

# Der psychiatrische Patient – Was tun im Nachtdienst?

Dr. Bernd Reininghaus  
Universitätsklinik für Psychiatrie  
Medizinische Universität Graz

# Inhalt

- Schlafstörungen
- Akuter Verwirrtheitszustand/ Delir
- Alkoholentzugssyndrom
- Erregungszustand (paranoid, manisch-  
psychotisch)
- Akute Suizidalität

# 1. Schlafstörungen

## ■ Mögliche Ursachen

- Die fünf P's (mod. Nach Erman 1989)

<b>Physisch</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Internistisch: Herz-Kreislauf, Atemwege, Endokrinopathien, Stoffwechselerkrankungen, Rheumatologische KH, Hepatopathien, Nierenerkrankungen</li> <li>•Neurologisch: degenerative ZNS Erkrankungen, M. Parkinson, Epilepsie, Hirntumore, Restless legs, Narkolepsie</li> <li>•Schlafapnoe- Syndrom</li> <li>•Störende Ausseneinflüsse</li> </ul>
<b>Physiologisch</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Jet-Lag</li> <li>•Schichtarbeit</li> <li>•Falsche Schlafhygiene</li> </ul>
<b>Psychologisch</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Belastende Lebensereignisse in der Vorgeschichte</li> <li>•Aktuelle psychosoziale Stressoren</li> <li>•Persönlichkeitsbedingtes Nichtabschaltenkönnen</li> </ul>
<b>Psychiatrisch</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Depression</li> <li>•Angst</li> <li>•Posttraumatische Belastungsstörung</li> <li>•Substanzabhängigkeit</li> <li>•Schizophrenie</li> <li>•Demenz</li> <li>•Delir</li> <li>•(Alkohol-)Entzugssyndrom</li> </ul>
<b>Pharmakologische</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Rebound bei Benzodiazepineinnahme</li> <li>•Betablocker, Diuretika, Kalziumblocker</li> <li>•Bronchodilatoren, Glukokortikoide</li> <li>•Kontrazeptiva</li> <li>•Psychomotorisch aktivierende Antidepressiva, Stimulanzen</li> <li>•Schilddrüsenhormone</li> <li>•Zytostatika, .....</li> </ul>

# Checkliste Schlafstörungen

Form der Schlafstörung	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Einschlafdauer</li> <li>•Durchschlaffähigkeit</li> <li>•Früherwachen</li> <li>•Erholsamkeit</li> <li>•Gesamtschlafzeit</li> </ul>
Symptomatik in der Schlafperiode	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Kognitive/ emotionale Überaktivität</li> <li>•Körperliche Symptome</li> <li>•Spezialsympome (Alpträume, Panikschrei, Schlafwandel, Schnarchen, restless legs)</li> </ul>
Tagesbefindlichkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Vigilanzminderung</li> <li>•Aktivitäts- und Antriebsschwäche</li> <li>•Konzentrations- und Leistungseinbussen</li> <li>•Störung des Affekts und des allgem Wohlbefindens</li> </ul>
Schlafverhalten	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Falsche Schlafhygiene, Fehlende Schlafgewohnheiten, Störende Abendgestaltung</li> <li>•Zu früh ins Bett gehen</li> <li>•Tagesschlaf</li> </ul>
Ursachen	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Subjektives Krankheitskonzept</li> <li>•Ursachen Exploration (5 Ps: Physisch, Physiologisch, Psychologisch, Psychiatrisch, Pharmakologisch)</li> </ul>
Verlauf	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Zeitpunkt des Erstauftretens</li> <li>•Krankheitsdauer (&lt; 3d, 2-3 Wo, &gt; 3Wo)</li> <li>•Symptomfluktuation</li> </ul>
Biographie	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Berufsprobleme, Prüfungen</li> <li>•Wohnortwechsel</li> <li>•Partnerkonflikt, Scheidung</li> <li>•Krankheit, Verkehrsunfall, Todesfälle</li> </ul>
Organische/ Psychiatrische Anamnese	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Atemwegserkrankungen, Herz- Kreislauf KH, Endokrinopathien</li> <li>•Demenz, M. Parkinson, Epilepsie, ZNS</li> <li>•Schmerzen, Affektive Störungen, Angst, Schizophrenie</li> </ul>
Vorbehandlung	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Selbstbehandlung</li> <li>•Hypnotika</li> <li>•Alternative Behandlung ( Entspannung,..)</li> <li>•Ambulante/ Stationäre Behandlung</li> </ul>

# Therapie der Schlafstörung

- Ziel der Akutbehandlung im Nachtdienst:
  - Akute somatische/psychiatrische Ursachen ausschliessen (Checkliste)
  - Zunächst symptomatische Therapie der Ein-/Durchschlafstörung
  - In weiterer Folge Ursachensuche und kausale Behandlung
  - Anordnung von Schlafhygienemassnahmen

