

Psychiatrischer Notfall

Notfälle im Zusammenhang mit:

- Angst
- Suizidalität
- Erregungszustände
- Delirantes Syndrom
- Stupor
- Bewußtseinsstörung
- Notfälle durch Psychopharmaka

Psychiatrischer Notfall

Eine psychosoziale Krise ist **kein** psychiatrischer Notfall...,

kann aber mit psychiatrischen Notfallbeschwerden einhergehen und/oder in diese münden.

Psychiatrischer Notfall

Gespräch suchen- Zuwendung- Vertrauen schaffen-
dieses aufrecht erhalten

Abschätzung, ob bei Pat. akute Gefahr für sich selbst und
Umgebung besteht

Ausschluß vitaler Bedrohung durch mögl. (andere)
Grunderkrankung

Vorläufige diagnost. Einordnung von
-Notfallsyndrom
-zugrunde liegender psychiatrischer Störung

Festlegung der Behandlungsstrategie

(modif. nach Benkert/Hippius: Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie, 10. Auflage)

Psychiatrischer Notfall

Angst

bei neurot. Störungen: Gespräch, Benzos (Lorazepam 1-2mg, Diazepam 5-10mg), niedrigpot. NL (Promethazin, Melperon)

bei wahnhaften Störungen: Gespräch, Haldol (5mg p.o., i.m.?), auch Atypika (Olanzapin 10-20mg p.o., 10mg i.m., Ziprasidon 40mg p.o.), Benzos

Drogen-induziert: Gespräch („talking down“), Benzos

als Medik.-NW (bei bek. Medik., nicht bei Intox.!): Gespräch, TZA (Trimipramin 2-3x 25mg tgl., Opipramol), Benzos

Psychiatrischer Notfall

Suizidalität

Gezielte Ansprache, „Verbindung nicht abreißen lassen“, ggf. Suizidpakt (keine „Sicherheit“!), kurzfr. Kontrollen anbieten. Umfeld- wenn mgl.- einbinden.

Bei eindeutiger/nicht beeinflussbarer Absicht beschützte Einweisung unumgänglich.

Bei weiter erfolgreicher ambul. Behandlung: Grundleiden behandeln!

Medik.: in Akuttherapie kleine Mengen mgl. mit beaufsichtigter Einnahme
-Benzos (nur in großen Mengen selber u.U. vital gefährdend, rel. selten vollendete Suizide mit B.)
-niedrigpot. NL (Promethazin, Melperon).

Bei anzustrebender Stabilisierung der Grunderkrankung (wie Dp.) cave Zunahme Impulsivität unter v.a. serotonergen AD, v.a. im Jugend-/jungen Erw.alter.

Lithium als Augmentation auch ohne Bipolarität! (als Notfallpräp. ungeeignet!)

Psychiatrischer Notfall

Erregungszustände

Ursache klären: „psychiatrisch“ (Grunderkrankung) oder „organisch“ (dann häufig internist.-neurol. Intensivpflicht-> MRT, Liquor etc.)

Manie, Schizophrenie: Haloperidol 5mg i.m., p.o., (bei Manie im stat. Rahmen VPA i.v. („loading-Dosis“), Lithium, Atypika, v.a. Olanzapin p.o., auch i.m.)

„Psychoreaktiv“: Benzos

SHT: Haloperidol, Benzos

„andere“ Hirnerkrankungen: mgl. wenig Psychopharmaka, Behandlung der Grunderkrankung (zB Enzephalitis)

(mod. nach Tölle: Psychiatrie, 12. Aufl.)

Psychiatrischer Notfall

Delirante Syndrome

Organ. Psychose, multifaktorielle Genese, hyper- und hypovigil./hypoaktive Form.

Verläufe akut, subakut, chronisch (Monate!)

Vielfältige organische Ursachen, Vielfalt von Risikofaktoren:

als RF identifiziert: höheres Lebensalter, Multimorbidität, Polypharmazie, Immobilität, Dehydratation, Entzündungssyndrome, Intoxikationen, Narkose, postoperativer Zustand, Komplikationen i.R. internist. und neurol. Erkrankungen, Demenz(!), u.a.

Klinik: Bewußtseins-, Aufmerksamkeits-, kognitive Störung, Desorientierung. Halluzinose meist optisch, illusionäre Verkennung, Suggestibilität, psychomot. Unruhe, Erregung.

Neurol. Bewegungsstereotypien, fokale S. wie Ataxie, Tremor, Dysarthrie.

Vegetat. Syndrom mit gastro-intest. S., Hyperhidrosis, Hyperthermie, Tachykardie, RR-Anstieg

(nach Benkert/Hippius: Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie, 10. Auflage)

Psychiatrischer Notfall

Delirante Syndrome

bei Alkohol-/Drogenkonsum: stationäre Einweisung wg. der vegetativen Begleitsymptomatik, dann z.B. Entzug, Gabe von z.B. Clomethiazol, Catapresan(R), Benzos (nicht bei Intoxikation!)

bei anderen deliranten Syndrom mit Erregung:

-soweit möglich und bekannt: Behandlung der Grunderkrankung

-probator. niedrige Dosierungen AAP. (KAP (auch Risperidon) mit erhöhter EPS-Wahrscheinlichkeit, v.a. bei bek. M.Parkinson oder Lewy-K.-Demenz KI)

-niedrigpot. NL, Melperon, Pipamperon

-Benzos (v.a. bei älteren Pat. zu vermeiden)

Psychiatrischer Notfall

Stupor

selten, dabei häufige Ursache: Schizophrenie („Katatonie“), aber auch bei schweren dp. Verläufen, organ. Hirnerkrankungen (zB Encephalitis)

Behandlung:

Lorazepam 1-2mg, ggf. wiederholt, ansonsten Haloperidol, Olanzapin.
Behandlung der Grunderkrankung im Anschluß

Event. EKT

Bewußtseinsstörung

Jede schwere Bewußtseinsstörung ohne erkennbares oder rasch revidierbares Grundleiden ist stat. zu behandeln, ggf. auch bei psychiatrischem Syndrom im Rahmen allg. (meist intensivmedizinischer) Maßnahmen

Psychiatrischer Notfall

Notfälle durch Psychopharmaka

Antidepress. ohne sedierende Eigenschaften: Unruhe, veget. Syndrom-> Medik. %, ergänzen um sed. AD und/oder Benzodiazepin, selten Neuroleptika (NL)
Speziell bei SSRI, auch SNRI: zentr. Serotoninsyndrom, keine Kombin mit MAO-Hemmern

AD und NL mit anticholinerger/sedierender Wirkung (TZA): zentr. anticholin. Syndrom (intensivpflichtig, Physostigmin)

Klass. Neuroleptika (aber auch bei AAP, zB Risperidon): EPS, Verstärkung Dp., selten: malignes neurolept. Syndrom (u.a. CK erhöht)

Atypika: delirante Syndrome (v.a. Altersmedizin, niedrig dosieren!)

Lithiumintoxikation: ähnlich Serotoninsyndrom

Psychiatrischer Notfall

Psychiatrische Komplikationen durch andere Pharmaka

ACE-Hemmer, Antiarrhythmika, Antihistaminika, Antimykotika, Antisymphotonika, AT1-Hemmer, Ca-Antagonisten, Steroide, Diuretika, Malariamittel, NSA, Opioide/Opiate, Kontrazeptiva, Beta-Blocker, Sympathomimetika, Virustatika, Zytostatika, „Sonstige“

