



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

HFH – Hausärztliche Fortbildung Hamburg

DEUTSCHER



HAUSÄRZTEVERBAND

Hausärzterverband Hamburg e.V.



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Institut für Allgemeinmedizin



Deutsche Gesellschaft für
Allgemeinmedizin und Familienmedizin



VEREIN HAUSÄRZTLICHER
INTERNISTEN e.V.



ÄRZTEKAMMER
HAMBURG

Körperschaft des öffentlichen Rechts

FORTBILDUNGSAKADEMIE

Angst, Depression, Psychose wo sind meine Grenzen? (HzV und DMP: KHK, Dm2)

Moderation: Dr. med. Hans-Otto Wagner

Dienstag, 08. Dezember 2015



Angst, Depression, Psychose wo sind meine Grenzen?

- **Dr. med. Detlef Niemann**
Hausarzt, Hamburg

- **Dr. med. Hans-Peter Unger**
Chefarzt Zentrum für seelische Gesundheit
(Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik)
Asklepios Klinikum Harburg, Hamburg

HFH – Hausärztliche Fortbildung Hamburg

DEUTSCHER
 HAUSÄRZTEVERBAND
Hausärzterverband Hamburg e.V.



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Institut für Allgemeinmedizin



Deutsche Gesellschaft für
Allgemeinmedizin und Familienmedizin



VEREIN HAUSÄRZTLICHER
INTERNISTEN e.V.



ÄRZTEKAMMER
HAMBURG

Körperschaft des öffentlichen Rechts

FORTBILDUNGSAKADEMIE

Patienten mit **Angst - Depression – Psychose** in der Hausarztpraxis

Wo sind meine Grenzen ?

Dr. med. Detlef W. Niemann

Facharzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Gynäkologie
Akupunktur, Qualitätsmanagement (EFQM)

Interessenkonflikte

bezüglich der Themen

Angst - Depression – Psychose

keine !

Frau „W“ , geb. 1962

ANGST

Erste Kontakte

Aufarbeitung einer Krankenakte

1995 Februar 33 j

A: seit 3 Jahren Bauchschmerz und oft dünner Stuhlgang, Schmerz strahle von hinten aus, mehr rechts, ändert sich bei Bewegung. „Alles gemacht“, nur Darmpilz festgestellt. Symbioselenkung, von Heilpraktiker Globuli. wird nicht besser. – Arztwechsel deshalb, „ ob was mit der Leber ist ?.“

EA: Nikotin 20-40 ZT, seit 16 LJ.; Ovulationshemmer / Sachbearbeiterin bei Versicherung, muss neue Arbeit suchen, Filiale wird geschlossen, **Existenzangst.** vh. **Spannungen mit Ehemann.** Sie wollten doch gern ein Kind.

FA: Vater starb im 8. LJ der Pat., **Alkoholiker**, - Leberzirrhose.

B: diskreter, diffuser DS. re. Oberbauch, deutliche BWS- Skoliose

Labor: Chol 230. Sono o.B. Hämocult o.B.. **P. wirkt bedrückt, auch misstrauisch**

D: Thorakalsyndrom bei Skoliose DD Meteorismus -

Funktionelles Abdominalsyndrom/ Somatisierungsstörung (V)

T: Schmerz evtl. von Wirbelsäule ausstrahlend oder Blähungen > Schwimmen regelmäßig, Kümmel- Fencheltee, >Rauchstop ?! , später ggf. ÖGD/ Coloskopie

(Frau W., geb.62) **ANGST**

1995 März

A: „Öfter Kribbeln bd. Arme in der Nacht, kann nicht schlafen, Herzklopfen und Herzstolpern, Nacken ständig verspannt.
hat Stelle beim Bezirksamt in Aussicht, aber noch unsicher“

B: Hartspann. EKG + LZ- EKG und Belastungs- EKG o. B. , RR normal

D: Trapeziusmyogelosen, Palpitationen, **Angststörung (V)**

T: LA der Triggerpunkte, Mg ++, Sport, **Gespräche: Arbeitssituation>Ängste**

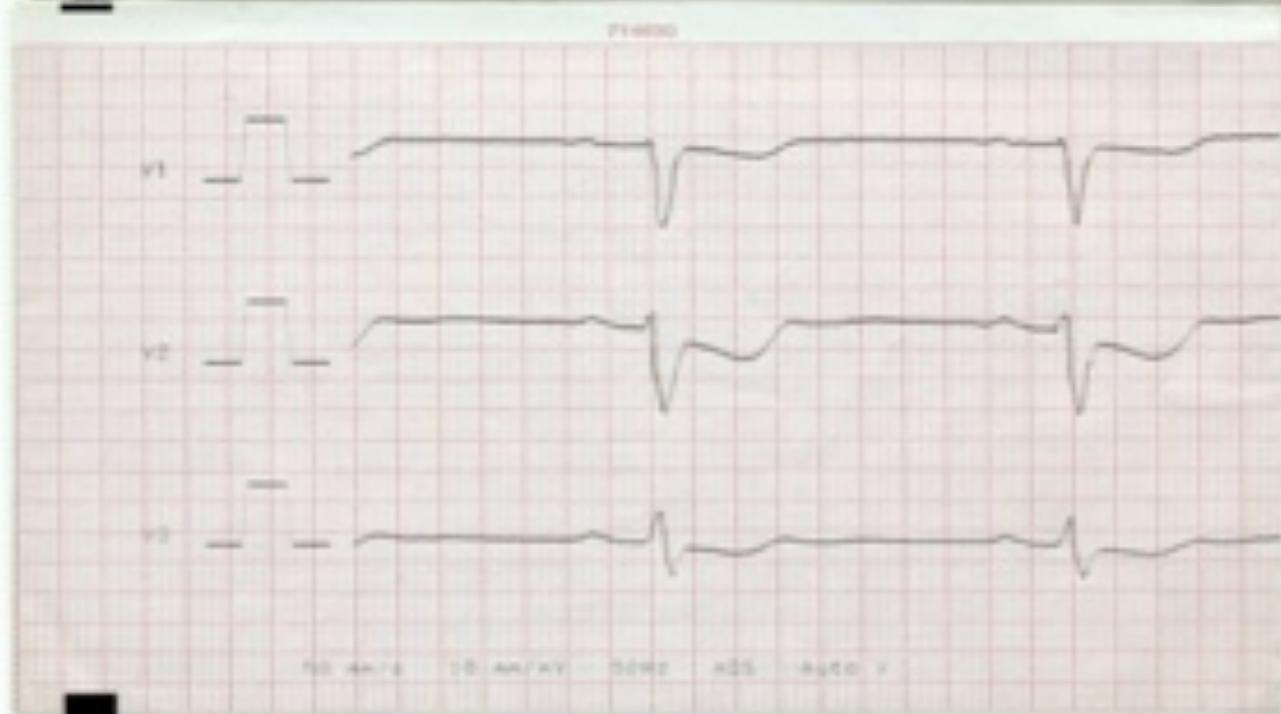
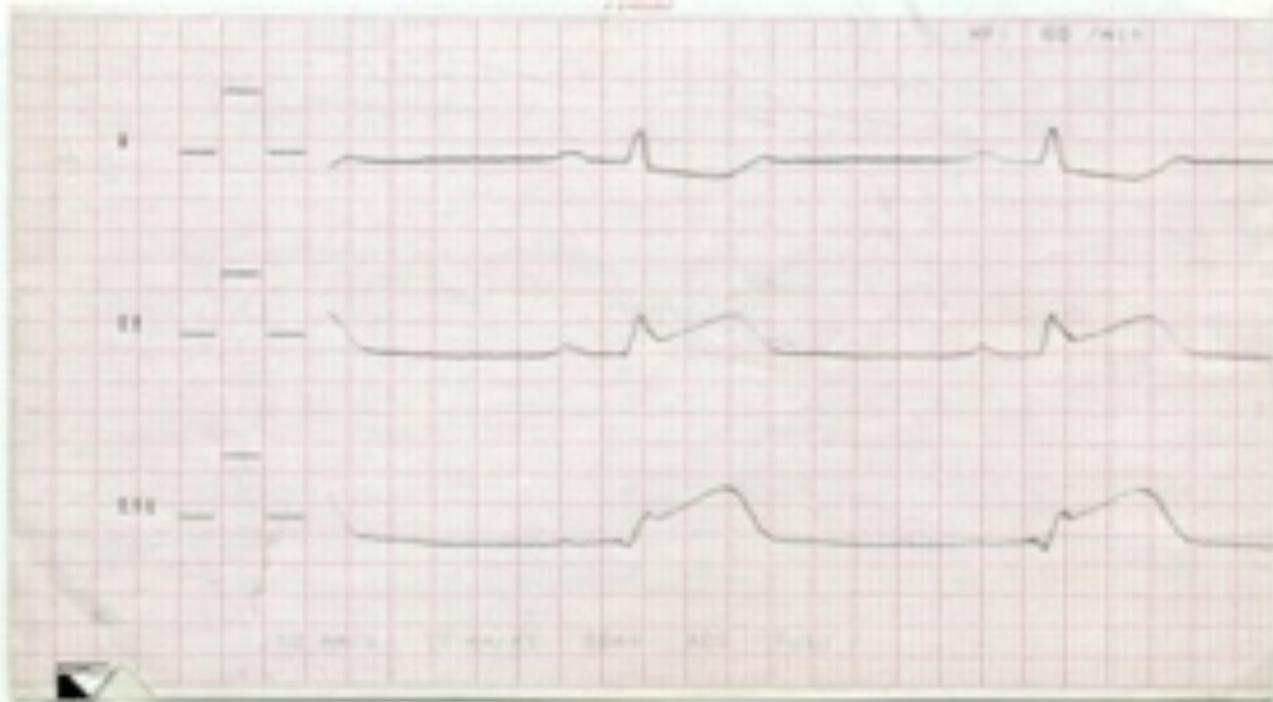
1995 - 96 Infekte+ ähnliche Symptome, Verspannung, Palpitation etc.
Arbeitsstelle ungeklärt, Ehemann will noch kein Kind.