# Therapie der Schlafstörungen

## ■ Pharmakologische Therapie:

1. Benzodiazepinhypnotika und Non-Benzodiazepinhypnotika (der Imidazopyridingruppe, Pyrazolopyrimidingruppe und der Zyclopyrrolongruppe)
2. (Chloralhydrat)
3. Antihistaminika
4. Antidepressiva
5. Antipsychotika
6. (Melatonin, Tryptophan, pflanzliche Präparate)

# Non-Benzodiazepinhypnotika (der Imidazopyridingruppe, Pyrazolopyrimidingruppe und der Zyclopyrrolongruppe)

- **Zolpidem (Imidazopyridin):** Zoldem<sup>®</sup>, Ivadal<sup>®</sup>
  - Rasche Resorption, ultrakurze HWZ, pharmakologisch inaktive Metaboliten
  - Ind.: Einschlafstörung (Dauer der sedierenden Wirkung ca. 4h)
  - Dosierung 10mg, bei älteren Menschen 5mg
  - NW: Abhängigkeitsentwicklung, Reboundphänomene selten
  - Max. Therapiedauer 14d
  - Empfehlung!

# Non-Benzodiazepinhypnotika (der Imidazopyridingruppe, Pyrazolopyrimidingruppe und der Zyclopyrrolongruppe)

- Zopiclon (Zyklopyrrolon): Somnal<sup>®</sup>
  - Rasche Resorption, kurze HWZ, keine Kumulationsneigung, Hauptmetabolit wenig aktiv
  - Ind.: Ein-und Durchschlafstörung
  - Dosierung: 3,75-15mg
  - NW: Abhängigkeitsentwicklung und Reboundphänomene selten
  - Max. 14 d

# Benzodiazepinehypnotika

- Brotizolam (Lendorm<sup>®</sup>)
- Flunitrazepam (Rohypnol<sup>®</sup>)
- Lormetazepam (Noctamid<sup>®</sup>)
- Nitrazepam (Mogadon<sup>®</sup>)
- Triazolam (Halcion<sup>®</sup>)

# Benzodiazepinehypnotika

## ■ Beachte HWZ und aktive Metaboliten!

### – Flunitrazepam (Rohypnol):

- mittellange HWZ (10-30h) und *aktive Metaboliten*
- → *Hang-over*, Rebound, Kumulationsgefahr
- Dosierung: 0,5-2mg, stationär max. 4mg
- Starke und rasch eintretende Wirkung
- *Eingeschränkt* empfehlenswert

### – Nitrazepam (Mogadon):

- mittellange HWZ (15-30h) , keine Metaboliten
- → *Hang-over*, Rebound
- Dosierung: 2,5-10 mg
- Wirksames Hypnotikum

# Benzodiazepinehypnotika

- Lormetazepam (Noctamid®):
  - kurze HWZ (6-8h), aktive aber kaum relevante Metaboliten
  - Hang-over-Effekte bei höherer Dosierung möglich
  - Dosierung: 0,5-2mg
  - Wirksames Hypnotikum
- Brotizolam (Lendorm®):
  - kurze HWZ (4-7h), aktive aber kaum relevante Metaboliten
  - Dosierung: 0,125- 0,25mg
  - Wirksames Hypnotikum
- Triazolam (Halcion®):
  - ultrakurze HWZ (1,5-4h), keine pharmakologisch relevanten Metaboliten
  - NW: Verwirrtheitszustände, Ängstlichkeit, anterograde Amnesie
  - *Nicht* empfehlenswert

Alle NB- und B- Hypnotika lassen sich mit Flumazenil (Anexate)antagonisieren

# Antihistaminika

## ■ Diphenhydramin (Noctor®)

- Vorwiegend H1-antihistaminerge Wirkkomponenten, zudem anticholinerge Eigenschaften
- Gute und schnelle Resorption, längeres Anfluten, kurze HWZ (4-6h)
- NW: anticholinerg! , gastrointestinale Beschwerden, Photosensibilität, Blutbildveränderungen
- Relativ geringe Wirksamkeit, hohe NW-Rate, Gefahr bei Überdosierung → nicht zu empfehlen

# Antidepressiva

- Zur Akutbehandlung von Schlafstörungen bedingt geeignet
- Indikation: Schlafstörung comorbid mit Depression, Somatisierungsstörung, Angststörung
- Antidepressiva mit antihistaminischen und/oder 5HT<sub>2</sub>-antagonistischen Eigenschaften:
  - Amitryptilin (Saroten<sup>®</sup>, Tryptizol<sup>®</sup>):
    - Trizyklisches AD
    - 25-75 mg abends
    - Stark anticholinerg wirksam
    - Cave NW!! (Herz!) und WW!!
  - Maprotilin, Mirtazapin, Mianserin, Trazodon

