

Krisenintervention bei akuten psychotischen Störungen

Crisis Intervention in Acute Psychotic Disorders

Matthias Dose

Zusammenfassung

Im Rahmen akuter psychotischer Störungen können Betroffene z. B. durch wahnhaftige Verkennungen und/oder Halluzinationen vorübergehend in erheblichem Maße sich selbst und/oder andere gefährden. Für professionelle Helfer in Klinik und Praxis geht es zunächst einmal darum, akute psychotische Krisen wahrzunehmen, diagnostisch einzuordnen und sie therapeutisch im Sinne einer Krisenintervention zu bearbeiten. Dazu sind psychopathologische Kenntnisse, Sicherheit bezüglich der rechtlichen Rahmenbedingungen therapeutischen Handelns in Krisensituationen und Erfahrungen in therapeutischer Gesprächsführung und Deeskalation (einschließlich der Abwehr körperlicher Angriffe) erforderlich. Der vorliegende Artikel fasst die dazu erforderlichen Informationen zusammen und versucht, Handlungsanleitungen zur Krisenintervention bei akuten psychotischen Störungen zu vermitteln.

Schlüsselwörter akute psychotische Störungen – Diagnostik – Notfallmaßnahmen in Klinik und Praxis – rechtliche Grundlagen – Deeskalationstraining

Summary

Driven by delusional misinterpretations and/or hallucinations, acute psychotic patients may severely harm themselves or others. Professional staff in clinics and doctors' offices should be able to recognize and diagnose acute psychotic episodes and take the necessary steps for crisis intervention. To be able to do so, they should be familiar with the psychopathology of acute psychoses, with all legal aspects of psychiatric and psychotherapeutic crisis intervention, therapeutic intervention techniques and de-escalation measures (including physical defense against offenders). The present article summarizes necessary information and proposes strategies for the therapeutic management of psychotic crises.

Keywords acute psychotic disorders – diagnosis - emergency measures in clinics and doctors' offices – legal aspects – deescalation training

Einleitung

Auch wenn – wie bereits in der „Allgemeinen Einleitung zur ICD-10“ ausgeführt – der noch in der Vorgängerversion (ICD-9) verwendete Begriff der „Psychose“ (in Abgrenzung zur „Neurose“) in der ICD-10 nicht beibehalten wurde, so wird doch der Begriff „psychotisch“ auch in der ICD-10 zur Beschreibung bestimmter psychischer Zustände weiter verwendet. Er beschreibt Krankheitsbilder mit Halluzinationen, wahnhaften Störungen oder bestimmten Formen anormalen Verhaltens (schwere Erregungszustände und Überaktivität, anhaltender, nicht durch depressive oder Angststörungen hervorgerufener sozialer Rückzug, psychomotorische Hemmung oder katatone Störungen).

Psychiatrische Erkrankung, bei der die Beeinträchtigung der psychischen Funktionen ein so großes Ausmaß erreicht, dass dadurch Einsicht und Fähigkeit, einigen der üblichen Lebensanforderungen zu entsprechen, oder der Realitätsbezug erheblich gestört sind.
Es handelt sich um keinen exakten oder genau definierten Begriff.

Definition „Psychose“ nach ICD-9

Psychische Störungen ohne nachweisbare organische Grundlage, bei denen der Patient beträchtliche Einsicht und ungestörte Realitätswahrnehmung haben kann und im Allgemeinen seine subjektiven Erfahrungen und Phantasien nicht mit der äußeren Realität verwechselt. Das Verhalten kann stark beeinträchtigt sein, obwohl es im Allgemeinen innerhalb sozial akzeptierter Normen bleibt.
Die Persönlichkeit bleibt erhalten.

Definition „Neurose“ nach ICD-9

Katatone Störungen umfassen dabei definitionsgemäß nicht nur – wie vielfach angenommen wird – Zustände motorischer Erstarrung (Stupor), sondern alle Formen psychotischer Störungen, bei denen psychomotorische Symptome (also auch Erregung, Hyperaktivität, Befehlsautomatismen, Zwangshaltungen und Negativismus) das klinische Bild prägen.

