die Notfalldynamik ist gekennzeichnet durch hohe Dringlichkeit und akuten Handlungsbedarf (Minuten/Stunden). Der Arzt ist in der aktiven, der Patient ist in der passiven Rolle, die Interventionen sind auf das Individuum zentriert. Im Gegensatz dazu ist die Krisendynamik gekennzeichnet durch weniger hohe Dringlichkeit, der zeitliche Rahmen des Handlungsbedarfs ist grösser (24–48 h), die Interventionen sind individuen- und systemorientiert [5].

Wenn es gelingt, aus der Notfall- in eine Krisendynamik zu kommen, dann wird nicht nur Zeit gewonnen, es eröffnen sich zugleich sehr viel mehr Handlungsoptionen und es gelingt viel besser, den Betroffenen Verantwortung für die Entscheidungen zurückzugeben. Es lohnt sich zu überlegen, woher am meisten Druck kommt und oft gelingt es durch relativ einfache Interventionen, Druck abzubauen, Gefahren zu mindern und so aus der Notfalldynamik herauszukommen.

Fallbeispiel

Ein junger Mann ist depressiv und auf Nachfragen hin äussert er starke Suizidimpulse. Er habe auch schon konkrete Gedanken: Zuhause habe er ein Sturmgewehr und Munition und das wäre für ihn ein «sicherer Weg». In einer sol-

chen Situation kann man den Patienten kaum nachhause gehen lassen. Eine psychiatrische Hospitalisierung, wenn nötig auch gegen den Willen des Betroffenen, drängt sich auf. Viel Handlungsspielraum besteht primavista nicht. Gelingt es aber, mit dem Patienten zu verhandeln, dass das Gewehr sichergestellt wird und somit die unmittelbare Gefahr gebannt ist, so ist der initiale Druck weg, und es eröffnen sich neue Handlungsspielräume und eine ambulante Krisenintervention kann erwogen werden.

Der Fall zeigt, dass erste Interventionen nicht zwingend auf der psychischen Ebene erfolgen müssen, sondern auch andere Massnahmen zu einer deutlichen Entlastung, sowohl auf Seiten der Patienten und Angehörigen als auch auf Seiten des Notfallarztes, führen können.

Evidenz der Notfallbehandlungen

Viele der Behandlungsempfehlungen im Bereich der psychiatrischen Notfallbehandlung basieren auf Expertenwissen und sind nur sehr begrenzt durch kontrollierte Studien gestützt [1,6–8]. Gerade auch viele pharmakologische Empfehlungen beruhen auf dem Evidenzniveau der «Good Clinical Practice».

Eine gute Übersicht zu Diagnostik sowie zu nicht-pharmakologischen und pharmakologischen Interventionen bei agitierten Patienten wurde in einer Reihe von Artikeln publiziert [3,4,9–11]. Die Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften publizierte 2004 Richtlinien zu Zwangsmassnahmen in der Medizin mit besonderem Fokus auf psychiatrische Notfallinterventionen, allerdings sind die Neuerungen des Kindes- und Erwachsenenschutzrechts darin noch nicht enthalten [12].

Störungsbilder

In Notfallsituationen ist naturgemäss eine eingehende Diagnostik nicht mög-

Tab. 1: Primäre und sekundäre psychiatrische Notfälle

Auslöser der Notfallsituationen	Beispiele
Eine primäre psychiatrische Störung ist Ursache der Notfall-Situation	Psychotische Störungen Affektive Störungen
Ein «internaler» oder «externaler» psychischer Auslöser/Stressor führt zu einer Krisen-/Notfallsituation und zu einer Beeinträchtigung der psychischen Integrität	Anpassungsstörungen Akute Belastungsstörung
Somatische/hirnorganische Ursachen, medikamentöse Nebenwirkungen, Intoxikationen führen zu psychiatrischen Notfallsituationen	Delir Primär hirnorganische psychische Störung Alkohol-/Drogenintoxikationen

lich und oft auch nicht nötig [1,3,4]. Es spielt z.B. keine wesentliche Rolle, ob es sich bei einer Depression um eine einmalige depressive Episode, um eine rezidivierende depressive Störung oder um eine bipolare Störung handelt. Für die langfristige Behandlung sind diese Unterscheidungen durchaus von Bedeutung und handlungsrelevant, nicht aber für das kurzfristige Notfallmanagement [13–15].

In der Notfallsituation ist man häufig mit Störungsbildern, Symptomen und Syndromen konfrontiert, ohne dass die zugrundeliegende Ursache in jedem Fall klar ist. So kann ein manisches Syndrom im Rahmen einer bipolaren Störung als Folge einer hormonellen Störung (z.B. M. Cushing, Hyperthyreose), einer hirnorganischen Störung (z.B. Multiple Sklerose, Neurolyues) oder als Nebenwirkung von Medikamenten (z.B. Kortikosteroide) auftreten.