Streitereien- Existenzängste T: schlage mehrfach Psychotherapie vor

1997

A: Nach Zahnfleisch -OP am Morgen aufgeregt: „Schmerzen in beiden Armen und Brustkorb“

>>>



> **1997**

EKG: ST-Hebung HW- neu.

D: Hinterwandinfarkt bei generalisierter KHK. RF: Fumatorium, HL, OH

>REHA, Stelle in Bezirksamt 20 h/W, OH abgesetzt, Koronarsport regelmäßig
-raucht weniger, “nur bei Streit mit den Ehemann“. Kinderwunschkonflikt..

T: ASS, Simvastatin. DMP-KHK , -Psychotherapie, ggf. Paartherapie, angeregt
- Pat. lehnt weiter ab“ -lieber spezielle Globuli vom Heilpraktiker

1998

Gravidität - Dez.: Forceps- Entbindung, sonst unauffälliger Verlauf

1999- 2000

Alkoholproblem des Ehemanns > Existenzängste „Verantwortung für Familie bei mir“ , Panik, Herzunruhe, auch Selbsteinweisung> Reinfaktausschluss

D: Panikattacken, Somatisierungsstörung

T: Rp. Opipramol Psychotherapie (VT 1 / Wo 2 Jahre)

(Frau W., geb.62) **ANGST**

2001- 2006

Angstzustände selten, manchmal etwas depressiv, raucht ca. 15 Zt/ Wo.
Familiäre Situation stabilisiert sich, Ehemann trinkt nicht mehr, arbeitet.

2007 bis 2012

öfter Herzklopfen, nervös, Alltagsstreit mit Ehemann erschöpft sie.

2. Psychotherapie (TP 1/ Wo - läuft bis 2011), Ehemann zieht „um die Ecke“
Körpersymptome ängstigen sie kaum noch. Konnte Rauchen aufgeben !
Praxistermine ca. 3/Q. DMP- KHK, Gespräche VO: Opipramol b. Bd.,

Aktuell mit 17 jährigem Sohn in eigener Wohnung,
Ehemann wohnt in der Nähe, teilen sich die Erziehung. „Wochenendehe“.

DMP- Routinekontakte

„Psycho- Somatisches“ Herangehen (Integrierte Medizin- v. Uexkuell)

- ▶ Die eigenen Gefühle diagnostisch und therapeutisch nutzen, ggf. ansprechen, die eigenen Grenzen akzeptieren und klarstellen
- ▶ Somatische Diagnostik nicht als Ausschlussdiagnostik, sondern als „Einschlussdiagnostik“, - partnerschaftlich aushandeln („SDM“)
- ▶ Eine Langzeitbeziehung zum Patienten aufbauen („permanenter Dialog“)
- ▶ nicht primär, aber rechtzeitig auf psychotherapeutische Mitbehandlung orientieren, ggf. auch stationär
- ▶ Klären, auf welcher salutogenen Ebene (kognitiv, pragmatisch, emotional) die Ressourcen des. Pat. zu fördern sind

Ressourcen- orientierte Medizin

Antonowsky: Salutogenese

Kohärenzgefühl : Grundeinstellung der Persönlichkeit , dass

1. die Ereignisse und Anforderungen im Laufe des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind

Comprehensibility (etwa: Verstehbarkeit der Welt)

2. die Ressourcen verfügbar sind, um den Anforderungen des Lebens gerecht zu werden

Manageability (etwa: Verfügbarkeit der Ressourcen)

3. für die Anforderungen des Lebens sich Engagement und Investitionen lohnen.

Meaningfulness (etwa: Sinnhaftigkeit)

Das Kohärenzgefühl hat also 3 Komponenten ,
die (1) kognitive , die (2) **pragmatische** die (3) **emotionale**.

Angststörungen: Epidemiologie in Deutschland



- Lebenszeitprävalenz 15%
- Punktprävalenz 7%
- Frauen doppelt so häufig betroffen wie Männer
- Beginn: Phobien in Kindheit, soziale Phobie in Pubertät, Panikstörungen zwischen 20. und 30. Lebensjahr, generalisierte Angststörung in Adoleszenz oder um das 40. Lebensjahr

Angststörungen

Mit situativem Auslöser:

- Akute/chronische Stressreaktion, akute/chronische Belastungssituation (z. B. Burnout, Extremfall Trauma)
- Phobien (an eine Situation oder ein Objekt gebundene Ängste, z.B. Agoraphobie, Spinnenangst....) Folge: **ERWARTUNGSANGST - VERMEIDUNG**)
- Soziale Phobie (Angst in zwischenmenschlichen Situationen, Erleben im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit und Bewertung anderer zu stehen) Folge: **HEMMUNG**

Angststörungen

Ohne situativen Auslöser:

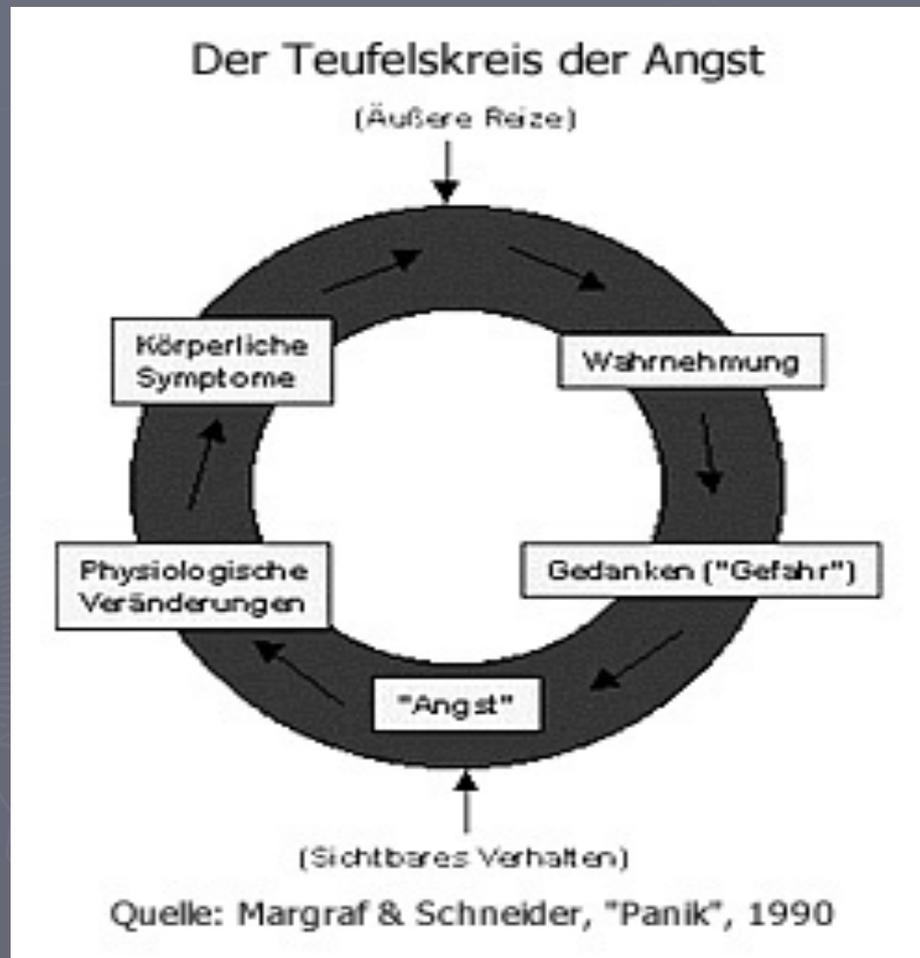
- Panikstörung mit oder ohne Platzangst (Panikattacken oder episodische Angstanfälle, zum Beispiel mit Herztodangst) Folge: **KONTROLLVERLUST – VERMEIDUNG**
- Generalisierte Angststörung (starkes und anhaltendes Erleben von Angst und Sorgen, auf die Zukunft gerichtet: „Was wäre wenn?“) Folge: **STUNDENLANGE SORGE**

Diagnostik der Angststörungen

- **Art der Angststörung, Familienanamnese**
- **Psychische Begleiterkrankung (Depression, Medikamenten-abhängigkeit...)**
- **Körperliche Untersuchung (Schilddrüse... Medikamente...)**

Oft vergehen 10 – 15 Jahre zwischen dem ersten Auftreten der Angst und der Diagnose.