Definitionen

„Psychotische Störungen“ und „Psychosen“ nach ICD-10

Als „Psychotische Störungen“ klassifiziert die ICD-10 psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substan-

zen, vorübergehende akute psychotische Störungen, nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychosen, affektive (manische und depressive) Störungen mit psychotischen Symptomen und – zumindest als „dazugehörige Begriffe“ den frühkindlichen und atypischen Autismus (Tab. 1).

Störung	Definition	ICD-10-Kategorie
Durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen hervorgerufene psychotische Störungen	Ein psychotischer Zustand, der während oder unmittelbar nach Einnahme (innerhalb 48 h) einer Substanz auftritt und nicht Ausdruck eines Entzugssyndroms mit Delir oder einer verzögert auftretenden psychotischen Störung (F1x.75) ist	F1x.5
Vorübergehende akute psychotische Störungen	Obwohl wechselnde Affektivität und einzelne affektive Symptome zeitweilig im Vordergrund stehen können, entspricht die Störung nicht den Kriterien einer manischen oder depressiven Episode. Eine körperliche Ursache ist nicht nachweisbar. Ratlosigkeit, Zerstreuung und Unaufmerksamkeit sind im Gespräch häufig zu beobachten. Akuter Beginn innerhalb von 2 Wochen oder weniger. Schnell wechselnde und unterschiedliche (z.T. typisch schizophrene) Symptome. Häufig Verbindung mit akuter Belastung. Besserung innerhalb kurzer Zeit (längstens 2-3 Monate)	F23
Andere nichtorganische psychotische Störungen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Psychotische Störungen, die die Kriterien für Schizophrenie oder für psychotische Formen affektiver Störungen nicht erfüllen 2. Psychotische Störungen, die die Symptomkriterien für anhaltende wahnhaftige Störungen nicht erfüllen 	F28
Manie mit psychotischen Symptomen	Das Bild entspricht dem einer schweren Form einer Manie. Selbstüberschätzung und Größenideen können in Wahn einmünden. Aus Reizbarkeit und Misstrauen kann sich ein Verfolgungswahn entwickeln. In schweren Fällen können Größenideen oder religiöse Wahnvorstellungen im Vordergrund stehen. Wahngedanken oder Halluzinationen können als synthym (stimmungskongruent) oder parathym (stimmungsinkongruent) bezeichnet werden	F30.2
Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	Eine schwere depressive Episode, die die Kriterien der „schweren depressiven Episode“ erfüllt und in der Wahnideen, Halluzinationen oder ein depressiver Stupor auftreten. Der Wahn schließt gewöhnlich Versündigungs- und Schuldideen, Ideen der Verarmung oder einer bevorstehenden Katastrophe ein. Akustische Halluzinationen sind meist diffamierend oder anklagend. Geruchshalluzinationen beziehen sich auf Fäulnis oder verwesendes Fleisch. Eine schwere psychomotorische Hemmung kann sich zum Stupor steigern. Auch hier können die Symptome als syn- oder parathym klassifiziert werden. Sowohl Manie wie Depression mit psychotischen Symptomen können auch im Rahmen bipolarer affektiver Störungen auftreten	F32.3
Frühkindlicher Autismus und atypischer Autismus	Tief greifende Entwicklungsstörung, die als „dazugehöriger Begriff“ auch als „frühkindliche (bzw. atypische kindliche) Psychose“ klassifiziert wird	F84.0 und F84.1

Tabelle 1: „Psychotische“ Störungen und Psychosen nach ICD-10

Pragmatische Definition

Auch wenn – wie oben dargestellt – der Begriff der „Psychose“ (und analog „psychotisch“) in der aktuellen Klassifikation (ICD-10) nur eingeschränkt verwendet wird, findet er im klinischen Sprachgebrauch auch Verwendung für eine Vielzahl psychischer Syndrome und Störungsbilder, die durch

- Realitätsverlust, erhebliche funktionelle Beeinträchtigung
- Wahn und/oder Halluzinationen
- Erregung
- Verwirrtheit
- psychomotorische Symptome (Anspannung, Erregung, Stupor) und
- Selbst- und/oder Fremdgefährdung

charakterisiert sind. Solche Störungen können körperliche Ursachen haben (Tab. 2) oder im Rahmen wahnhafter, affektiver, schizophrener und schizoaffectiver Störungen auftreten. Nach den Definitionen des „Diagnostischen und statistischen Manuals“ (DSM-IV) können sie als sog. Minipsychosen (kurz dauernde psychotische Symptome) auch bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen auftreten.