# Antipsychotika

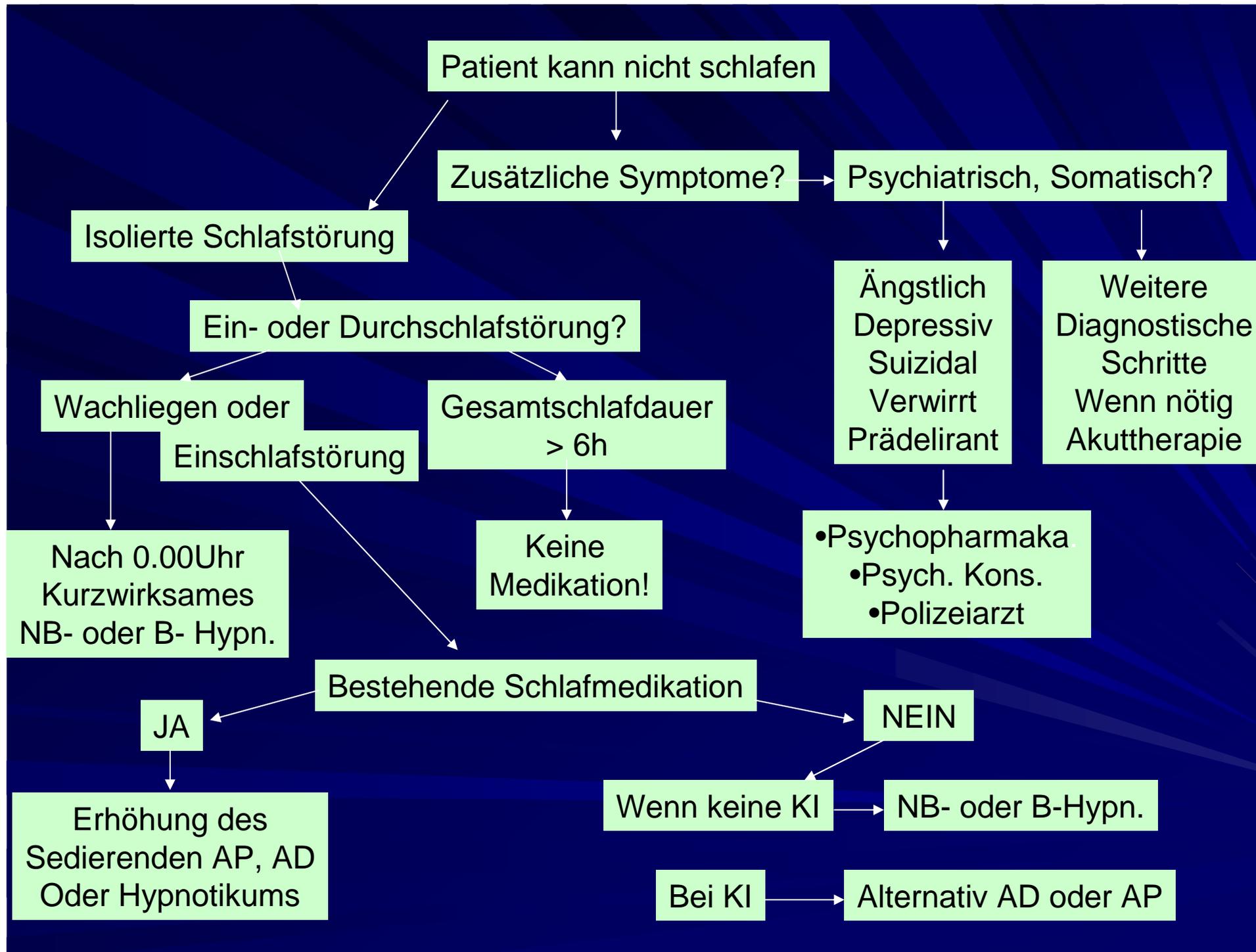
- I.e.L. psychomotorisch dämpfende Neuroleptika der alten Generation
- KI allgemein:
  - Akute Alkohol,- oder Psychopharmakaintoxikation
  - M. Parkinson
  - Erkrankungen des hämatopoetischen Systems
- NW allgemein: EPMS, anticholinerg, Herz-Kreislauf
- Indikation:
  - bei psychomotorischer Erregung
  - bei KI gg. Benzodiazepin- und Non-Benzodiazepinhyponotika (Abhängigkeitsrisiko, bekannte paradoxe Reaktion, Unverträglichkeit,..) oder Wirkungslosigkeit derselben

# Antipsychotika

- Prothipendyl (Dominal<sup>®</sup> forte):
  - Dosierung: 40-80 mg, bei Bedarf bis zu 160mg
  - Bei niedriger Dosierung wenig anticholinerge Effekte
  - NW: zus. Orthostatische Dysregulation
  - Insgesamt gut wirksam und verträglich in der oralen Darreichung
- Melperon (Buronil<sup>®</sup>):
  - Dosierung: 25-100mg
  - Wenig anticholinerge Effekte
  - Zusätzlich muskelrelaxierend und antiarrhythmisch
  - Vegetative NW seltener als unter Dominal
  - Empfehlung v.a. bei geriatrischen Patienten

# Synopsis

## Schlafstörung – Was Tun?



# 2. Akuter Verwirrtheitszustand/ Delir

# Delir

- Akut auftretender Verwirrheitszustand mit
- Störungen des Bewusstseins und der Psychomotorik
- Fluktuierender Symptomatik

