

Für jedes Problem Verständnis zeigen

Man sollte versuchen, mit dem Patienten allein zu sprechen. Gefühle „Feinde“ des Patienten, z. B. die Polizei oder die Eltern eines ausgeflippten Jugendlichen, sollten aus dem Sichtfeld entfernt werden. Manchmal lässt sich die Lage allerdings besser beherrschen, wenn man mit Einverständnis des Patienten Vertrauenspersonen aus dessen sozialem Umfeld, einen Notarzt oder einen Psychiater mit Krisenerfahrung hinzuzieht. Im Gespräch müssen Sie für die Aufregung und jedes Problem des Patienten unbedingt Verständnis zeigen, anstatt ihn zu belehren, dass er sich grundlos aufregt. Auch Wahnvorstellungen müssen Sie als real akzeptieren und nicht versuchen, mit rationalen Argumenten zu kommen.

Manchmal kann man sich auch nur mit nonverbalen Mitteln einen Zugang zum Patienten schaffen. Schröder führte dazu ein Beispiel aus seiner Praxis an: Ein junger Mann rannte höchst erregt ständig im Kreis herum und war überhaupt nicht ansprechbar. Schröder ging eine Weile hinter ihm her und legte ihm irgendwann die Hand auf die Schulter. Da blieb der Patient stehen und sagte: „Das tut gut!“

Tabelle 2

Das sollte man nicht tun

- Auf die Aggression des Patienten aggressiv reagieren
- Vorwürfe machen
- Mit der Polizei drohen
- Injektionen geben ohne ausreichende Hilfe
- Lügen – die Patienten sind oft extrem sensibel!
- Mit dem Patienten kämpfen

Im äußersten Fall Zwangseinweisung

Haben Sie das Vertrauen des Patienten gewonnen, sollten Sie sich als Helfer anbieten. „Der Patient weiß, dass mit ihm etwas nicht stimmt und wird Ihr Angebot gern annehmen.“ Dennoch sollten Sie zu Ihrem Schutz einen gewissen Sicherheitsabstand einhalten. Wird der Patient plötzlich gewalttätig, ziehen Sie sich zurück und fordern zwei bis vier Polizisten an. „Menschen in psychischen Ausnahmesituationen entwickeln oft enorme körperliche Kräfte.“ Manchmal ist es bei fortbestehender Selbst- oder Fremdgefährdung auch nicht zu umgehen, einen Krankenwagen bestellen und den Patienten gegen seinen Willen einzuweisen.

Nach Drogen und Trauma keine Benzodiazepine!

Schon das Gespräch mit dem Arzt kann die akute Krise zum Abklingen bringen. Wenn das nicht reicht, kommt der Arzt im Notfall mit zwei Medikamenten aus. Bei Schizophrenie, Manie, psychotischer Erregung, Alkohol- und Drogenintoxikation hilft Haloperidol (5 mg i.m.) nach etwa 20 Minuten. Benzodiazepine verbieten sich nach Intoxikation wegen des Risikos einer Atemdepression.

Bei reaktiven oder persönlichkeitsbedingten psychischen Erregungszuständen, agitierter Depression oder Angst setzt Schröder Lorazepam (2,5 mg Tavor® expidet) ein. Aber: „Setzen Sie bei posttraumatischer Belastungsstörung keine Benzodiazepine ein! Sie machen zum einen süchtig – und das in einer Situation mit ausgeprägtem Suchtrisiko. Zum anderen verursachen Benzodiazepine Albträume“, warnte Schröder. Will man solchen Patienten eine ruhige Nacht verschaffen, sollte ein kurz wirksames Antipsychotikum (z.B. 15–30 mg Melperin zur Nacht) verabreicht werden.

DR. MED. ANGELIKA BISCHOFF ■

■ Quelle: Practica, 30.10.2009, Bad Orb

Kasuistik

Alkoholentzugssyndrom mit Delir

Ein 42-jähriger Patient mit langjähriger Alkoholabhängigkeit wurde nach einem generalisierten Krampfanfall zunächst in die medizinische Notaufnahme gebracht. Nach somatischer Abklärung einschließlich Schädel-CT erfolgte wenige Stunden später die Verlegung in die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Der Patient hatte zwei Tage vor der Aufnahme plötzlich mit dem Trinken aufgehört.

Bei der Übernahme bot der Patient ein deutliches vegetatives Entzugssyndrom mit Tremor, Schwitzen und Tachykardie sowie eine beginnende delirante Symptomatik mit Aufmerksamkeitsstörung und Desorientiertheit. Bei engmaschiger Überwachung wurde eine Entzugsbehandlung mit

Diazepam mit symptomgesteuerter Dosierung eingeleitet.

Der Patient erhielt am Abend des Aufnahmetags noch 3 x 5 mg Diazepam, am nächsten Tag eine Gesamtdosis von 100 mg. Wegen der beginnenden deliranten Symptomatik erhielt er zusätzlich 5 mg Haloperidol am Abend. Hierunter konnte die vegetative Entzugssymptomatik gut beherrscht werden, die bei der Übernahme vorhandenen leichten deliranten Symptome waren am Folgetag vollständig verschwunden. In der Nacht vom dritten auf den vierten Tag des stationären Aufenthalts entwickelte der Patient das Vollbild eines schweren Alkoholentzugsdelirs mit Desorientiertheit, Verfolgungswahn, Personenverkennung, optischen

und akustischen Halluzinationen. Der Patient war stark agitiert, sodass eine vorübergehende parenterale Gabe der Medikamente erforderlich wurde.

Unter Fortführung der hoch dosierten Diazepammedikation mit zusätzlicher Gabe von Haloperidol klang die delirante Symptomatik innerhalb der folgenden zwei Tage vollständig ab. Auch die vegetative Entzugssymptomatik war in der Folge kontinuierlich rückläufig, sodass die Medikation sukzessive reduziert werden konnte. Im weiteren Verlauf konnten die Medikamente bis zum 20. stationären Tag vollständig ausgeschlichen werden, der Patient war beschwerdefrei und psychopathologisch unauffällig.

PROF. DR. MED. KLAUS MANN, MAINZ ■