Psychopathologie akuter psychotischer Störungen

Die oben als Charakteristika akuter psychotischer Störungen genannten Merkmale

- Realitätsverlust, erhebliche funktionelle Beeinträchtigung
- Wahn und/oder Halluzinationen
- Erregung
- Verwirrtheit
- Psychomotorische/katatone Symptome wie Anspannung, Erregung, Stupor und
- Selbst- und/oder Fremdgefährdung

entstehen aus dem Zusammenwirken von Störungen des Bewusstseins, des Denkens, von Wahn, Halluzinationen, Affekt- und Antriebsstörungen. Ihre Ausprägung und Kombination (Syndrome) sind im Zusammenhang mit weiteren Faktoren (vor allem körperlichen Symptomen) leitend für die diagnostische Zuordnung zu den Unterformen psychotischer Störungen.

Störung	ICD-10-Kategorie
Demenz bei Alzheimer'scher Erkrankung	F00
Vaskuläre Demenz	F01
Demenz bei anderen Krankheiten <ul style="list-style-type: none"> • Pick'sche Erkrankung • Creutzfeld-Jakob • Huntington-Krankheit • Parkinson-Krankheit • HIV etc. 	F02.0 F02.1 F02.2 F02.3 F02.4
Delir	F05
Psychische Störungen durch Schädigung des Gehirns oder körperliche Erkrankung <ul style="list-style-type: none"> • Organische Halluzinose • Organische katatone Störung • Organische wahnhafte Störung etc. 	F06.0 F06.1 F06.2
Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung aufgrund Erkrankung, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns <ul style="list-style-type: none"> • Organische Persönlichkeitsstörung • Postenzephalitisches Syndrom • Organisches Psychosyndrom nach Schädel- Hirn-Trauma 	F07.0 F07.1 F07.2 F07.3
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen <ul style="list-style-type: none"> • Akute Intoxikation (mit Delir, Wahrnehmungsstörungen etc.) • Entzugssyndrom • Psychotische Störung • Verzögert auftretende psychotische Störung • Andere psychische oder Verhaltensstörung 	F1

Tabelle 2: Körperliche Ursachen „psychotischer Störungen“ im weiteren Sinn

Bewusstseinsstörungen

Bewusstseinsstörungen sind das psychopathologische Leitsymptom akuter, organisch bedingter psychotischer Störungen. Sie werden unterschieden in

- quantitative und
- qualitative

Bewusstseinsstörungen.

Quantitative Bewusstseinsstörungen charakterisieren den Grad der Wachheit eines Patienten. Ein Patient ohne quantitative Bewusstseinsstörungen ist wach.

Störungen des quantitativen Bewusstseins sind

- Somnolenz (schläfrig, spontan, verlangsamt)
Patienten sind weckbar, zeigen auf Ansprache und/oder Berührung gezielte verbale und/oder motorische Reaktionen
- Sopor (schlafend)
Intensive äußere Einwirkung (Rütteln, kräftige Schmerzreize) führt lediglich zu kurzfristigen, z. T. ungerichteten Reaktionen, ohne dass der Zustand vollständiger Wachheit erreicht wird
- Bewusstlosigkeit/Koma
Patienten sind nicht mehr weckbar. Reflexe sind (je nach Tiefe des Komas) noch auslösbar; zentrale vegetative Funktionen erhalten

Denkstörungen

Unterschieden werden formale und inhaltliche Denkstörungen. Das „formale Denken“ charakterisiert den „Ablauf“ und die logische Konsistenz der Gedanken. Das Denken kann verlangsamt oder beschleunigt sein, zäh (wie gegen einen „Widerstand“), gebremst, gehemmt, stockend mit Unterbrechungen („Gedankenabriss“) oder durch (nicht beeinflussbares) Eindringen anderer Gedanken abgelenkt sein. Das Denken kann assoziativ gelockert und inkohärent oder bis zur fehlenden Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit „zerfahren“ sein. Es kann auf einzelne Inhalte (bis zur ständigen Wiederholung (Perseveration) eingeengt sein, an ihnen „haften“.