- **Delir, das nicht durch Alkohol oder sonstige psychotrope Substanzen bedingt ist**
  - Synonyme: akutes psychoorganisches Syndrom, akutes hirnorganisches Syndrom, akuter Verwirrtheitszustand, akutes medikamentös bedingtes Delir, akute exogene Reaktionstypen nach K.Bonhoeffer
- **Delir, das durch Alkohol oder sonstige psychotrope Substanzen hervorgerufen wird**
  - Am häufigsten sind Alkoholentzugsdelir oder Prädelir, Delirium tremens, Benzodiazepineentzugsdelir, Delirien bei Substanzintoxikationen

# Delir - prädisponierende Faktoren

- Hohes Lebensalter
- Multimorbidität
- Schlechter AZ/EZ
- Seh- oder Hörbehinderung
- Harnwegsinfekte
- Viele Vorerkrankungen oder Operationen
- Chronische Schmerzen
- Anhaltende Schlafstörungen
- Lange Medikamentenanamnese/ Polypragmasie
- Ortswechsel
- Soziale Isolation

# Häufigkeit des Delirs

- Ein beachtlicher Anteil der Delirien wird nicht diagnostiziert
- Überwiegend auf allgemeinmedizinischen Stationen und in Pflegeheimen
  - Nach allgemeinchirurgischen Eingriffen 5-15%
  - Auf internistischen Abteilungen 10-30%
  - Nach Verbrennungen 20-30%
  - Nach Hüftgelenkoperationen bis zu 40%
  - Nach Herzoperationen bis zu 70%
  - Bei moribunden Patienten bis 80%
- Besonders hohe Inzidenz bei älteren Patienten im Krankenhaus, bei Notfalleingriffen, bei stationären Demenzpatienten

# Ursachen für ein Delir

**I**nfektion

Enzephalitis, Meningitis, Syphilis

**E**ntzug

Alkohol, Barbiturate, Sedativa-Hypnotika

**A**kut stoffwechselbedingt

Azidose, Alkalose, Elektrolytstörung,  
Leberversagen, Nierenversagen

**T**rauma

Hitzschlag, nach Operationen, schwere  
Verbrennungen

**Z**NS-Pathologie

Abszesse, Hämorrhagie, Normaldruck-  
Hydrocephalus, Anfälle, Apoplexie, Tumore, Vasculitis

**H**ypoxie

Anämie, Kohlenstoffmonoxidvergiftung, Hypotonie  
Lungen-Herz-Versagen

**M**angelzustände

B12, Hypovitaminose, Niacin, Thiamin

**E**ndokrinopathien

Hyper(Hypo)adrenokortizismus, Hyper(Hypo)glykämie

**A**kut gefäßbedingt

Hypertone Enzephalopathie, Schock

**T**oxine/Drogen

Medikamente, Pestizide, Lösungsmittel

Schwermetalle

Blei, Mangan, Quecksilber

# Delirogen wirksame Arzneimittel I

## Antibiotika:

- Gyrasehemmer (Ciprofloxacin, Norfloxacin)
- Aminoglycosidantibiotika (Gentamycin)
- Cephalosporine (z.B. Cefalexin)

## Virustatika:

- Aciclovir

## Antimykotika:

- Amphotericin B

## Antimalariamittel

- Chloroquin

## Antiprotozoenmittel

- Metronidazol, Quinacrin

## Substanzen mit anticholinergem

### Effekt:

- Tricyclische Antidepressiva (v.a. Amitryptilin)
- Niedrigpotente typische Antipsychotika (v.a. Phenothiazine wie z.B. Triflupromazin und Levomepromazin)
- Clozapin, Olanzapin
- Antiparkinsonmittel (z.B. Trihexyphenidyl, Biperiden)
- Antihistaminika (z.B. Dexchlorpheniramin, Clemastin, Diphenhydramin)
- Spasmolytica (Atropin)

# Delirogen wirksame Arzneimittel II

## Antiepileptika

- Phenobarbital, Phenytoin, Valproat

## Nichtsteroidale Antiphlogistika

- Indometacin, Ibuprofen, Phenylbutazon

## Glukokortikoide

## Antiparkinsonmittel

- Amantadin, Carbidopa, Levodopa

## Antituberkulotika

- Isoniazid, Rifampicin

## Analgetika

- Opiate, Salicylsäurederivate

## Immunsuppressiva

- FU

## Herz-Kreislaufmittel

- Betablocker, Clonidin, Chinidin, Digitalis-Glycoside, Lidocain, Procainamid,

## Sedativa/Hypnotika

- Barbiturate, Benzodiazepine, Bromide

## Sympathomimetika

- Amphetamine, Phenylephrin, Theophyllin
- Lithium

## Ulcus-Therapeutika

- Cimetidin

## Entzug psychotroper Substanzen

- Alkohol, Barbiturate, Benzodiazepine

## Thyreostatika

- Phenylthiouracil

# Symptome des Delirs

- Nicht immer Vollaussprägung
- Im Prodromalstadium
  - Symptome eines abortiven oder unvollständigen Delirs
    - Ängstlichkeit, psychomotorische Unruhe, gesteigerte Reizbarkeit
- Sundowning-Phänomen
  - Verwirrtheit, Verkennung der Umgebung, erschwerte Auffassung, ängstliche Verstimmung, motorische Unruhe, Suggestibilität, optische und akustische Halluzinationen, vegetative Symptome