In der Praxis ist folgende Unterscheidung sinnvoll: Ist eine psychiatrische Krise primär aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung entstanden? Ist sie eine Folge eines internalen oder externalen (psychischen) Stressors? Ist sie Symptom einer somatischen oder hirnorganischen Erkrankung, pharmakologischer Nebenwirkungen oder einer Intoxikation? Im ersten Fall wird sich die Behandlung auf die zugrundeliegende psychiatrische Störung fokussieren. Im zweiten Fall werden die Interventionen eher auf die Elimination der Stressoren abzielen. Im dritten Fall sollten die zugrundeliegenden somatischen Ursachen behandelt werden (Tab. 1).

In Tabelle 2 sind die wichtigsten Störungsbilder und deren notfallrelevanten Auswirkungen aufgeführt.

Pharmakotherapie

Bei pharmakologischen Interventionen gilt der Grundsatz «primum nil nocere» ganz besonders. Bei Intoxikationen sollte möglichst auf atemdepressive Substanzen verzichtet werden (Benzodiazepine). Bei alkoholbedingten Delirien sollten z.B. keine Glukoseinfusionen ohne Thiamin substitution erfolgen, wegen der Gefahr einer Wernicke-Enzephalopathie. Die Wahl der Medikamente ist nicht nur vom Zustand des Patienten abhängig, es kommt immer auch auf das Setting an: Auf einer interdisziplinären Notfallstation mit der Möglichkeit, Patienten zu überwachen, und notfalls auch zu intubieren, kann auch ein alkoholisierter Patient mit einer Comotio cerebri sediert werden, z.B. um eine Computertomographie des Schädels zu ermöglichen. In einer Hausarztpraxis oder bei einem Notfall-Einsatz beim Patienten zuhause fehlen i.d.R. logistische und personelle Ressourcen, um den Patienten zu überwachen und gegebenenfalls auch zurückzubehalten. Hier wird man den Einsatz von Medikamenten zurückhaltender beurteilen müssen.

In psychiatrischen Notfallsituationen sind Medikamente oft sinnvoll, deren Applikation jedoch problematisch, wenn die Patienten nicht bereit sind, die Medikamente freiwillig einzunehmen [11,12]. Es ist deshalb zu überlegen, ob sich der Aufwand lohnt, die Patienten

Tab. 2: Störungsbilder und häufige damit verbundene Probleme in der Notfallsituation (ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

Störungsbilder	Probleme im Rahmen der Notfallsituation
Organische, symptomatische psychische Störungen (ICD-10: F0)	
<ul style="list-style-type: none"> • Demenzielle Störungen • Delir • Psychische-, Verhaltensstörungen bei Schädigung/Funktionsstörung des Gehirns 	Meist kein Krankheitsbewusstsein Keine Urteilsfähigkeit Häufig komorbide somatische Störungen Delirien werden oft verkannt (Fluktuation! Verwirrung vor allem nachts)
Störungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10: F1)	
<ul style="list-style-type: none"> • Alkohol • Heroin/ Kokain • Halluzinogene • Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB)/Gamma-Butyrolacton (GBL) etc. 	Oft somatische Komplikationen (z.B. Atemdepression, Herz-Kreislaufprobleme) Häufig Substanz(en) nicht bekannt Psychische Folgen: Störungen des Bewusstseins (quantitativ/qualitativ), Halluzinationen, affektive Symptome, Agitiertheit/Aggressionen, mangelndes Gefahrenbewusstsein (cave: Strassenverkehr!), Sturzgefahr, Entzugserscheinungen im Verlauf/Delir
Schizophrenien, wahnhaftige Störungen (ICD-10: F2)	
<ul style="list-style-type: none"> • Paranoid-psychootische Zustände • Katatone Zustände 	Meist kein Krankheitsbewusstsein/keine Urteilsfähigkeit, schwer einschätzbare Selbst- und Fremdgefährdung Bei Katatonie zusätzlich somatische Probleme (Exsikkose, Thromboembolien)
Affektive Störungen (ICD-10: F3)	
<ul style="list-style-type: none"> • Manische Episode • Depressive Episode 	Manie: meist kein Krankheitsbewusstsein/keine Urteilsfähigkeit, meist keine unmittelbare Selbstgefährdung («Leib u. Leben»), Belastung der Angehörigen, soziale Gefährdung (z.B. finanziell, Rufschädigung, riskantes Sexualverhalten) Depressionen: hohes Suizidrisiko
Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD-10: F4)	
Für Notfallpsychiatrie relevante Störungen: <ul style="list-style-type: none"> • Angsterkrankungen • Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen • Dissoziative Störungen 	Angsterkrankungen: Im Notfall häufig Panikattacken/-störungen; Patienten haben meist das Gefühl, an einer körperlichen Erkrankung (Herzinfarkt) zu leiden; Wichtig: Körperliche Ursache ausschließen, Beginn mit Psychoedukation bereits in der NF-Situation Dissoziative Störungen: Organisch-neurologische Störungen müssen ausgeschlossen werden; oft schwierige Differenzialdiagnose (neurologische Störung, epileptische Störung, katatone Schizophrenie)
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (ICD-10: F5)	
Für Notfallpsychiatrie relevante Störungen: <ul style="list-style-type: none"> • Essstörungen 	Essstörungen: Somatische Notfälle im Zusammenhang mit schwerem Untergewicht (allgemeine Schwäche/Erschöpfung, Elektrolytentgleisungen/Herzrhythmusstörungen, Frakturen etc.) Psychische Notfälle: Selbstverletzendes Verhalten/Suizidalität; Alkohol-/Drogenprobleme; schwere familiäre Krisensituationen
Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F6)	
Für Notfallpsychiatrie relevante Störungen: <ul style="list-style-type: none"> • Emotional instabile/Borderline-Persönlichkeitsstörungen • Narzisstische Persönlichkeitsstörungen • Dissoziale Persönlichkeitsstörungen 	Emotional instabile/Borderline-Persönlichkeitsstörungen: (wiederholte) Selbstverletzungen (Schnittverletzungen, Verbrennungen, Schlucken von gefährlichen Gegenständen etc.) Narzisstische Persönlichkeitsstörungen: Kränkbarkeit, Suizidalität Dissoziale Persönlichkeitsstörungen: (Selbst- und) Fremdgefährdung