Denkstörungen können – vor allem bei schizophrenen Störungen – mit einem Verlust der Integrität des eigenen „Ich“, mit „Ich-Störungen“ vergesellschaftet sein. Die Betroffenen haben das Gefühl, ihr Denken könne (z. B. durch Hypnose, Sender) von anderen gesteuert werden (Eingebung oder Entzug von Gedanken), andere könnten ihre Gedanken lesen und vorwegnehmen („Warum fragen Sie mich das – Sie wissen es doch sowieso schon?“). Im Englischen charakterisiert der Begriff „thought broadcasting“ das Phänomen recht treffend.

Wahn

Eine krankhafte, inhaltlich falsche Überzeugung, die ohne ausreichende Begründung unerschütterlich aufrechterhalten wird und nicht aus der Erlebniswelt oder dem kulturellen Kontext (nach ICD-10 „kulturell unangemessen“) der Betroffenen ableitbar ist. Je nach Ausprägung werden noch nicht systematisierte Wahneinfälle und Wahngedanken („Das Essen war vergiftet“) von systematisiertem Wahn unterschieden. Die „Dynamik“ eines Wahns (die Durchdringung des Denkens und Handelns) kann beurteilt werden. Bei einer „Wahrnehmung“ handelt es sich (im Unterschied zu Hal-

luzinationen) um reale (auch von Dritten nachvollziehbare) Sinneswahrnehmungen, denen eine auf den individuellen Wahn bezogene Bedeutung zugemessen wird.

Überschneidungen zu affektiven Symptomen ergeben sich aus der „Wahnstimmung“, die einzelnen Wahrnehmungen und einem systematisierten Wahn vorausgehen kann: die Betroffenen haben plötzlich die „Anmutung“, Vorgänge in der Umgebung verlören den Charakter des „Zufälligen“ (auch Übergänge zu „Beziehungsideen“), hätten eine besondere Bedeutung, oder es liege „etwas in der Luft“, die Stimmung sei „merkwürdig, bedrohlich, verändert“. Wahnsymptome können der jeweiligen Stimmungslage (euthym, manisch-gehoben, depressiv) inhaltlich entsprechen: So bezeichnet man Größenideen eines manischen, Schuld-, Verarmungs- und/oder Versündigungsideen eines depressiven Patienten als „stimmungskongruent“ oder „synthym“. Nicht zur jeweiligen affektiven Symptomatik „stimmige“ Wahninhalte werden als „inkongruent“ oder „parathym“ bezeichnet.

Die „Systematisierung“ einzelner Wahrnehmungen, –gedanken und -einfälle zu einem in sich geschlossenen Gebilde (dem „Wahnsystem“ oder systematisierten Wahn) durch Herstellung von Verknüpfungen und Zusammenhängen wird auch als „Wahnarbeit“ bezeichnet.

Inhalte des Wahns sind (bei paranoiden Syndromen) häufig Benachteiligung, Verfolgung, Schädigung der physischen und psychischen Integrität, Verächtlichmachung und Herabsetzung. Paranoide Symptome können aber auch mit Größenideen (Verfolgung wegen herausragender Stellung oder Fähigkeiten) oder depressiven Schuldgefühlen oder depressivem Schuldwahn in Zusammenhang stehen. Daneben kommen Eifersuchts- und Liebeswahn, religiöse, politische, körperbezogene bis hypochondrische Wahninhalte vor.