Vollbild des Delirs

# Klinische Subtypen

## 1. Hyperaktives - Hyperalertes Delir

- Es dominieren psychomotorische Unruhe, Agitiertheit, erhöhte Irritierbarkeit sowie produktive Symptome

## 2. Hypoaktives – Hypoalertes Delir

- Antriebsarmut, Apathie, Verlangsamung bis hin zur Somnolenz > schwierige Diagnose

## 3. Gemischtes Delir

- Rascher Wechsel zwischen hyperaktiv und hypoaktiv

# Therapie des Delirs

- **Beseitigung der delirauslösenden Ursache**
  - Potentiell delirogene Arzneimittel sind sofort abzusetzen (außer wenn sie für die somatische Therapie des Patienten unverzichtbar sind) bzw durch nicht delirogene Arzneimittel zu ersetzen
  - Bei unklarer Ursache (sehr häufig) ist zur Vorbeugung einer Wernicke- Enzephalopathie die Indikation zur Vitamin B1-Substitution grosszügig zu stellen
- **Symptomatische Therapie**
  - Flüssigkeits-, Elektrolyt-, Vitaminsubstitution
- **Pflegerische Massnahmen**
  - Reizabschirmung, Überwachung, Vermeidung sensorische Deprivation
- **Konsiliarpsychiater hinzuziehen**

# Therapie des Delirs

## ■ Medikamentöse Therapie:

– Haloperidol (Haldol®) p.o. oder i.v.

- Kontrolliert effektiv delirante Symptomatik (z.B. Halluzinationen, Agitiertheit und psychomotorische Unruhe)
- Gleicht das Ungleichgewicht zwischen dem noradrenergen und cholinergen Transmittersystem aus
- Tagesgesamtdosis 2-10mg, im Bedarfsfall bis zu 60 mg i.v.
- Gute Verträglichkeit (keine klinisch relevante kardiotoxische, anticholinerge oder vegetative Nebenwirkungen)
- Keine atem- oder kreislaufdepressiven NW
- Risiko: Extrapiramidalmotorische Störungen

# Grazer Therapieschema

<b>Leichtes</b> hyperaktives oder <b>schweres hypoaktives Delir</b> Ohne M. Parkinson, Lewy-Body- Demenz oder HIV - Demenz	<ul style="list-style-type: none"><li>■ <i>Initial</i> 1-mal 0,5 mg Risperidon als Schmelztablette (alternativ 0,5 mg Haloperidol) oral</li><li>■ <i>Aufdosierung nach Verträglichkeit</i> bis zu 2 mg /die in mehreren Einzeldosen</li></ul>
<b>Mittelschweres</b> <b>hyperaktives Delir</b> Ohne M. Parkinson, Lewy-Body- Demenz oder HIV - Demenz	<ul style="list-style-type: none"><li>■ <i>Initial</i> 1mal 2,5 mg Haloperidol als KI (kann mit Glucose 5% 250 ml gemischt werden) &gt;&gt; Aufdosieren nach Verträglichkeit bis 5 mg/die</li><li>■ <i>Zur psychomotorischen Dämpfung:</i> 1 mal 40 mg Prothipendyl p.o. nachts Ggf. Dosissteigerung bis auf 4x40mg.</li></ul>
<b>Schweres</b> hyperaktives <b>Delir</b> Ohne M. Parkinson, Lewy-Body- Demenz oder HIV - Demenz	<ul style="list-style-type: none"><li>■ <i>Initial</i> 1mal 5 mg Haloperidol als KI (kann mit Glucose 5% 250 ml gemischt werden) &gt;&gt; Aufdosieren nach Verträglichkeit mit 5 mg als KI stündlich bis eine ausreichende Kontrolle der Symptomatik erreicht wird bis max. 60 mg/die</li><li>■ <i>Zur psychomotorischen Dämpfung:</i> 1 mal 40 mg Prothipendyl i.v. nachts Ggf. Dosissteigerung bis auf 3x40mg als KI /die möglich . Cave: Kreislaufregulationsstörungen!! Alternativ beim schweren postoperativen Delir: 1mal 1-2mg Lorazepam als KI nachts</li></ul>

Beim superimponierenden Delir bei Demenzerkrankungen bzw. beim älteren Patienten Dosisanpassung!

# Therapie des Delirs

- Medikamentöse Therapie:
  - Risperidon (Risperdal)
    - Alternative v.a. bei älteren Menschen

# 3. Alkoholentzugssyndrom /Prädelir

## ■ Symptome:

- Unruhe, Erregung, Zittrigkeit, Fahrigkeit, Schlafstörung bis hin zur totalen Insomnie
- Immer mehr oder weniger stark ausgeprägte vegetative Veränderungen: (feinschlägiger) Tremor, Schwitzen, Muskelbeben
- Kognitive Störung: Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörung, Suggestibilität

- Unbehandelt mündet die Symptomatik vielfach in ein voll ausgeprägtes Delirium tremens ein!