zu motivieren oder gar gegen deren Willen zu medizieren. Dabei helfen auch pharmakokinetische Überlegungen: Bei peroraler und selbst bei intramuskulärer Applikation geht es relativ lange, bis die maximale Wirkstoffkonzentration im Blut erreicht wird. Mit anderen Worten: Selbst wenn die Patienten die

Medikamente erhalten, muss noch einige Zeit bis zum Eintritt der Wirkung überbrückt werden. Wenn von Beginn weg klar ist, dass eine Einweisung in eine

Medikamente erhalten, muss noch einige Zeit bis zum Eintritt der Wirkung überbrückt werden. Wenn von Beginn weg klar ist, dass eine Einweisung in eine

Tab. 3: Notfallmedikamente (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) [7,11,17]

	Applikationsform	T _{max}	T _{1/2}	Dosierung
Neuroleptika				
Haloperidol	p.o.	3–6h	12–38h	0,5–5 mg (bei älteren Patienten niedrig dosieren)
	i.m. (nicht i.v.!)	20 min	12–38 h	5 mg
Olanzapin	p.o.	5–8 h	29–55	5–10 mg
	i.m.	15–45 min	29–55	5–10 mg
Levomepromazin	p.o.	1–4 h	15–30 h	25–50 (-100)
	i.m. (nicht i.v.!)	0,5–1,5 h	15–30 h	25–50 (-100)
Benzodiazepine				
Lorazepam	p.o.	2–3 h	12–16 h	1–2,5 mg
Midazolam	i.m.	30 min	1,5–3,5 h	5–10 mg
	i.v.*	sofort	1,5–3,5 h	1 mg bolusweise

T_{max} = Zeitpunkt der maximalen Plasmakonzentration (Quelle: www.compendium.ch)

T_{1/2} = Halbwertszeit (Quelle: www.compendium.ch)

* i.v.-Applikation nur auf einer Notfallstation/Intensivstation

psychiatrische Klinik unumgänglich ist, dann kann es mehr Sinn machen, die Zeit dazu zu nutzen, die Einweisung so rasch als möglich zu organisieren und nicht allzu viel Zeit auf die Medikamente zu verwenden.