Halluzinationen/Sinnestäuschungen

Im Unterschied zu den bereits besprochenen „Wahrnehmungen“ handelt es sich bei Halluzinationen um Sinneswahrnehmungen, denen kein äußerer Sinnesreiz entspricht. Unter „illusionären Verkennungen (Pseudohalluzinationen)“ werden kurzzeitige Wahrnehmungsverfälschungen (häufig verbunden mit ängstlichen oder anderen gesteigerten Affekten) verstanden (z. B. die kurzzeitige Verkennung eines sich bewegenden Astes als „bedrohliche Gestalt“ in der Nacht, wenn man ohnedies in einer gespannten, angstgetönten Stimmung ist), die aber selbstständig korrigiert werden können. Ähnliche Phänomene können auch im Halbschlaf (hypnagoge Halluzinationen) auftreten. Das wahnhaftige „Hineinsehen“ von Gesichtern, Fratzen o. Ä. in z. B. Teppich- oder Tapetenmustern wird als „Pareidolie“ bezeichnet.

Halluzinationen können von allen Sinnen ausgehen:

- Akustische Halluzinationen:
 - o Es kann sich um den Betroffenen bekannte oder unbekannt Stimmen, einzeln, im Dialog untereinander, kommentierend oder befehlend (imperativ), handeln. Es kann sich aber auch um die Wahrnehmung von Geräuschen (z. T. schwierige diagnostische Abgrenzung gegen „Tinnitus“) handeln. „Ungestaltete“ (z. B. schmatzende, schlürfende und/oder gurgelnde) Geräusche werden auch als „Akoasmen“

bezeichnet. Abzugrenzen sind (z. T. als „Vorboten“ akustischer Halluzinationen, vor allem wenn sie sich einer bewussten, willentlichen Beeinflussung entziehen und sich sozusagen „verselbständigen“) das „Lautwerden von Gedanken“ im Kopf, z. T. auch in Form „dialogisierender Gedanken“, und Wahnwahrnehmungen. Bei Letzteren werden unspezifische Geräusche in der Umgebung, z. B. das Rufen spielender Kinder vor dem Fenster, wahnhaft (z. B. von einem schwer depressiven Patienten als: „Du kommst noch in die Anstalt!“) interpretiert.

- **Optische Halluzinationen**

- o Es werden konturlose optische Erlebnisse (Lichter, Farben, Blitze), mehr oder weniger deutliche Gestalten und Formen, statische oder bewegte Szenen oder schnell bewegliche, kleine Gegenstände oder Tiere berichtet. Das können die (nicht obligaten) „weissen Mäuse“ im Delir sein, aber auch andere (meist kleine) Tiere: so traten bei Menschen entsprechender Herkunft z. B. Kamele, oder bei einem Berufssoldaten der Bundeswehr „kleine Pänzerken“ auf. Gemeinsam ist diesen optischen Wahrnehmungen, dass es sich um kleine Objekte in „flitzenden“ Bewegungen handelt. Bei optischen Halluzinationen sollte immer nach einer möglichen organischen Ursache der Symptomatik (häufig: Delir) gesucht werden. Schizophrene Patienten berichten eher über „Filme“ („Mein ganzes bisheriges Leben spielte sich in Sekundenschnelle vor meinem „inneren Auge“ ab) und „Innenbilder“, es kommen aber (insbesondere „Pareidolien“) auch optische Halluzinationen vor.

- **Geruchs- und Geschmackshalluzinationen:**

- o Häufig in Verbindung mit paranoidem Wahn: Etwas im Essen oder Trinken hatte einen „merkwürdigen Geschmack“, war „vergiftet“ bzw. mit einem/einer (die aktuelle Symptomatik auslösenden) Stoff/Droge versetzt. Es riecht „brenzlich“, brandig, Gasgeruch ist in der Luft.