# Delirium tremens – Symptome

zusätzlich zum Prädelir

- Starke vegetative Begleitsymptome:
  - Tachykardie, grob-schlägiger Tremor,  
Blutdruckschwankungen
- Grand-mal-Anfälle
- Orientierungsstörung
- Produktive Symptomatik:
  - Halluzinationen, Wahn
- Mittelgradige Bewusstseinstörung

# Therapie des Alkoholentzugssyndroms /-delirs

- Leicht- bis mittelgradiges Alkoholentzugssyndrom:
  - Lorazepam (Temesta<sup>®</sup>): alle 6 Stunden 2mg Lorazepam, über drei Tage sukzessive ausschleichen oder
  - Diazepam (Gewacalm<sup>®</sup>, Valium<sup>®</sup>): alle 6 Stunden 10 mg Diazepam, über drei Tage sukzessive ausschleichen
  - Begleitmedikation:
    - Vitamin B1 (Thiamin) zur Wernicke – Prophylaxe (100 mg i.v. über 5 Tage)
    - Bei stark ausgeprägter Hypertonie/Tachykardie z.B. Clonidin z.B. 3x 0,075 mg/die bis max. 0,9 mg /24h – KI beachten
    - Bei Epi-Anamnese zusätzlich Carbamazepin z.B. 2x 200 mg/die
    - Fakultativ zur besseren Energiversorgung des Gehirns Piracetam i.v. (z.B. Nootropil<sup>®</sup> 24g 2x1 i.v.)

# Therapie des schweren Alkoholentzugssyndroms /Delirium tremens

- Vitale Gefährdung!!
- Intensivmediziner /Psychiater hinzuziehen!
- Patienten an eine Intensivstation verlegen
- Parenterales Therapieschema unter intensivmedizinischen Bedingungen mit kontinuierlichem Monitoring und Intubationsbereitschaft
  - Lorazepam 2mg oder Diazepam 10mg alle 6 Stunden i.v. als KI in den ersten 24 Stunden
  - Haloperidol 5 mg i.v. als KI alle 12 Stunden
  - Begleitmedikation: Clonidinperfusor und Thiamin i.v
- Unbedingt abzuraten ist von der Verabreichung von Ethanol!!

# 4. Erregungszustände

- Paranoid-halluzinatorisches Syndrom
- Katatonie
- Manisch – psychotischer Erregungszustand
- Panikattacke

# Paranoid-halluzinatorisches Syndrom

## ■ Symptomatik:

- akute Psychose mit Wahn
- Halluzinationen
- ausgeprägte psychomotorischer Erregung
- Fremdgefährdung, Kontrollverlust, Aggression
- Selbstgefährdung

# Paranoid-halluzinatorisches Syndrom

## ■ Therapie: Was will ich erreichen?

### **1. Stoppen der produktiven Symptomatik**

- Hochpotente Neuroleptika
- Atypische Neuroleptika

### **2. Sedieren**

- Niedrigpotente Neuroleptika
- Benzodiazepine

- Zuclopenthixol– Cisordinol acc. i.m.®(100-250mg Akutdepot)
- Haldol ® (5-20 mg i.v./i.m.)- hochpotent (nicht so gut sedierend)
- Truxal ® (100-300 mg i.m.)-niedrigpotent (besser sedierend)
- Diazepam (10-20 mg i.v.) - Benzodiazepin akut sedierend
- Bei massiver Erregung Kombination

# Katatonie

- o Symptomatik:
  - o Zustand höchster Erregung+ Anspannung
  - o Meist Verharren in unphysiologischen Stellungen- „Flexibilitas cerea“
  - o psychomotorische Erregung mit vielfältigen Hyper- und Parakinesen
  - o Gewalttätigkeit oder aber Stupor, sowie Akinesien
  - o Febrile Katatonie: zusätzlich hohes Fieber und Elektrolytentgleisung - lebensgefährlich
- o Therapie:
  - o Benzodiazepine (z.B. Lorazepam 2mg i.v.)
  - o hochpotente Neuroleptika z.B.: Haldol<sup>R</sup> (10-20 mg i.v.)
  - o Flüssigkeits- und Elektrolytausgleich
  - o Fieber senken
  - o Bei febriler Katatonie sind Intensivmassnahmen angezeigt

# Manie

- Grundlose Heiterkeit und Euphorie, manchmal gereizt – aggressiv
- Stimmung gehoben
- Mindestens eine Woche durchgehend
- Drei der folgenden Merkmale:
  - Gesteigerte Aktivität oder Ruhelosigkeit
  - Rededrang, gesteigerte Gesprächigkeit (Logorrhö)
  - Ideenflucht und subjektives Gefühl von Gedankenrasen
  - Verlust sozialer Hemmungen
  - Vermindertes Schlafbedürfnis
  - Selbstüberschätzung
  - Ablenkbarkeit – dauernder Wechsel von Aktivitäten
  - Tollkühnes oder rücksichtsloses Verhalten
  - Gesteigerte Libido oder sexuelle Aktivität