Andererseits können Medikamente, neben der pharmakologischen, auch psychologische Wirkung entfalten. Wer kennt nicht die Situation, dass ein Patient mit Panikattacke eine Tablette Lorazepam einnimmt und innert Sekunden gehen die Symptome weg? Es ist aus pharmakokinetischer Sicht klar, dass dies nicht der pharmakologischen Wirkung zuzuschreiben ist. Dieser Placeboeffekt kann aber gerade in Notfallsituationen gezielt genutzt werden. Patienten und vor allem auch Angehörige sind oft enorm erleichtert, wenn die Tablette geschluckt ist; dies alleine führt oft zu einer deutlichen Entspannung der Situation. In psychiatrischen Notfallsituationen kommt man mit relativ wenigen Substanzen aus. Wichtig ist auch, dass man die Medikamente, die man einsetzt, gut kennt und sich auf deren Wirkung verlassen kann. Dies gibt Sicherheit, die man auch gegenüber den Patienten und

Angehörigen ausstrahlt, was mindestens so wichtig ist wie die Substanzwirkung an sich. Zielsymptome sind psychomotorische Erregungszustände, Aggressionen, delirante Symptome, psychotische Symptome, sowie Ängste (psychotische und nicht-psychotische). Erwünschte Wirkungen sind Sedation, antipsychotische Wirkung und Anxiolyse (angstlösende Wirkung) [11,16].

Neuroleptika

Neuroleptika haben den Vorteil, dass sie kaum atemdepressiv sind. Haloperidol wirkt stark antipsychotisch. Es ist nicht anticholinerg und eignet sich deshalb auch bei älteren Menschen und insbesondere bei Delir. Haloperidol kann besonders bei jüngeren Menschen extrapyramidale Nebenwirkungen hervorrufen. Olanzapin ist sedierend und stark antipsychotisch. Levomepromazin ist vorwiegend sedierend. Olanzapin und Levomepromazin sind anticholinerg und deshalb bei älteren deliranten Patienten nicht geeignet. Antagonisten für die Wirkung von Neuroleptika gibt es nicht. Bei Auftreten von extrapyrami-

dalen Nebenwirkungen (akut vor allem Schlundkrämpfe) kann Biperiden 2 mg p.o oder in schweren Fällen 2,5–5 mg i.m/langsam i.v. verabreicht werden. Biperiden ist anticholinerg und deshalb auch delirogen.

Benzodiazepine

Benzodiazepine haben den Vorteil, dass es kaum Kontraindikationen gibt für die einmalige Anwendung in der Notfallsituation. Sie wirken stark sedierend, anxiolytisch und antikonvulsiv. Vorsicht ist bei Intoxikationen wegen der (kumulativen) Atemdepression geboten. Benzodiazepine sind mit Flumazenil antagonisierbar. Besonders bei älteren Menschen mit vorbestehenden zerebralen Defiziten können Benzodiazepine die kognitiven Funktionen verschlechtern.

Antidepressiva

Antidepressiva werden in der akuten Notfallsituation nur sehr begrenzt als Notfallmedikation eingesetzt. Die antidepressive und anxiolytische Wirkung setzt meist erst nach mehreren Tagen ein. Die sedierende Komponente von Antidepressiva kann bei akuten Schlafstörungen genutzt werden. Wenn die Indikation für eine (längerfristige) antidepressive Therapie gegeben ist, kann gegebenenfalls bereits in der Notfallsituation eine antidepressive Therapie begonnen werden. Die Zeit bis zum Eintritt der antidepressiven Wirkung muss aber durch engmaschige Termine und eventuell vorübergehende Sedierung mit Benzodiazepinen überbrückt werden.

Applikationsart

Auch in Notfallsituationen empfiehlt es sich, primär perorale Medikationen anzuwenden. Intramuskuläre Injektionen sollten nur sehr zurückhaltend eingesetzt werden. Wenn die Injektion gegen den Willen der Patienten erfolgt, muss zuvor nochmals die orale Einnahme angeboten werden. Bei allen Zwangsmass-

nahmen ist die Verhältnismässigkeit der Intervention zu beachten und der mögliche Nutzen gegenüber dem potenziellen Schaden abzuwägen [12]. Bei intramuskulären Injektionen ist zu beachten, dass Patienten nicht antikoaguliert sind (was in der Notfallsituation evtl. nicht geklärt werden kann). Eine intravenöse Medikation kommt in Notfallsituationen ausserhalb einer Notfallsstation oder Intensivstation kaum zur Anwendung.

In Tabelle 3 sind beispielhaft einige Medikamente mit Dosierung, Zeit der maximalen Plasmakonzentration (T_{max}) und Halbwertszeit ($T_{1/2}$) aufgeführt. Die Tabelle erhebt keineswegs Anspruch auf Vollständigkeit.