- **Taktile und Leibhalluzinationen:**

- o Es werden Berührungswahrnehmungen (z.T. in Verbindung mit paranoiden Symptomen und/oder optischen Halluzinationen) berichtet: Ein Wolf, der vor der Patientin saß, hat seine Pfote aufs Knie gelegt (später berichtete die Patientin, sie habe den Eindruck, ihr Knie sei in diesen Momenten „schwerer geworden“). In Kombination mit optischen Halluzinationen („kleine Tierchen“) können im Rahmen eines Dermatozoenwahns auch Empfindungen des „Kribbelns“ und „Krabbelns“ (häufig „unter“ der Haut!) berichtet werden. Auch „Anmutungen“ im Sinne von „berührt, angehaucht, angefasst, angeblasen“ werden, aber auch „Brennen, Stechen“ werden berichtet. Manche Patienten haben das Empfinden, Gehirn oder Rückenmark seien „geschrumpft ... vertrocknet“. Sie spüren es beim Kopfschütteln oder anderen Bewegungen im Kopf oder Rücken „schlottern ... schlackern“. Als „Leibhalluzinationen“ werden von den Betroffenen als krankhaft verändert empfundene Körperwahrnehmungen bezeichnet. Davon abgegrenzt werden „zoenästhetische

Halluzinationen“, die für den Patienten den Charakter des „Gemachten“, des „von außen Kommenden“ (z. B. durch Strom, Strahlen, Sender etc.) haben.

- **Kinästhetische (vestibuläre) Halluzinationen:**

- o Patienten erleben z. B. den Boden als „schwankend“, sich selbst als „schwebend“ oder berichten über ein „Gefühl der körperlichen Leichtigkeit“, das nicht näher beschrieben werden kann und als krankhaft verändert empfunden wird.

Affektstörungen

Mit „Affektivität“ charakterisiert die Psychopathologie Stimmung und Emotionen einer Person sowie deren Veränderlichkeit. Die Stimmung eines Patienten kann ausgeglichen (euthym), gehoben (hypomanisch, manisch), bedrückt (subdepressiv, depressiv), missmutig (dysphorisch), gereizt, misstrauisch, ratlos, feindselig, freundlich etc. sein. Psychopathologisch bewertet wird auch die Variabilität (Modulation, Schwingungsbreite) der Stimmung (eingeschränkte/gesteigerte affektive Modulations- bzw. Schwingungsfähigkeit). Affekte können der jeweiligen Situation angemessen (adäquat) oder unangemessen (inadäquat) sein. Die affektive Reaktionsbreite (Modulationsfähigkeit, Schwingungsbreite) kann vielfältig und kontrastreich („affektvoll“) oder eher begrenzt und eintönig („affektarm“) sein. Bei Affekten, die auf externe oder interne Stimuli jäh umschlagen, spricht man von „Affektlabilität“. Die Affekte können kontrolliert sein, es kann aber auch eine „Affektinkontinenz“ (hässlicher deutscher Begriff für die krankhaft bedingte Unfähigkeit, die Entäußerung seiner Gemütsregungen zu kontrollieren), besser eine „mangelnde Affektkontrolle“ vorliegen. Zu den „Grundsymptomen“ schizophrener Störungen zählten nach Auffassung des Schweizer Psychiaters Eugen Bleuler die (in der Regel parathymen, d. h. situationsunangemessenen) Affektstörungen. In der modernen Klassifikation und Diagnostik (z. B. nach ICD-10) sind die Affektstörungen nur noch unter „ferner liefen“ (nämlich den „negativen Symptomen“) zu finden und haben für die Schizophrenie-Diagnostik nicht die Wertigkeit, die ihnen zumindest von Bleuler zugemessen wurde.

Antrieb/Psychomotorik

Mit „Antrieb“ und „Psychomotorik“ wird der „dynamische Gesamteindruck“ eines Menschen erfasst. Antrieb stellt dabei die von innen „belebende Kraft aller physischen und psychischen Leistungen“, Psychomotorik das körperliche Ausdrucksverhalten (Mimik, Gestik, Haltung, Bewegungsabläufe) als Ausdruck der seelischen Befindlichkeit dar.