Panikanfälle – im Teufelskreis der Angst



Frau „H.“ geb. 1956

Depression

Erste Kontakte

Aufarbeitung einer Krankenakte

1991 (36.j)

A: Akutvorstellung wegen **Halsdruck** bei angeblich unzureichend behandelter Schilddrüse - **könne nicht schlafen, sei zitterig- bei Aufregung kriege sie keine Luft-** der bisherige HA ginge nicht darauf ein. Oft Kopfschmerzen und auch Unterleibschmerzen wegen „ihrer“ Endometriose. (Nic: 15 Zt, vh, 0 Kinder, Bäckereiverkäuferin- aktuell AU)

B: RR, HF Temp. normal. TSH 0,48 (L Thyroxin 50), Routinelabor o.B. 0 Struma, US SD: Thyreoiditisbild, Gesamt- Vol 10 ml, 0 Knoten. BMI 27 EKG o.B. LuFu: Obstrukt. VS **Pat wirkt ängstlich- agitiert und depressiv**

D: Angst und depressive Erschöpfung; V. a. Asthma bronch.; AIT

T. vorerst Opipramol, Budes/ Salbutamol DA, Ü Pneumologe
Vorbefunde anfordern. **weitere Gesprächstermin vereinbart**

Frau „H.“ geb. 1956

Depression

(Angeforderte Akten:

1990 > 3 Monate Psychosomatik Ginsterhof: **Neurotische Depression und Angstzustände**/ SD Diagnostik mit Szintigraphie durchgeführt: Hashimoto-Thyreoiditis. 1986 Laparoskopie: Endometriose (Gestagen von Gyn)
Mehrere Hausarztwechsel)

Weitere Kontakte:

A: Räumt seelische Probleme ein: Ehemann 25 J. älter , Alkoholiker , sie hat seit 3 Jahren Verhältnis mit dessen Suchttherapeuten. deshalb Angst, Schuldgefühle !

Kindlicher Missbrauch durch den Vater „ nie drüber weggekommen“ „Hätte gern Kinder gehabt“ , nun Hysterekt. bei Endometriose geplant. mit Opipramol seien Unruhe und Schlafstörung weniger, könne aber nicht arbeiten, sich zu nichts aufraffen.

D: Rezidivierende schwere Depression (F33.2)

T: Citalopram / Mirtazapin z. N.> Wiederaufnahme der Psychotherapie

Frau „H.“ geb. 1956

Depression

> **1994:** Psychotherapie (TP) und Antidepressiva: löst sich aus Affäre, arbeitet: psychische Stabilisierung. GU: BMI 32. BZ 130/Hb A1c 8.2 .RR 160/90

D: Adipositas, Diabetes mellitus IIb , essentielle Hypertonie,
T: Metformin, Metoprolol, Venlafaxin, zeitweise Zopiclon z.N. > **DMP- Diabetes**

> **2001:** pflegt Ehemann bis zu seinem Tod an Leber- CA, danach psychische Dekompensation mit Suizidgedanken > mehrmonatige psychiatrische Therapie stationär u. teilstationär > Anbindung an die Psychiat. Instituts Ambulanz (PIA) langsame Stabilisierung, kann zeitweise wieder arbeiten.

D: Rez. depressive Störung (F33.2) Ich-strukturelle Störung, ängstlich-vermeidend- als Traumafolge (F61.0) (Entlassbericht)

> **2012** Tod der Mutter, erneute Dekompensation, Einweisung aus PIA in stationäre Therapie- dann in Tagesklinik, danach PIA. (Perazin/Taxilan z. N.)

> **2015** mehrwöchige stationäre und teilstat. Therapie, weiter PIA. Teilnahme an ambulanter Depressionsgruppe

Aktuell (9/15) wirkt heiter, gepflegt, hat neuen Partner, denkt an Teilzeit-Job.

Hauptsymptome

- Gedrückte, depressive Stimmung
- Interessenverlust, Freudlosigkeit
- Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit

Zusatzsymptome

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken/-handlungen
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit

Schweregrad

Weitere Symptome

Verlaufsaspekte

ICD-10

= 2

+

= 2

und

= 2

+

= 3-4

und

= 3

+

≥ 4

und

Symptome ≥ 2 Wochen

leichte

mittel-
gradige

schwere

Somatische
Symptome?

Nein

Ja

Psycho-
sische
Symptome?