Delirien

Eine spezielle Situation stellt das Delir dar: Delirien werden oft verkannt und deshalb nicht adäquat behandelt. Bei Delirien ist der fluktuierende Verlauf zu beachten: In der Nacht sind die Patienten oft agitiert und desorientiert, haben optische Halluzinationen. Tagsüber kann die Symptomatik ganz verschwinden. Für die Beurteilung ist entscheidend, dass man die abgeschwächte oder fehlende Symptomatik nicht als Abheilung des Delirs fehlinterpretiert. Berichte vom Pflegepersonal (und von Angehörigen) über nächtliche Verwirrungszustände sind ernstzunehmen und mit grosser Wahrscheinlichkeit wird die Symptomatik ohne Intervention in der folgenden Nacht erneut auftreten.

Vereinfacht können Delirien in (Alkohol-)Entzugsdelirien und in andere Delirien eingeteilt werden. Man kann noch unterscheiden zwischen Delirien mit und ohne vorbestehende Demenz. Allzu oft wird im Zusammenhang mit Delirien nur an das Alkoholentzugsdelir (Delirium tremens) gedacht. Grundsätzlich gilt es bei allen Delirien zuerst die Ursachen zu eruieren (Tab. 4): Häufige Ursachen sind Infekte (z.B. Harnwegsinfekte), Fieber, Störungen des Wasser-

Tab. 4: Risikofaktoren (RF) für Delir [21]

Zerebrale RF	Degenerative Hirnerkrankungen Zerebrovaskuläre Erkrankungen Hirntumore/Metastasen Schädelhirntrauma (z.B. Subduralhämatom)
Metabolische RF	Elektrolytstörungen, Dehydratation Malnutrition Leber- und Niereninsuffizienz Endokrinopathien Hypoxie Hypoglykämie Anämie
Kardiopulmonale RF	Myokardinfarkt Herzinsuffizienz Respiratorische Insuffizienz
Systemische RF	Chronische und akute Infektionen Neoplasien Narkose und chirurgische Eingriffe Fieber
Medikamente und psychotrope Substanzen	Alkohol (chronische Intoxikation und Entzug) Anticholinerge Substanzen (v.a. Psychopharmaka und Parkinsonmittel) Opiate Sedativa (Intoxikation und Entzug) Amphetamine, Kokain, LSD u. v. a. Je mehr Medikamente, desto grösser das Delir-Risiko, fast jedes Medikament kann im Einzelfall ein Delir (mit)auslösen
Allgemeine RF	Alter Umgebungswechsel (z.B. Hospitalisation) Seh- und Hörstörungen Immobilisation Blasenkateter/Harnwegsinfekte Obstipation/Harnverhalt

und Elektrolythaushaltes (z.B. Exsikkose bei älteren Menschen). Oft sind Delirien auch medikamentös verursacht, wobei vor allem anticholinerge Substanzen (z.B. trizyklische Antidepressiva) delirogen sind. Die Zahl von Medikamenten, die ein Delir auslösen oder begünstigen können, ist gross und vor allem die Kombination von vielen Medikamenten ist problematisch. Hirnorganische Erkrankungen, metabolische und endokrine Störungen sind weitere Ursachen für Delirien. Deshalb gilt es bei Delirien immer als erstes, die Ursache zu erkennen und wo möglich zu behandeln. Medikamente, die nicht zwingend indiziert sind, sollten abgesetzt werden.

In der Regel sollten Patienten mit einem Delir stationär behandelt werden. Bei nicht entzugsbedingten Delirien ist die

Behandlung mit Haloperidol angezeigt, hier ist die Evidenz am besten. Benzodiazepine bei nicht entzugsbedingten Delirien sind nicht indiziert [17–19]. Bei Alkoholentzugsdelirien wird dagegen am besten mit Lorazepam behandelt, das sowohl die Entzugssymptome lindert als auch antikonvulsiv ist. Hier wirken Neuroleptika kaum, insbesondere sind sie nicht antikonvulsiv [17,19,20]. Neben der – wenn möglich ursächlichen – Behandlung und der medikamentösen Therapie, sind auch nicht medizinische Massnahmen entscheidend: Patienten sollten in der Nacht wenn möglich mit Sitzwache begleitet werden. Die Patienten sind in ihrer Verwirrung sturzgefährdet und können sogar aus dem Fenster klettern. Orientierungshilfen (Nachtlicht, grosse analoge Uhr, Fotos von An-

gehörigen etc.) sind evidenzbasierte Methoden zur Delirbekämpfung [17,19].

Suizidale Krisen

Suizidale Krisen sind häufig Grund für psychiatrische Notfälle. Entscheidend ist, die Patienten direkt auf Suizidgedanken anzusprechen (Tab. 5).