Der Antrieb kann ohne Auffälligkeiten, gesteigert, vermindert oder (Patient versucht z. B. aufzustehen, schafft es aber aufgrund einer nichtphysischen Hemmung nicht) „gehemmt“ sein. Qualitativ werden auch die Entschlusskraft und -freudigkeit (pathologisch zu bewerten wäre z. B. Ambivalenz) bewertet.

Ein Patient kann antriebsarm, schwunglos, apathisch oder aber antriebsgesteigert, unruhig, umtrieblich sein.

Das motorische Ausdrucksverhalten kann verlangsamt oder übersteigert sein. Eine allgemeine Antriebsstörung und

Bewegungsverarmung (Hypokinese) kann von völliger Reglosigkeit (Akinese) bis zur motorischen Erstarrung (Stupor) reichen und mit fehlendem sprachlichem Ausdrucksverhalten (Mutismus) und aktiver Verweigerung jeglicher Kooperation bei Kontaktaufnahme – z. B. durch den Untersucher – verbunden sein (Negativismus). Als „kataton“ werden psychotische Störungen dann klassifiziert, wenn psychomotorische Symptome das klinische Bild prägen.

Merke:

Nicht nur „stuporös-mutistische“, auch durch Antriebssteigerung, motorische Unruhe und Erregung charakterisierte psychotische Zustandsbilder sind als „kataton“ zu klassifizieren, wenn die psychomotorische Symptomatik das klinische Bild prägt.

Zu den psychopathologisch zu klassifizierenden psychomotorischen Phänomenen zählen weiter:

- Parakinesen (abnorme, komplexe Bewegungen, die Gestik, Mimik, z. T. auch Sprache betreffen)
- Stereotypien (in gleicher Form ständig wiederholte Bewegungen oder Lautäußerungen – Verbigerationen)
- Haltungsverharren oder -stereotypien (Katalepsie, zu der auch die sog. wächserne Biegsamkeit/flexibilitas cerea, das Verharren in vom Untersucher vorgegebenen Positionen)
- „manierierte Bewegungen“ (z. B. theatralisch überzeichnetes Zurückstreichen der Haare, Finger abspreizen beim Trinken, Rauchen etc.) und auch sog.
- „Automatismen“ (Patienten führen Handlungen aus, die sie als nicht von sich intendiert empfinden)

Umgang mit akut psychotischen Patienten

Im Folgenden werden die unterschiedlichen Situationen behandelt, in denen eine Krisenintervention bei akuten Psychosen erforderlich werden kann. Es werden zunächst die Maßnahmen in einer Klinik/Arztpraxis diskutiert, im Weiteren aber auch der spezifische Fall des Auftretens einer psychotischen Krise in der psychotherapeutischen Praxis.

Notaufnahme/Arztpraxis

Ein akut psychotischer Patient wird in der Regel zunächst in einer Notaufnahme bzw. bei einem Arzt vorgestellt werden. Hier steht als Erstes die Diagnostik, d. h. vor allem auch die Abgrenzung körperlich begründbarer von körperlich nicht begründbaren Zuständen im Vordergrund, da sich unterschiedliche therapeutische Interventionen ergeben können.

Zur Diagnosestellung bedarf es

- der Erhebung des psychischen, aber auch körperlichen (internistisch-neurologischen) Befundes
- Laboruntersuchungen (u. a. Drogenscreening, toxikologische Analyse, Entzündungsparameter, Blutzucker, Schilddrüsenparameter, harnpflichtige Substanzen, Leberwerte)
- apparativer Untersuchungen (EEG, EKG, bildgebende Verfahren)

Das Verhalten aller Beteiligten sollte ruhig und sachlich sein. Nach einer Vorstellung der Beteiligten und Erklärung ihrer

Funktion soll den Betroffenen in knappen, verständlichen Sätzen erläutert werden, was als Nächstes geplant ist.

Das subjektiv geschilderte Erleben des Patienten bleibt zunächst unwidersprochen, und es wird nicht versucht, wahnhaft Anmutendes „argumentativ“ zu widerlegen.