# Manie

## ■ Therapie:

- In der manischen Phase – oberstes Gebot Ruhigstellung, Reizabschirmung,
  - Oft nur im geschützten Bereich möglich
  - Selten Zwangsmassnahmen notwendig – v.a. bei psychotischer Manie
  - Stoppen der produktiven Symptomatik
    - Hochpotente Neuroleptika
    - Atypische Antipsychotika
  - Sedierung
    - Niedrigpotente Neuroleptika
    - Benzodiazepine
- 
- o Hochpotente/ atypische Neuroleptika z.B.: Haldol<sup>R</sup> (10-20 mg i.v.)
  - o Lithium (Quilonorm ret.)
  - o oder aber gleich Kurzdepot z.B.: Cisordinol accutard<sup>R</sup> (100 - 200 mg i.m.)
  - o bei starker Erregung zusätzlich Diazepam (10-20 mg i.v.).

# Verhalten bei manischen oder akut psychotischen Patienten

- Personelle Unterstützung organisieren
- „Talking down“ – Situation durch ruhige, bestimmte Ansprache deeskalieren
- Beruhigungsmittel anbieten:
  - Lorazepam 2,5mg als Schmelztablette (Temesta expidet 2,5 mg) oder alternativ
  - Diazepam als Tropfen 1x 10 mg (Psychopax 30 gtt)
- Verlegung an eine psychiatrische Abteilung
  - Freiwillig mit Rettung
  - Gegen den Willen des Patienten nach UbG §8 –  
Polizeiartzt über 133 anfordern

# Panikattacke

- o **Symptomatik oft an eine Herzattacke erinnernd mit**
  - o Palpitationen
  - o Tachykardie
  - o Atemnot
  - o Druckgefühl in der Brust
  - o Heiß-Kaltempfindungen
  - o Schwitzen
  - o Ohnmachtsgefühl
  - o Blässe
  - o herabgesetzte Befindlichkeit
  - o Todesangst

# Panikattacke

- o Akuttherapie:
  - o **Beruhigen** durch Zuspruch /Talking down und wenn notwendig
  - o Benzodiazepine (z.B.: Lorazepam als Schmelztablette 1,25-2,5 mg oder Alprazolam 0,5 mg)
- o Weiteres:
  - o Organische Ursachen abklären (meist sind Pat. schon mehrfach durchuntersucht)
  - o In weiterer Folge unbedingt Therapie!!!
  - o Aufklärung über diesen Anfall und die organische Harmlosigkeit
  - o Verhaltenstherapie- Umgang mit der Angst
  - o Event. Psychotherapeutisch Konfliktorientiert- was steckt hinter dieser Angst?
  - o Pat. Über NW der Benzodiazepine aufklären!!

# 7. Akute Suizidalität

- Was heißt das?
- Symptome?
- Bei welchen Krankheitsbildern?
- Risiken?
- Was kann ich dagegen tun?

# Akute Suizidalität

- Ständiges Gedankenkreisen um Sinnlosigkeit des Lebens
- Hoffnungslosigkeit
- Todessehnsucht
- Gedanken an Selbstmord
- Konkrete Pläne sich das Leben zu nehmen
- „Abgeschlossenhaben“-Gefühl der Erleichterung sich entschieden zu haben

# Symptome

- Verzweiflung, Weinen, Gedankenkreisen
- Zeichen der schweren Depression
- Äußerungen nicht mehr leben zu wollen
- Meist „Hilfeschrei“ bei Angehörigen, Ärzten, Telefonseelsorge...
- Rückzug
- In der letzten Phase Erleichterung sich entschieden zu haben- negiert jegliche Vorhaben

# Suizidale Entwicklung

- 1. Erwägung
- 2. Ambivalenz
- 3. Entschluss

# Prädisponierende Krankheitsbilder

- Depressionen
- Bipolare affektive Störung
- Schizophrenie und schizophreniforme Psychosen
- Alkohol,- Drogen,- Medikamentenabhängigkeit
- Störungen aus dem neurotischen Formenkreis
- Persönlichkeitsstörungen
- Organ. Psychosyndrome (Demenz, Epilepsie,..)

# Gruppen mit erhöhtem Risiko für suizidales Verhalten (WHO)

- Menschen mit psychischen Erkrankungen
  - Depression uni-/bipolar
  - Abhängigkeit/Sucht
  - Schizophrenie
- Menschen mit bereits vorliegender Suizidalität
  - Suizidankündigung/ Appell
  - Nach Suizidversuchen
- Alte Menschen
  - Vereinsamung
  - Nach chronischen, schmerzhaften, einschränkenden Krankheiten
  - Nach Verwitwung
- Junge Erwachsene/ Jugendliche mit
  - Entwicklungs-/Beziehungskrisen
  - Drogenproblemen, Familiären Problemen, Ausbildungsproblemen