Nein

Ja

Depressive Episode

mono-
phasisch

rezidivie-
rend/chroni-
sch

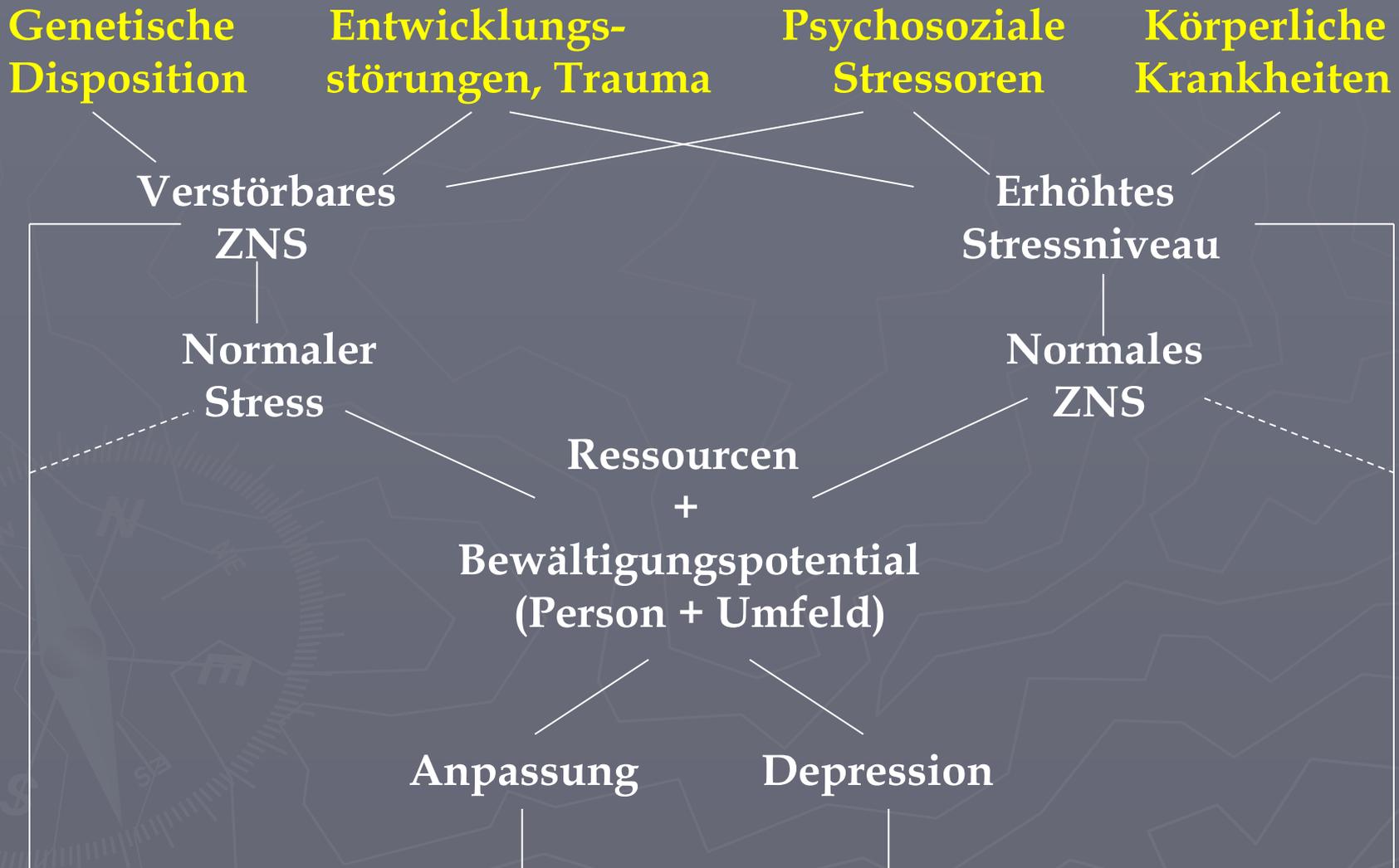
im Rah-
men eines
bipolaren
Verlaufs

F 32.xx

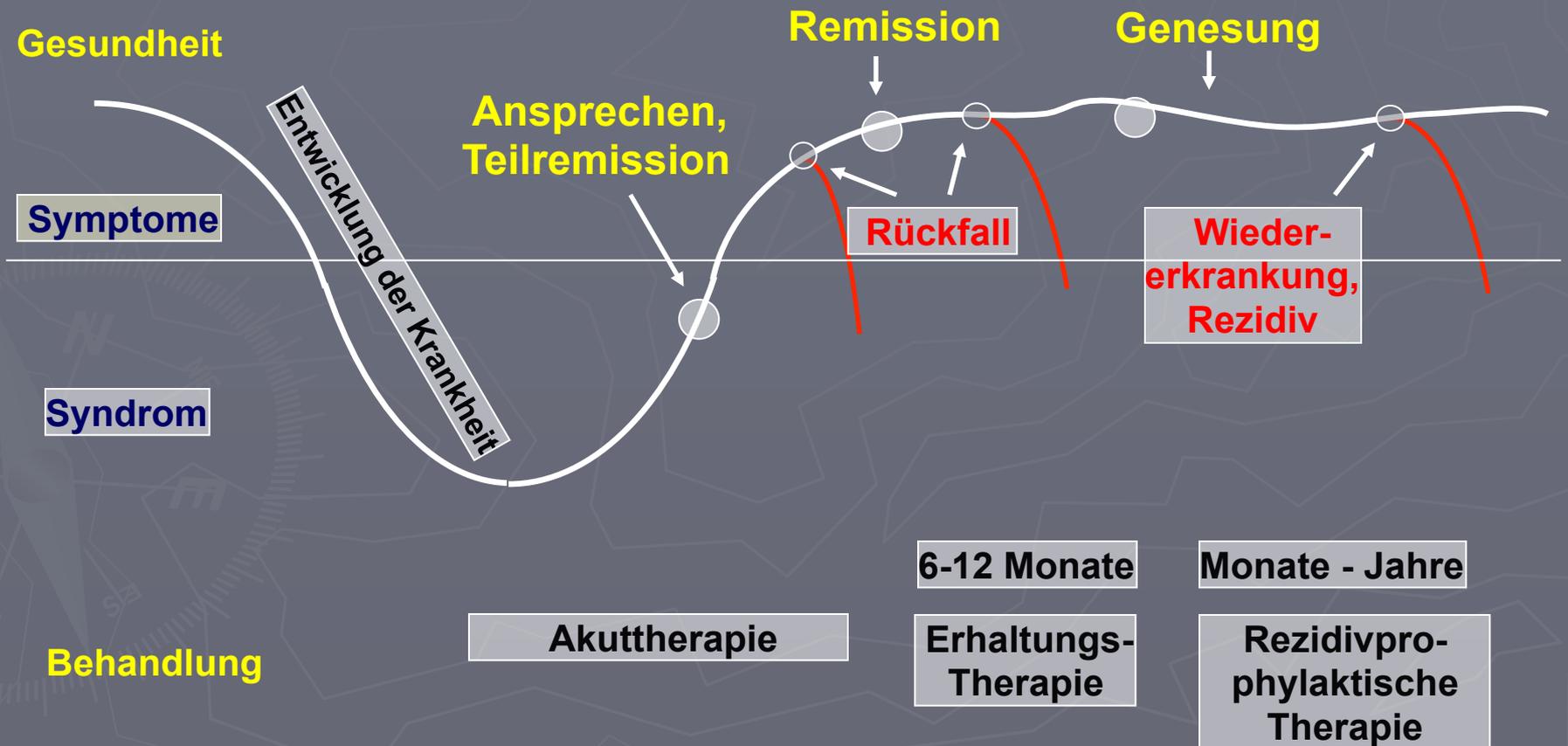
F 33.xx

F 31.xx

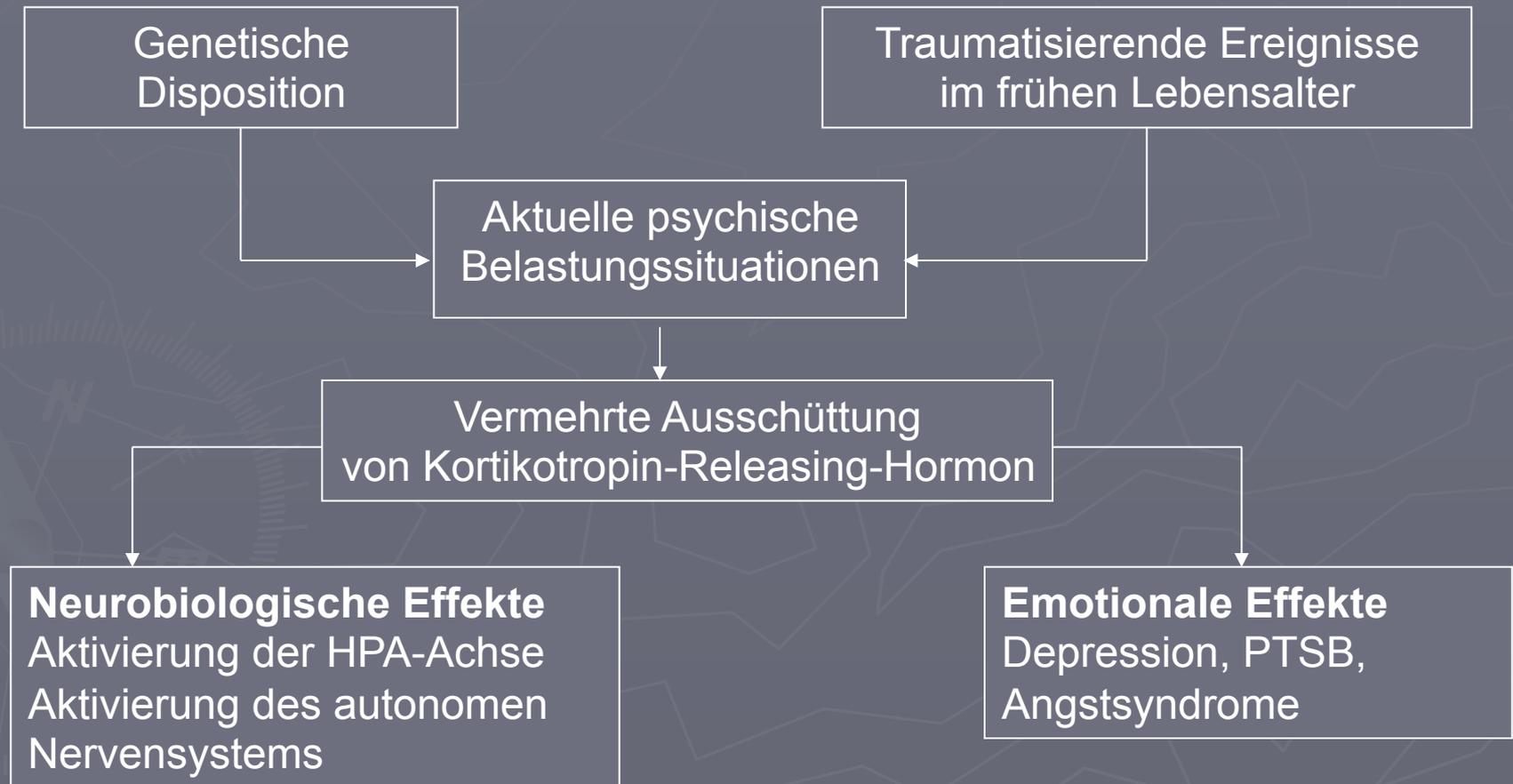
Wie entsteht eine Depression?



Krankheitsverlauf und Therapie



Beispiel: Interaktion von endogenen und exogenen Faktoren bei der Genese depressiver Störungen (nach Nemeroff)



Ausschluss körperlicher Ursachen

- endokrine / hormonelle Störungen
(z.B. Schilddrüsenfunktionsstörung, Diabetes)
- neurologische Erkrankungen
(z.B. Parkinson, Demenz)
- Kardiovaskuläre Erkrankungen
(z.B. Herzinfarkt)
- Viruserkrankungen
- Tumoren
- Autoimmunerkrankungen
- medikamentöse Ursachen
- **daher: ärztliche Untersuchung unverzichtbar**

Risikofaktoren Suizidalität

- ▶ Suizidversuch in der Vorgeschichte
- ▶ Suizid im Umfeld (Familie etc, Werther Effekt)
- ▶ Psychische Erkrankung
- ▶ Aktueller Alkohol, Drogenkonsum
- ▶ Körperlich schwere Erkrankung (Schmerz, Bewegungseinschränkung)
- ▶ Soziale Isolation (Geschiedene Männer)
- ▶ Arbeitslosigkeit
- ▶ Alter und Geschlecht
- ▶ Trauma in der Vorgeschichte
- ▶ Stadt-Land
- ▶ Religion

Suizidversuch in der Vorgeschichte:

Der Faktor mit dem höchsten
prädiktivem Wert – 37fach

(Barraclough 1997, Hawton et al 2005)

Wirksamkeit der Therapien

- Über 80% der Betroffenen kann mit einer Behandlung entsprechend gültiger Richtlinien gut geholfen werden
- Durch Rückfallverhütung kann das Risiko eines Rezidivs um ca. 70% reduziert werden