Bei Patienten in suizidalen Krisen sind einige Punkte zu beachten: Oft entstehen suizidale Krisen auf dem Boden einer Depression. Eine antidepressive Therapie ist dann grundsätzlich angezeigt. Wegen des verzögerten Wirkungseintritts braucht es aber vor allem in agitierten Situationen gelegentlich vorübergehend sedierende Medikamente. Hier kommen in erster Linie wieder Benzodiazepine infrage. Wegen der Gefahr von Abhängigkeit, sollten Benzodiazepine nur für wenige Tage zum Einsatz kommen. Bei psychotischen Patienten, die suizidgefährdet sind, weil sie imperative Stimmen hören, die sie zu Suizidhandlungen auffordern, kommt man meist nicht um eine stationäre Einweisung herum. Grundsätzlich muss bei suizidalen Patienten immer auch die Gefahr der Selbstintoxikation mit den verordneten Medikamenten beachtet werden. Es empfiehlt sich deshalb, möglichst kleine Packungsgrößen zu verordnen oder Medikamente einzeln abzugeben. Auf den Einsatz trizyklischer Antidepressiva sollte möglichst verzichtet werden, weil diese in Überdosierung sehr toxisch sind.

Nicht-pharmakologische Massnahmen

Etwas vom wichtigsten in Notfallsituationen ist Ruhe und Sicherheit zu vermitteln. Oft entspannt sich die Situation schon erheblich, wenn der Notfallarzt eintrifft. Vor allem auch Angehörige sind beruhigt, dass nun Hilfe kommt. Die Möglichkeiten der verbalen und non-verbalen Deeskalation werden oft unterschätzt [10]. In psychiatrischen Notfallsituationen wird oft sehr laut gesprochen und der Notfallarzt hat dann oft das Gefühl, sich nur durch noch lauterer Sprechen Gehör zu verschaffen. Durch leises Sprechen kann jedoch gerade in solchen Situationen paradoxerweise Ruhe erzeugt werden, plötzlich versuchen alle zu verstehen, was gesprochen wird und werden deshalb selber ruhig.

Sicherheit ist das grosse Thema in psychiatrischen Notfallsituationen. Dabei gilt es primär, sich selbst nicht in Gefahr zu bringen. Beispielsweise sollte man immer darauf achten, dass Fluchtwege offen sind. Als zweites sollten andere Beteiligte ausser Gefahr gebracht werden. Die Sicherheit der primär betroffenen Person ist selbstverständlich auch wichtig, kann aber gelegentlich nicht sofort und in jedem Fall gewährleistet werden. Auf keinen Fall sollte man sich zu heroischen Taten hinreissen lassen. Wenn akute Gefahr besteht (z.B. wenn Waffen im Spiel sind), sollte unbedingt die Polizei rechtzeitig gerufen werden. Nur

wenn man selber angstfrei ist, kann man Ruhe und Sicherheit ausstrahlen, was wesentlich zur Deeskalation beiträgt. Gelegentlich ist dies erst dann möglich, wenn die Polizei anwesend oder in Bereitschaft ist [10].

In Krisensituationen – insbesondere in suizidalen Krisen – spielt die therapeutische Beziehung eine ganz entscheidende Rolle. Wenn es gelingt, Vertrauen aufzubauen und klare Vereinbarungen zu treffen, kann eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik, womöglich gegen den Willen der Patienten, oft verhindert werden. Dies ist für das längerfristige Vertrauensverhältnis in der hausärztlichen Praxis wichtig. Die Angehörigen sollten in Krisensituationen wenn immer möglich miteinbezogen werden: Angehörige sind einerseits eine wichtige Ressource, andererseits muss auch die Belastung der Angehörigen mit berücksichtigt werden.

Abstract

Psychiatric emergencies are stressful and time-consuming for physicians. Comprehensive diagnostic assessment is often not feasible in psychiatric emergency situations. Primary interventions target symptoms and syndromes. Treatments for psychiatric emergencies often lack an evidence base and rely on expert opinions and good clinical practice. Target symptoms for interventions in emergency situations are agitation, aggressive behavior, delirious states, psychotic symptoms and anxiety (psychotic or non-psychotic). Pharmacological treatments are indicated due to their sedative, antipsychotic, and anxiolytic effects. It is important to look for possible medical causes and comorbidity (differential diagnosis). The treatment of delirium should always focus on any underlying medical conditions. Psy-

Tab. 5: Fragen nach Suizidalität [22]

«Haben Sie in letzter Zeit daran gedacht, dass Sie so nicht mehr leben wollen?» (Wunsch nach Veränderung)

«Haben Sie daran gedacht, dass Sie sterben möchten?» (Todeswünsche)

«Ist Ihnen der Gedanke gekommen, sich etwas anzutun?» (Suizidideen)

«Haben Sie konkrete Pläne, sich etwas anzutun?» (Suizidpläne)

«Wüssten Sie, wie Sie sich etwas antun würden?» (Suizidmethode)

«Haben Sie schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen?» (Parasuizidale Handlungen in der Anamnese)

«Sind in Ihrer Familie Suizide oder Suizidversuche vorgekommen?» (Familienanamnese)

chiatric emergencies require immediate action by a physician, although the options available are often limited. If an emergency situation can be converted into a crisis situation by means of a successful intervention, additional time is gained and the range of options for action may be widened.