# Gruppen mit erhöhtem Risiko für suizidales Verhalten (WHO)

- Menschen in traumatischen und schwer belastenden Lebenssituationen
  - Partnerverlust, Kränkung
  - Verlust des kulturellen, politischen und sozialen Lebensraumes
  - Identitätskrisen , Anpassungsstörungen
  - Chronische Arbeitslosigkeit
  - Kriminalität, Zustand nach Verkehrsdelikt
- Menschen mit
  - Schmerzhaften, chronischen, lebeenseinschränkenden, verstümmelnden Erkrankungen, insbesondere des Bewegungs- und zentralnervösen Systems, terminale Erkrankungen mit extremer Pflegebedürftigkeit

# Prädiktoren

- 80% vorher angekündigt
- 50% im Monat zuvor beim Arzt
- 15% aller Pat. mit affektiven Störungen
- 10% nach einem Selbstmordversuch suizidieren sich innerhalb von 10 Jahren
- 19-42% haben schon vorher einen Suizidversuch gemacht

# Vorgehen bei Suizidalität

- Vertrauen des Pat. gewinnen
- Genaue Anamnese (Familienanamnese!!) und Befragung nach konkreten Plänen
- Unterbringung nach dem UBG §8
- Psychopharmakologische Therapie
- Psychotherapeutisch:
  - Supportive Gesprächstherapie
  - Ressourcenorientiert

# Psychopharmakologische Therapie

- Je nach Krankheitsbild, meist sedierend und antidepressiv
- Akuttherapie: Tranquilizer (Lorazepam, Alprazolam)
  - Cave: angstlösender Effekt könnte dem Pat. die Angst vor der Suizidhandlung nehmen!! – unbedingt kontinuierliche Observanz!!
- Lithium (Quilonorm retard<sup>®</sup>) wirkt antisuizidal
  - unbedingt angezeigt bei Suizidalität i.R. Bipolarer Störungen und Rezidivierender Depressiver Störungen

# Diskussion

# Benzodiazepine

- Angriffspunkt Synapsen der Gamma-Aminobuttersäure (GABA), verstärkend über spez. Benzodiazepinrezeptoren.
- GABA wichtigster hemmende Transmitter des ZNS und Rückenmarks.
- Keine direkten Wirkungen ausserhalb des ZNS!

# Pharmakologische Wirkung

- Anxiolyse, Antikonflikt- und frustrationswirkung;
- Enthemmung gewisser Verhaltensformen
- Antikonvulsive Wirkung
- Sedation
- Dämpfung zentral vermittelter vegetativ nervöser und hormonaler Antworten auf emotionelle und psychische Reize
- Zentrale Muskeltonusminderung
- Verstärkung von zentral dämpfenden Pharmaka, anterograde Amnesie
- Fehlen direkter Wirkungen außerhalb des ZNS, sehr geringe Toxizität

# Klinische Indikation

- Angst, Phobien, Ängstliche Depression, Neurotische Hemmung
- Verschiedenste Formen epileptischer Aktivität
- Hyperemotionelle Zustände, Schizophrenien
- Psychosomatische Störungen (kardiovaskuläre, gastrointestinale, urogenitale, hormonelle) somatisch bedingte und psychogene Muskelspasmen, Tetanus
- Anästhesiologie
- Breites Indikationsfeld wegen guter allgemeiner Verträglichkeit

# Benzodiazepine

- 1,4 - und 1,5-Benzodiazepine Beispiele:
- Diazepam = Valium®,  
Gewacalm®,  
Psychopax®
- Bromazepam = Lexotanil®,  
Bromazepam®
- Flunitrazepam = Rohypnol®,  
Somnubene®
- Lorazepam = Temesta®
- Oxazepam = Praxiten®
- Clobazam = Frisium®
- Alprazolam = Xanor ®

# Benzodiazepine

- Kinetik: Peroral verabreicht rasche und vollständige Resorption
- Plasmaproteinbindung: 70 - 98 %;
- Metabolisierung durch Oxidation oder Konjugation; damit ergibt sich Ein-Schritt- oder Mehr-Schritt-Metabolismus d.h.: Abbau über psychoaktive Metaboliten z.B.: Diazepam mit sehr langer HWZ, oder Abbau direkt ohne psychoaktive Metaboliten z.B.: Lorazepam mit kurzer HWZ ohne die Gefahr der Kumulierung der aktiven Metaboliten.
- Ausscheidung hauptsächlich über die Niere.

# Benzodiazepine

- Toxizität der Benzodiazepine:
- Sehr gering - wahrscheinlich ist es unmöglich, daß sich ein gesunder Erwachsener mit einem Benzodiazepin alleine töten kann. Symptome: Somnolenz bis Koma, Ataxie, paradoxe Erregung.
- Therapie: bei Bedarf Magenspülung mit symptomatischer Therapie.
- Antagonist: Flumazinil = Anexate®, hebt bei i.v. Gabe die Benzodiazepinwirkung sofort auf - wegen der kurzen HWZ verdämmert der Patient bei Nachlassen der Wirkung. Aus differentialdiagnostischen Gründen wegen des geringen NW-Profiles dringend indiziert, v.a. bei fortschreitender respiratorischer Insuffizienz.