Kriterien für die Auswahl von Antidepressiva

- Diagnose oder Art der Depression
- Akutbehandlung oder/und Rezidivprophylaxe
- Nebenwirkungsprofil
- Sedierende / aktivierende Wirkung
- Serotonin-Noradrenalin Wiederaufnahmehemmung oder anderer Wirkmechanismus
- Pharmakokinetik (Alter) und Pharmakogenetik
- Vorerfahrungen

Vor Therapiebeginn mit Antidepressiva

Erforderliche Untersuchungen

- körperlich-neurologischer Status (mit Gewicht)
- Labor
 - Blutbild inklusive Thrombozyten
 - GOT, GPT, gammaGT
 - Harnstoff, Kreatinin
 - (Glukose)
 - (Schilddrüsenparameter)
 - Elektrolyte
- Puls, Blutdruck
- EKG (insbesondere bei Älteren und Risikopatienten)
- EEG (bei Älteren und Risikopatienten)
- Schwangerschaftstest bei Frauen im gebärfähigen Alter

Zielsymptome/Wirkprofil

Schlafstörungen
Appetitlosigkeit
Angst – Unruhe
Hemmung
Schmerz
Zwang

Nebenwirkungsprofil

Gastrointestinal
Kardiovaskulär
Metabolisch (Gewicht)
Sedierung
Kognitive Beeinträchtigung
Anticholinerg-vegetat.
Sexuelle Dysfunktion

Auswahl von Antidepressiva

Tab. 2 Antidepressivaauswahl nach Nebeneffekten

Therapiebegleiteffekt	Empfohlenes Antidepressivum	Zu vermeidendes Antidepressivum
Gewichtszunahme	SSRI	Mirtazapin, Amitriptylin
Sexuelle Dysfunktion	Agomelatin, Moclobemid, Bupropion, Reboxetin,	SSRI, Venlafaxin
Schlafförderung	Mirtazapin, Agomelatin, Amitriptylin, Doxepin, Trimipramin	MAOH, Bupropion
Antriebssteigerung	MAOH, Nortriptylin	Amitriptylin, Doxepin, Trimipramin, Mirtazapin
Kardiotoxizität	Sertralin, Nortriptylin	TZA
Blutdruckerhöhung	–	Venlafaxin
Krampfschwellensenkung	SSRI	Bupropion, Maprotilin
Schmerzdistanzierung	Duloxetin, Amitriptylin, Clomipramin, Venlafaxin, Mirtazapin	–
Kognitive Dysfunktion	Vortioxetin	TZA

Und wie wirken Antidepressiva?

Sind Antidepressiva Neuroplastizität fördernde Medikamente?

- Antidepressiva fördern die Expression von Neurotrophinen (BDNF) und Wachstumsfaktoren sowie die Neurogenese im Hippocampus und modulieren Neurotransmitter (Serotonin, Noradrenalin, Dopamin)

Schmidt, HD; Duman RS. Behavioural Pharmacology 18/5-6, 391-418, 2007

- „Recent surprising findings have revealed that antidepressive drugs reactivate a window of juvenile-like plasticity in the adult cortex“.

Castrén,E, JAMA Psychiatry, 70(9), 983-989, 2013

Und wie wirken Antidepressiva?

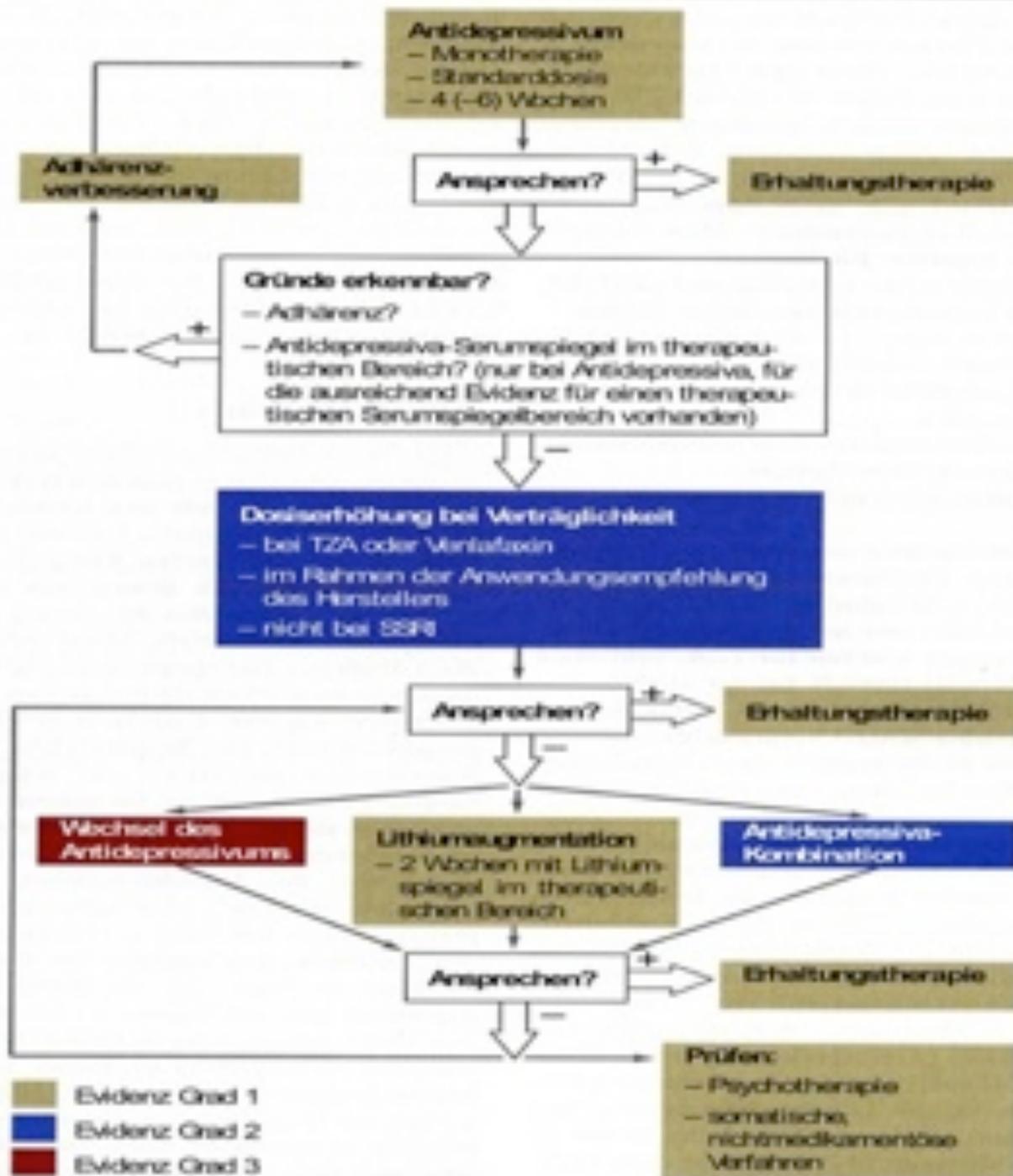
Sind Antidepressiva Neuroplastizität fördernde Medikamente?

- „Antidepressants normalize the Default Mode Network in patients with dysthymia“.

Posner J et al. JAMA Psychiatry, 70(4), 373-382, 2013

- „Antidepressant drug induces a juvenile-like state in neurons of the prefrontal cortex“.

Miyakawa T. <http://www.molecularbrain.com> 4-Nov-2013



Psychotherapie und Schweregrad der Depression

- Bei leichter Depression abwartende Haltung möglich, Kontrolle spätestens nach 14 Tagen
- Bei akuter leichter- bis mittelschwerer Depression soll eine Psychotherapie angeboten werden
- Bei akuter schwerer Depression soll eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden
- Bei Depression mit psychotischen Merkmalen sollte in jedem Fall eine medikamentöse Behandlung eingeleitet werden (Statement)

Welche Psychotherapie für welche Depression?

- **Bipolare Depression** – Beispiel IPSRT, FFT, KVT – Ziel: Psychoedukation, emotionale Regulation, Tagesstruktur
- **Akute unipolare Depression** – Beispiel KVT, IPT. TP – Ziele: Krankenrolle, Depressionsbewältigung, Depression in Lebenskontext stellen
- **Chronische Depression** - Beispiel CBASP, TP – Ziel: Verantwortung für die Depression übernehmen, Selbstwirksamkeit lernen, Übertragungsanalyse
- **Stressdepression** – Beispiel MBSR/MBCT – Ziel: Haltung zu Stressoren verändern: „nicht gleich bewerten“, gegenwärtig bleiben, Akzeptanz

Frau „F“ geb. 58

Psychose

Aufarbeitung einer Krankenakte

Erste Kontakte (34 j.)

1994

A: Akute Vorstellung wegen „Fußschmerz nach früheren Brüchen durch Unfall“ ... will keine Untersuchung, nur „ Voltaren Resinat und nichts anderes“, was ihr bisheriger Hausarzt verweigert habe. Sie müsse zur Arbeit in die Bank- sonst ginge es ihr gut.