Key words: psychiatric emergencies – suicidal ideation – delirium – crisis intervention

Résumé

Les urgences psychiatriques sont stressantes et prennent beaucoup de temps pour le médecin. Une évaluation diagnostique compréhensive n'est souvent pas réalisable dans des situations d'urgence psychiatrique. Les premières interventions visent les symptômes et les syndromes. Les traitements des urgences psychiatriques manquent souvent d'une base fondée et font confiance à des opinions d'experts et sur des bonnes pratiques cliniques. Les symptômes nécessitant une intervention en urgence sont l'agitation, un comportement agressif, un état de délire, des symptômes psychotiques et une anxiété (psychotique ou non). Les traitements pharmacologiques sont indiqués en vertu de leurs effets sédatifs, antipsychotiques et anxiolytiques. Il est important de chercher des causes médicales et des comorbidités. Le traitement du délire devrait toujours cibler sur une condition médicale sous-jacente. Les urgences psychiatriques requièrent une action immédiate de la part du médecin, même si les options thérapeutiques sont souvent limitées. Si une situation d'urgence peut être convertie avec succès en une situation de crise grâce à une intervention, un temps additionnel est gagné et un choix élargi d'actions devient disponible.

Mots-clés: urgences psychiatrique – idées suicidaires – délire – intervention de crise

Key messages

- In psychiatrischen Notfallsituationen herrscht viel Druck. Erste Interventionen sollten darauf zielen, Druck zu entlasten und die Notfalldynamik in eine Krisendynamik, mit wesentlich mehr Handlungsoptionen und geringerem Zeitdruck, zu wenden.
- In psychiatrischen Notfallsituationen kann nur sehr begrenzte Diagnostik erfolgen. Differenzialdiagnostisch immer an somatische Ursachen oder komorbide somatische Störungen denken!
- Die pharmakologische Notfallmedikation richtet sich nach den Symptomen. Wichtigste pharmakologische Wirkungen: Sedation, Anxiolyse, antipsychotische Wirkung.
- Die eigene Sicherheit hat höchste Priorität.

Lernfragen

1. Ein 83-jähriger Patient in einem Pflegeheim zeigt wiederholt in der Nacht Unruhe und ist verwirrt. Bei der Untersuchung am Tag ist der Patient ruhig, orientiert und kann sich nicht an nächtliche Unruhe erinnern. Folgende Interventionen/Abklärungen sind sinnvoll ausser: (Einfachauswahl, 1 richtige Antwort)
 - a) Routinelabor und Urinstatus
 - b) Haloperidol Tropfen 0,5 mg auf die Nacht
 - c) Nachtlicht
 - d) Körperliche Untersuchung
 - e) Lorazepam 1 mg auf die Nacht
2. Ein 45-jähriger Patient berichtet über Konflikte und Stress am Arbeitsplatz. Er klagt über Schlafstörungen, er wache morgens früh auf. Er fühle sich niedergeschlagen, habe zunehmend weniger Energie und fühle sich rasch überfordert. Zuhause reagiere er oft gereizt gegenüber den Kindern und seiner Frau, wofür er sich schäme. Er äussert beiläufig, dass er manchmal denke, es wäre am einfachsten, wenn er gar nicht mehr aufwachen würde. Welches ist das sinnvollste Vorgehen? (Einfachauswahl, 1 richtige Antwort)
 - a) Einweisung in eine psychiatrische Klinik, nötigenfalls auch gegen den Willen des Patienten, weil suizidale Patienten immer stationär behandelt werden sollten.
 - b) Beginn einer antidepressiven Therapie und Kontrolltermin in drei Wochen, wenn eine Wirkung der Antidepressiva zu erwarten ist.
 - c) Suizidgedanken nicht weiter ansprechen, weil der Patient sonst noch auf die Idee gebracht würde. Verordnung von Benzodiazepinen wegen der Schlafstörungen.
 - d) Den Patienten auf die Suizidgedanken ansprechen und das suizidale Risiko abschätzen. Beginn einer antidepressiven Therapie, engmaschige Termine, wenn möglich unter Einbezug der Ehefrau. Gegebenenfalls vorübergehend Benzodiazepine auf die Nacht, bis die antidepressive Therapie Wirkung zeigt.
 - e) Es braucht keine weiteren Interventionen, da Krisen in der Regel selbstlimitierend sind und Menschen, die suizidale Äusserungen machen, ohnehin nicht wirklich suizidgefährdet sind.