B: trägt orthopädische Schuhe, **blickt misstrauisch** umher, etwas unruhige Mimik i. S. **orofazialer Dyskinesie**.

T: Rp. Volt.resinat- bitte Terminvereinbarung, Vorbefunde anfordern.

Vorbefunde:

D: MDE (ED 1978),

anfangs in Psychiatrischer Tagesklinik des UKE behandelt.
(Truxal, Haldol, Lithium)

Stürzt sich dort 1979/ 21.IIJ in suizidaler Absicht von Baukran:

Polytrauma (Vorfüße-, Tibia-, Rippen-, Wirbelfrakturen)

Frau „F“ geb. 58

Psychose

Aufarbeitung einer Krankenakte

1994/95 Folgekontakte: Verleugnet Suizidversuch: „Verkehrsunfall“.

Sehr **bestimmtes, misstrauisches Auftreten**: „Schilddrüse, Labor und Schmerzbehandlung- alles andere macht der Psychiater“

(DM: Lithium, Quetiapin, Jodthyrox, Voltaren)

➤ **2000** öfter AU wegen Erschöpfungszuständen „wegen Mobbing“ auf Arbeit und Schmerz. Mehrere Abteilungswechsel in der Bank, Fehlleistungen. Schließlich Antrag auf BU- Rente. Ich **begleite mit Gesprächen, Gutachten**, Labor etc. Parallel Psychiater.

➤ **2008 (50j) BU Rente 100 %**, Routinekontakte, keine psychotischen Inhalte,

> **2010** mit BU- Rente Haus in Türkei gekauft, lebt meist dort, kommt selten zu Labor und Rp. in der Praxis.

Schroff-misstrauisches Verhalten, EPMS, keine psychotischen Inhalte

Frau „F.“ geb. 58

Psychose

Aufarbeitung einer Krankenakte

2011 Aus Türkei zurück mit **paranoiden Halluzinationen**, Nachbar dort wolle ihr Haus anzünden. In der Wohnung habe man die Schränke ausgeräumt. Hatte Lithium weggelassen. Akathisien, Schlafstörung.

> **Stat. Einweisung** in Psychiatrie („zu Neueinstellung der Medikamente“)

D: Exacerbation einer MDE / DD Schizoaffektive Störung

(Lithium, Quetiapin, >rasch besser)

2012 Akutvorstellung wegen Schwindel und Schlafstörungen (nach erneutem Türkeiaufenthalt gegen Rat der Eltern und Ärzte).

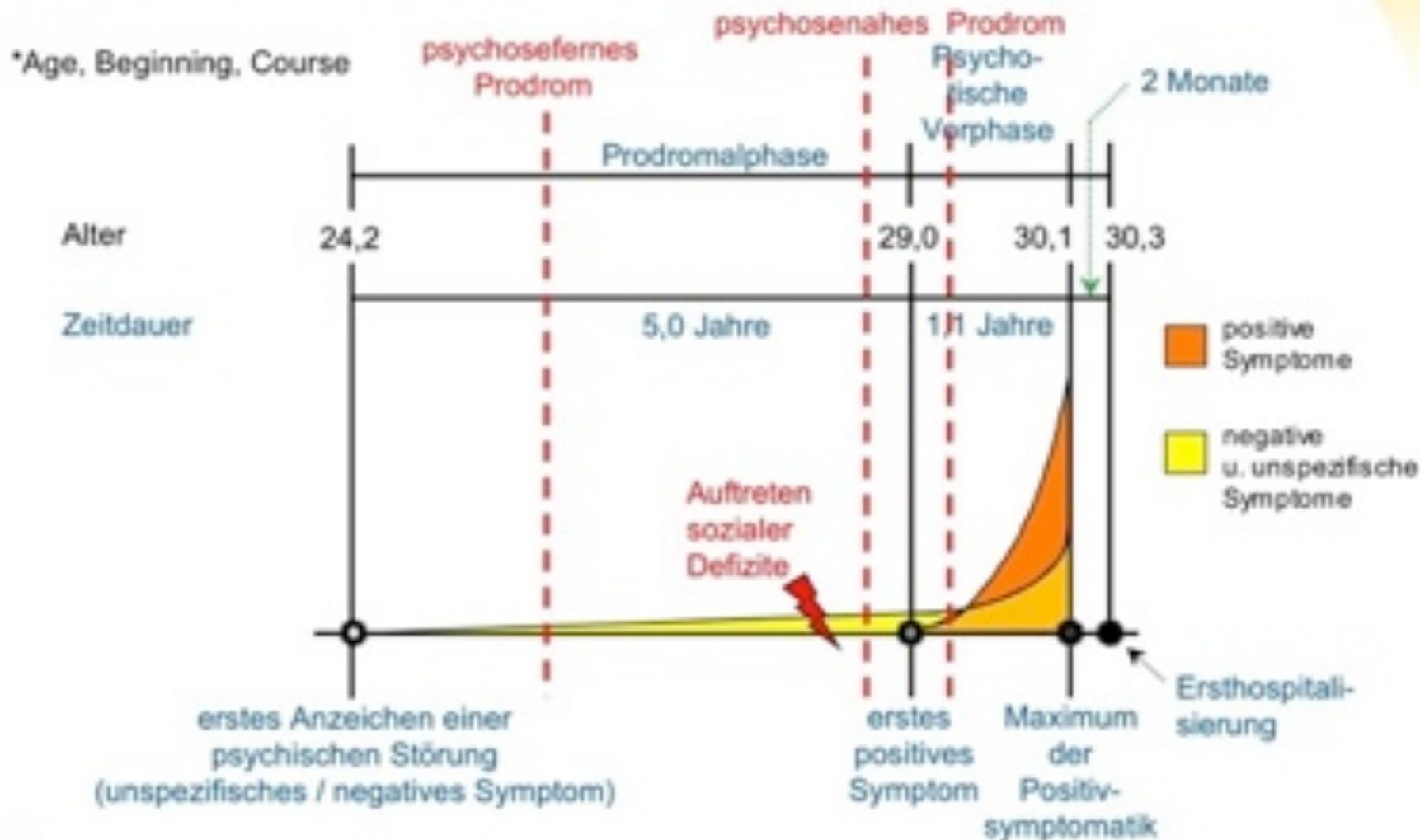
Fühle sich bedroht von Nachbarn in Türkei und auch in ihrer HH-Wohnung. Habe neues Schloss eingebaut, damit Betreuer von Bezirksamt und auch der Vater nicht in die Wohnung kämen. Stat. EW absolut abgelehnt: “da nie wieder hin“

T: Nach **10 mg Haloperidol° i.m.** „wegen Schwindel“ schließlich zugestimmt

> **Stat Einweisung** / anfangs Unterbringung nach § 12

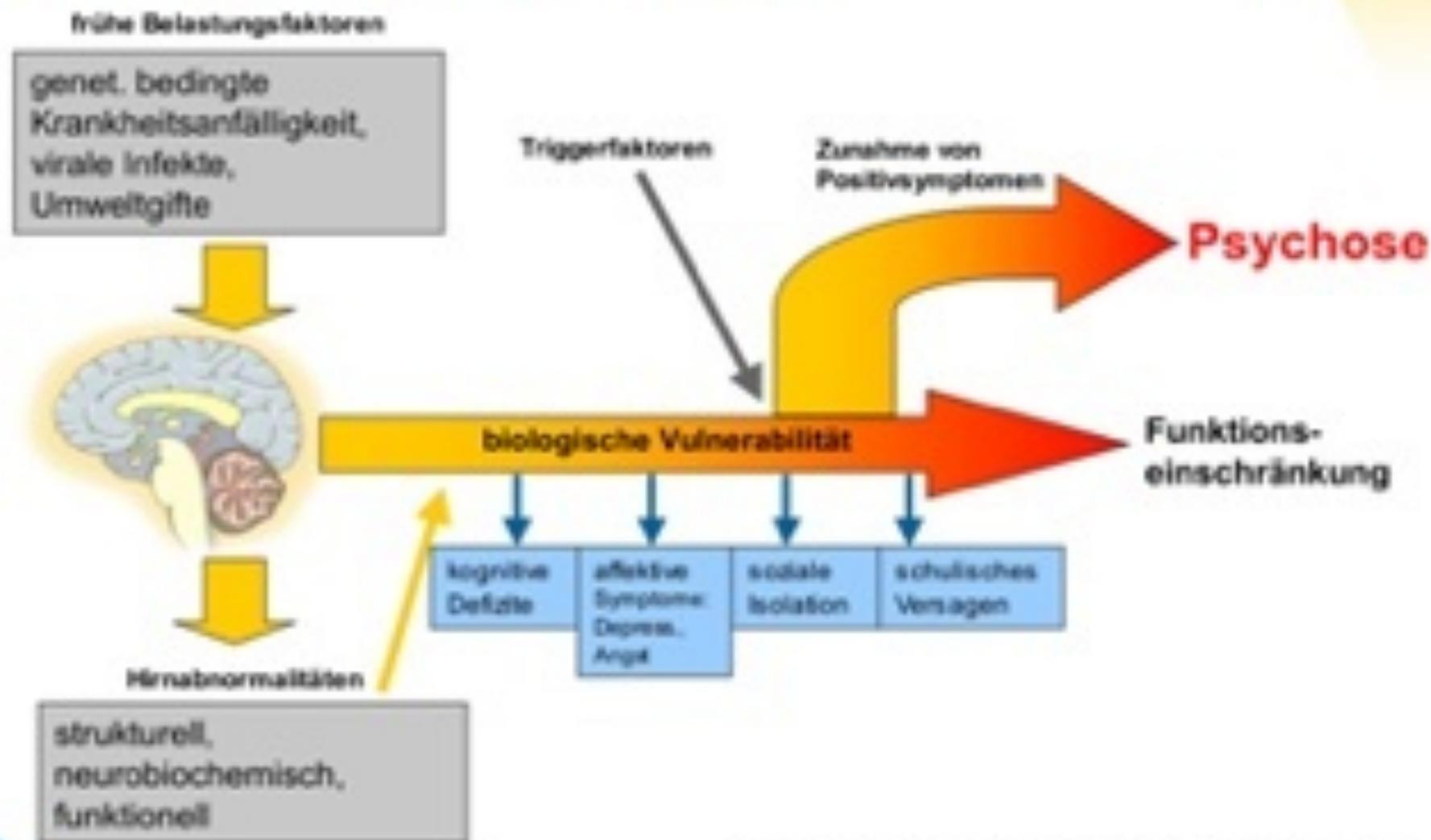
Seitdem in **psychiatrischem Pflegeheim** in Schleswig- Holstein
Ruft trotzdem regelmäßig an „um Medikamente zu bestellen“

Frühverlauf schizophrener Erstepisoden (Mannheimer ABC*-Studie)



Modifiziert nach Häfner H et al. Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci 1995; 246: 17-28.

Moderne Version des Vulnerabilitäts-Stress-Modells



Psychiatrische Notfälle

Dr. Hans-Peter Unger

Chefarzt
Zentrum für seelische Gesundheit
Asklepios Klinikum Harburg

Wie kann „der Zugang“, die Beziehungsaufnahme gelingen?

Angst

Manie

Depression

Schizophrenie

Sucht

Demenz

nosologische Diagnose im Notfall oft nicht möglich,
Syndromdiagnose dagegen meist erkennbar
und basale **Therapieoption** einleitbar
(organische/symptomatische Ursachen bedenken)

Kontaktaufnahme I

- Erster Eindruck ist entscheidend
- sich nicht von der Hektik anstecken lassen
- ausreichend Zeit nehmen
- ruhig und interessiert neutral auftreten
- Patienten direkt kontaktieren und ernst nehmen
- gemeinsame Basis mit Patienten herstellen

Kontaktaufnahme II

- Suizidalität ansprechen
- Umfeld und Fremdanamnese beachten
- Fremdgefährdung erfragen
- Suchtmittel? Vergiftung?
- möglichst weiteres Vorgehen besprechen

Krise aus Sicht des Patienten:

- Angst, Verunsicherung
- Selbstwertverlust
- Scham und Schuld
- Hoffnungslosigkeit
- Ohnmacht

- Misstrauen, Ärger
- Reizbarkeit, Wut
- Vorwürfe
- Entwertungen
- Aggression

Gegenübertragung des Helfers

- Verständnis
- Schutzreflex
- Hilfe anbieten
- Unterstützen
- Übertragungswahrnehmung

„Engel“

- Ungeduld
- Ärger
- Enttäuschung
- Fallen lassen
- Übertragungswahrnehmung

„Teufel“

Der psychotische Patient

- ▶ Unruhig, erregt, angespannt bis mutistisch, kataton
- ▶ Seltsam bizarres Verhalten, Eigenweltlichkeit
- ▶ Wahn und Halluzinationen, Realitätsverlust
- ▶ Schwere Konzentrationsstörungen
- ▶ **Problem: „Verlust der Ich-Grenzen“, existentielle Panik**
Klar, ruhig und verständlich sprechen, nicht auf Wahn eingehen, die Beeinträchtigung der basalen Bedürfnisse ansprechen: Schlafen, Essen, Trinken, Rauchen, Sicherheit...

Risikoabschätzung Fremdgefährdung

- Verbale Drohungen, Kampfhaltungen, Schlagen und Treten von Gegenständen
- Psychomotorische Unruhe und Erregung
- wie kooperativ sind Beteiligte?
- Hinweise auf Zerstörung/Beschädigungen?
- sind potentielle Waffen in der Nähe?
- gibt es Verletzte/Geschädigte?

Der manische Patient

- enthemmtes Hin- und Herlaufen
- gehobene bis gereizte Stimmungslage
- Kontrollverlust bis zur raptusartigen Gewalt
- Logorrhoe, Ideenflucht
- Distanzlosigkeit, ansteckende Fröhlichkeit
- **Problem: Größenselbst versus Angst vor Minderwertigkeit**
Nicht entwerten, akzeptablen Kompromiss auf Augenhöhe finden, z.B. Schlafmangel... ansprechen

Der verwirrte Patient

Störung

- der Orientierung
- des Gedächtnisses
- der Wahrnehmung
- des formalen Denkens
- des inhaltliches Denken

u.U:

- der Bewusstseinslage
- **fluktuierend!!!**

Delir

potentiell lebensbedrohlich
und immer abzuklären
(cave: hypoaktives Delir)

Der depressive Patient

- **Suizidalität**
- Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit
- Stupor, Hemmung, Agitation
- Wahnhafte Überzeugungen
- Exsikkose, Nahrungsverweigerung
- Ablehnung medizinischer Hilfen
- Selbstschädigung

Epidemiologie des Suizids

- Suizidrate Männer 4 x höher als bei Frauen
- Suizidversuche Frau 3 x höher als bei Männern
- über 60. Lebensjahr rapider Anstieg der Suizidrate, Höhepunkt um das 80. Lebensjahr
- hohe Dunkelziffer
- Suizidgedanken bei über 30 % der jungen Heranwachsenden
- 90-95 % der Suizidopfer leiden an einer psychischen Krankheit
- Lebenszeitrisiko für Suizid: 15 % bei Depression
10 - 15% bei Schizophrenie
7-10 % bei Persönlichkeitsstörung
- **Bei 25-50 % aller Suizide spielt kurzzeitig begonnener Alkoholkonsum eine Rolle**

Jeden Suizidversuch ernstnehmen!

Bei jeder psychiatrischen
Exploration nach Suizidalität
fragen!

Risikoabschätzung Suizidalität

- ▶ Einengung der Gefühle, des Denkens und der sozialen Bezüge (Wie ist die Brücke zum anderen Menschen?)
- ▶ Angst, Panik, Schlafstörungen
- ▶ Aktueller Alkohol-, Drogenkonsum
- ▶ Grübelzwang, überwertige, wahnhaftige Überzeugungen
- ▶ Psychomotorische Unruhe, aber auch plötzliche „Entspannung“
- ▶ Soziale Isolierung, Verschenken von Gegenständen, SMS, verbale Ankündigungen, Briefe, „Dinge in Ordnung bringen“
- ▶ Planung, Mittelwahl, Zeitpunkt

Risikofaktoren für Suizid

- ▶ Suizidversuch in der Vorgeschichte (37fach erhöhter prädiktiver Wert)
- ▶ Suizid im Umfeld (Familie etc, Werther Effekt)
- ▶ Psychische Erkrankung, Suchtmittelgebrauch
- ▶ Körperlich schwere Erkrankung (Schmerz, Bewegungseinschränkung)
- ▶ Männer in hohem Lebensalter
- ▶ Soziale Isolation (Geschiedene Männer)
- ▶ Arbeitslosigkeit
- ▶ Trauma in der Vorgeschichte

Das therapeutische Dilemma in der narzißtischen Krise

- ▶ Authentizität (Verständnis, aber notfalls auch Zwang)
- ▶ Zeit nehmen, Zeitmangel erklären
- ▶ Empathische aber klare Grundhaltung
- ▶ Vorsicht vor Idealisierung („Nur Sie verstehen mich!“)
- ▶ Entwertung nicht nachgeben („Sie können mir nicht helfen“)
- ▶ Eigene (negative) Emotionen reflektieren
- ▶ **Mit der Seite verbünden, die Leben will, aber nicht bei der Verharmlosung oder Verleugnung des Suizidversuchs mitmachen**
- ▶ Weiterführende Hilfe

Der süchtige Patient

- ▶ Abnormer Rausch, „bad trip“
- ▶ Überdosis, Intoxikation (Schwerer Rausch 2 promille, Überdosis 3 promille, individuelle Verträglichkeit)
- ▶ Halluzinose
- ▶ Alkohol-, Drogenentzug
- ▶ Entzugsanfall, Delir
- ▶ Halluzinose
- ▶ Demenz