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. Urs Hepp
 Chefarzt
 Externer Psychiatrischer Dienst
 Psychiatrische Dienste Aargau AG
 Postfach 432
 5201 Brugg

urs.hepp@pdag.ch

Interessenskonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenskonflikt besteht.

Manuskript eingereicht: 16.7.2012, revidierte Fassung angenommen: 27.1.2014.

Bibliographie

1. Laux G, Berzewski H: Notfallpsychiatrie. In: Möller HJ, Laux G, Kampfhammer HP, Hrsg. Psychiatrie und Psychotherapie (Band 2). Heidelberg; Springer: 2008. 1307–36.
2. D'Amelio R, Archonti C, Falkai P, Pajonk F: Psychologische Konzepte und Möglichkeiten der Krisenintervention in der Notfallmedizin. Notfall + Rettungsmedizin 2006; 9: 194–204.
3. Nordstrom K, Zun LS, Wilson MP, et al.: Medical evaluation and triage of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry project Beta medical evaluation workgroup. West J Emerg Med 2012; 13: 3–10.
4. Stowell KR, Florence P, Harman HJ, Glick RL: Psychiatric evaluation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry project Beta psychiatric evaluation workgroup. West J Emerg Med 2012; 13: 11–16.
5. Schnyder U, Hepp U: Die therapeutische Beziehung in der Krisenintervention. In: Rössler W (Hrsg.). Die therapeutische Beziehung. Berlin; Springer: 2004. 97–117.
6. Allen MH, Currier GW, Carpenter D, Ross RW, Docherty JP: The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies 2005. J Psychiatr Pract 2005; 11 (Suppl 1): 5–108.
7. Therapeutische Massnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. 2010. (Accessed 01.07.2012, at <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-022.html>.)
8. Berzewski H: Der psychiatrische Notfall. 3. Aufl. Heidelberg; Springer: 2009.
9. Holloman GH Jr, Zeller SL: Overview of project Beta: best practices in evaluation and treatment of agitation. West J Emerg Med 2012; 13: 1–2.
10. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, et al.: Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry project Beta de-escalation workgroup. West J Emerg Med 2012; 13: 17–25.
11. Wilson MP, Pepper D, Currier GW, Holloman GH, Jr., Feifel D: The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry project Beta psychopharmacology workgroup. West J Emerg Med 2012; 13: 26–34.
12. Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Zwangsmaßnahmen in der Medizin. Schweizerische Ärztezeitung 2004; 85: 2707–2714.
13. Hasler G, Preisig M, Müller T, et al.: Behandlungsempfehlungen für bipolare Störungen. Schweiz Med Forum 2011; 11: 308–313.
14. Holsboer-Trachsler E, Hättenschwiler J, Beck J, et al.: Die somatische Behandlung der unipolaren depressiven Störungen. Teil 1. Schweiz Med Forum 2010; 10: 802–809.
15. Holsboer-Trachsler E, Hättenschwiler J, Beck J, et al.: Die somatische Behandlung der unipolaren depressiven Störungen. Teil 2. Schweiz Med Forum 2010; 10: 818–822.
16. National Clinical Guideline Centre: Violence. The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. Clinical Guideline 25. London; National Institute for Health and Clinical Excellence: 2005.
17. American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with delirium. American Psychiatric Association. Am J Psychiatry 1999; 156: 1–20.
18. Breitbart W, Marotta R, Platt MM, et al.: A double-blind trial of haloperidol, chlorpromazine, and lorazepam in the treatment of delirium in hospitalized AIDS patients. Am J Psychiatry 1996; 153: 231–237.
19. National Clinical Guideline Centre: Delirium: diagnosis, prevention and management. London; National Institute for Health and Clinical Excellence; 2010.
20. Diener HC, Putzki N: Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Stuttgart; Thieme: 2008.
21. Hepp U: Diagnose und Behandlung des Delirs. Praxis 2002; 91: 455–463.
22. Hepp U, Schnyder U: Ist Suizidalität heilbar? Suizidprävention in der hausärztlichen Praxis. Praxis 2004; 93: 1817–1823.

1. Antwort e) ist richtig.
 2. Antwort d) ist richtig.

Antworten zu den Lernfragen

Copyright of Praxis (16618157) is the property of Verlag Hans Huber Hogrefe AG and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.