Funktion der psychiatrischen Notfallmedikamente in der Notfallmedizin

- ▶ Anxiolyse
- ▶ Dämpfung bei starker innerer und motorischer Anspannung
- ▶ Sedierung bei aggressivem Verhalten bzw. Erregungszuständen mit aggressivem Verhalten
- ▶ Sedierung bei akuter Suizidalität

Notfallpräparat: Haloperidol

- ▶ Konventionelles hochpotentes Neuroleptikum aus der Substanzgruppe der Butyrophenone
- ▶ starke antipsychotische Wirkung
- ▶ starke psychomotorische Dämpfung
- ▶ kaum vegetative Nebenwirkungen
- ▶ mögliche NW im Akuteinsatz: Frühdyskinesien
- ▶ Gefahr von Spätdyskinesien für Notfalleinsatz nicht relevant
- ▶ cave Parkinson-Syndrom, Lewy-Körperchen Demenz

Notfallpräparat: Haloperidol

- ▶ Einsatz bei Erregungszuständen im Rahmen von psychotischen oder psychotisch-maniformen Syndromen, starker Aggressivität, Erregungszuständen bei (starker) Alkoholisierung, delirante Syndrome
- ▶ auch bei älteren Menschen einsetzbar
- ▶ Applikation peroral oder intramuskulär
- ▶ intravenöse Applikation nicht mehr empfohlen, nur bei Monitorüberwachung: Zusammenhänge zwischen Kammertachykardie (QTc-Verlängerung) und iv-Gabe von Haloperidol möglich (Sicherheitsempfehlung des Herstellers)

Notfallpräparat: Haloperidol

- ▶ Dosisempfehlung

bei Erregungszustand: 5 mg p.o. oder i.m.

bei älteren Menschen: 2 – 5 mg p.o. oder i.m.

- ▶ bei Auftreten Früh dyskinesien:

Biperiden (Akineton)

Notfallpräparat: Lorazepam

- ▶ Benzodiazepin mit kurzer Halbwertszeit (8 – 24 Stunden)
- ▶ im Vergleich zu Diazepam weniger lipophil, daher nicht so schnelle Passage der Blut-Hirn-Schranke
- ▶ geringe Umverteilung im Gewebe
- ▶ keine aktiven Metaboliten → geringe Kumulationsgefahr
- ▶ geringe Gefahr der Atemdepression
- ▶ Abhängigkeitspotential in der Notfallsituation vernachlässigbar

Notfallpräparat: Lorazepam

- ▶ sehr gute anxiolytische Wirkung
- ▶ geringere sedierende Wirkung
- ▶ Einsatz bei Panikattacken, dissoziativen Zuständen, Stupor, bei Erregungszuständen oder starker Angst/Anspannung/ Aggression im Rahmen von psychotischen oder maniformen Syndromen
- ▶ bei starker Alkoholisierung grundsätzlich Vorsicht – Einsatz bei Atemalkohol unter 1 Promille.
- ▶ Empfohlene Applikation: peroral, auch intramuskuläre oder intravenöse Gabe möglich

Notfallpräparat: Lorazepam

- ▶ Empfohlene Dosis:
- ▶ bei starker Angst/Erregung: 1.0 bis 2.5 mg p.o. als
- ▶ Tavor expidet (lyophilisierte Plättchen)
- ▶ lösen sich in Sekunden auf der Zunge auf →
schneller Wirkungseintritt)
- ▶ Wiederholbar nach 45 bis 60 Minuten
- ▶ 2 – 4 mg i.m. (1 Ampulle = 2 mg) oder 2 mg i.v.

Der Notarzt im Spannungsfeld des „Willens“ des Patienten

- akute Notfallversorgung vor Ort zur Stabilisierung bei vitaler Bedrohung
- rascher Transport der gefährdeten Person in das (nächst gelegene) Krankenhaus zur weiteren medizinischen Versorgung

VERSUS

- Patient lehnt Notfallbehandlung ab
- Patient lehnt Transport ins Krankenhaus ab

DRÄNGENDE FRAGEN:

Handlung GEGEN DEN WILLEN des Patienten gerechtfertigt?

Wenn ja, auf welcher Rechtsgrundlage?

Voraussetzungen für Handeln gegen den Willen

Akute Eigengefährdung (schwere körperliche Erkrankung und eine zu erwartende schwere körperliche Beeinträchtigung bzw. vitale Bedrohung)

+

eine psychische Erkrankung, die den Zustand der akuten Eigengefährdung bedingt hat und/oder verhindert, dass sich der Patient behandeln lässt gemäß der Ziele des Notarztes

Geschäftsunfähigkeit

Geschäftsunfähig wegen psychischer Erkrankung (§ 104 BGB):

Geschäftsunfähig sind (.....) auch Personen, die sich in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befinden, die eine freie Willensbestimmung ausschließt und seiner Natur nach nicht nur vorübergehend ist. (.....)

Dazu zählen Menschen mit:

- Demenz
- Minderbegabung
- Schizophrenie
- Alkoholkrankheit mit schweren zerebralen Veränderungen
- Manie in manischer Phase
- Psychotische Depression

Einwilligungsfähigkeit

Einwilligungsunfähig ist, wer Art, Bedeutung und Tragweite der ärztlichen Maßnahme nicht erfassen kann.

Einwilligungsunfähig ist im Umkehrschluss aber auch die Person, die die Bedeutung und Tragweite (also das Risiko) einer Ablehnung der Behandlung (z.B. aufgrund einer psychischen Erkrankung) nicht erfassen kann

+ Lebensbedrohlicher Zustand

**→ RECHTFERTIGENDER NOTSTAND FÜR NOTARZT
GEGEN DEN „WILLEN“ DES BETROFFENEN ZU HANDELN**

§ 34 StGB Rechtfertigender Notstand

Wer in einer **gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr** für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, **um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden**, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.

§ 323 c StGB Unterlassene Hilfeleistung

Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

GARANTENPFLICHT DES NOTARZTES

Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit

Anamnese und psychopathologischer Befund:

- Bewußtsseinsstörung
 - Störung der personalen, zeitlichen, örtlichen oder situativen Orientierung
 - Deutlich eingeschränkte Auffassung/Mnestik
 - Deutlich affektive Einengung (depressiv/maniform)
 - Psychomotorische Erregung, Katatone Erstarrung
 - Wahnvorstellungen/Halluzinationen
 - Suizidale Einengung
- ➔ **nahezu alle schwerwiegenden psychischen Erkrankungen im Notfall** (organische Erkrankungen, Psychosen, schwere affektive Erkrankungen, schwere Krisen bei Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen...)

Unterbringung nach Hamburger PsychKG

- Psychisch-Kranken-Gesetz = Ländergesetz
- Schutz und Hilfe für Psychisch Kranke
- Aufgrund einer psychischen Krankheit muss eine *gegenwärtige* Gefahr bestehen, dass die Person sich selbst oder eine andere Person *erheblich* schädigt und diese Gefahr nicht anders abgewendet werden kann
- Gefahr ist in allernächster Zeit mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu erwarten
- Gefahr = Lebensgefahr, schwere Gesundheitsschäden, Siechtum, Koma, Selbstverstümmelung, Gifteinnahme
- Auf Antrag mit fachärztlichem Gutachten
- Über Ordnungsbehörde
- *Vorläufige* Unterbringung über 24 Stunden über Ordnungsbehörde ohne richterlichen Beschluss mit Antrag von in der Psychiatrie erfahrenem Arzt

Einwilligungsunfähigkeit bei „bedingtem“ Notfall

Einwilligungsfähigkeit der Patientin fraglich, aber
o kein akuter Notfall --> keine gegenwärtige Gefahr
o bei fehlender Behandlung erhebliche Gesundheits-
schäden in der Zukunft möglich bzw. zu erwarten

Handlungsmöglichkeiten:

Info an Sozialpsychiatrischen Dienst

Info an Rechtsbetreuer, sofern vorhanden

--> Antrag auf Unterbringung nach § 1906 BGB

Info an Betreuungsstelle/Unterbringungsgericht

--> Eilbetreuung

Kontaktadressen: Telefonseelsorge, ZNA

Einwilligungsfähiger Patient ?

Schwere bzw. lebensbedrohliche Erkrankung

+

psychisch unauffälliger (?), also einwilligungsfähiger Patient ?

→ keine Handlungsmöglichkeit bei Ablehnung der Behandlung ?

kann ich den psychischen Befund tatsächlich erheben?

→ juristische Grenzfälle, Einzelfallentscheidungen, genaue Untersuchung und detaillierte Dokumentation zwingend erforderlich

The background is a dark blue-grey color with a faint, light-colored pattern. On the left side, there is a compass rose with a needle pointing towards the top-left. The compass has letters 'N', 'E', 'S', and 'W' visible. Overlaid on the compass and extending across the background is a grid of thin, light-colored lines, resembling a map or a technical drawing.

Vielen Dank für die
Aufmerksamkeit!

h.unger@asklepios.com