Gleichwohl kann dem Patienten (auch zum Verständnis dessen, was jetzt durchgeführt werden soll) verdeutlicht werden, dass es sich bei dem Erlebten auch um eine psychische Störung bzw. Erkrankung handeln kann, was durch die jetzt durchzuführende Untersuchung geklärt werden soll.

Exkurs:

Der uneinsichtige, verbal oder tätlich aggressive Patient – rechtliche Fragen

Grundsätzlich bedarf jeder ärztliche Eingriff, also auch die ärztliche Untersuchung eines Patienten dessen rechtswirksamer Einwilligung.

Eine rechtsverbindliche Einwilligung besteht, wenn der Einwilligende fähig ist, Art, Zweck und Folgen eines Eingriffes (Untersuchung und/oder Behandlung) zu beurteilen, und zu einem Willensentschluss in der Lage ist.

Einwilligungsfähigkeit

Einwilligungsfähigkeit ist nach herrschender Rechtsauffassung nicht an die „Geschäftsfähigkeit“ eines Patienten, sondern an seine Fähigkeit zur „freien Willensentscheidung“ geknüpft. Zur Beurteilung der „freien Willensentscheidung“ werden als Kriterien herangezogen:

- die Fähigkeit, einen vorgegebenen Sachverhalt (z. B. Nutzen und Risiken einer vorgeschlagenen Untersuchung oder Behandlung) einschließlich möglicher Konsequenzen zu verstehen, d. h., ihn z. B. in eigenen Worten sinngemäß wiederzugeben und, darauf aufbauend, eine realitätsangemessene, über einen gewissen Zeitraum beständige Entscheidung treffen zu können;
- die Fähigkeit, eine getroffene Entscheidung eindeutig zum Ausdruck zu bringen und sie in einer der Persönlichkeit entsprechenden Weise begründen zu können.

Ist aufgrund der konkreten Situation (Selbst- oder Fremdgefährdung, mangelnde Einwilligungsfähigkeit des Betroffenen im Rahmen der akuten Symptomatik) eine rechtsverbindliche Einwilligung nicht einzuholen, so ist zunächst zu prüfen, ob die Situation es zulässt, die fehlende Einwilligung des Patienten durch (falls vorhanden) den gesetzlichen Betreuer oder aber einen sofortigen Beschluss des Vormundschaftsgerichtes einzuholen.

Gesetzliche Betreuung

Besteht eine gesetzliche Betreuung mit dem Wirkungskreis „Aufenthaltsbestimmung und Gesundheitsfürsorge“, so ersetzt beim in der konkreten Situation zur Abgabe einer rechtsverbindlichen Einwilligung (siehe oben) unfähigen Patienten die Zustimmung des gesetzlichen Betreuers die fehlende Zustimmung des Patienten.

Ausnahme:

§ 1904 BGB

Hier ist geregelt, dass eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff vom Vormundschaftsgericht zu genehmigen ist, wenn *die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute aufgrund der Maßnahme stirbt oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.*

Ohne diese vormundschaftsgerichtliche Zustimmung darf ein Eingriff/eine Behandlung nur durchgeführt werden, wenn mit ihrem Aufschub Gefahr verbunden ist. In diesen Fällen ist die Genehmigung nachträglich einzuholen.

Wenn keine gesetzliche Betreuung besteht?

Besteht bei einem akut psychotischen Patienten, der dringend untersucht und behandelt werden soll, *Nicht-Einwilligungsfähigkeit*, so ist abzuwägen, ob

1. ausreichend Zeit besteht, beim zuständigen (zuständig ist das Vormundschaftsgericht, in dessen Bereich der akute Handlungsbedarf eintritt) fernmündlich oder per Fax nach entsprechender Sachstandsschilderung eine vormundschaftsgerichtliche Zustimmung zu den geplanten Maßnahmen zu erwirken.
 - In diesem Fall muss aus der mündlichen/schriftlichen Äußerung des Arztes hervorgehen, dass
 - o eine psychische Krankheit/Störung vorliegt,
 - o der Betroffene aufgrund dieser psychischen Krankheit/Störung seine Angelegenheiten bezüglich seines Aufenthaltes und der Gesundheitsfürsorge nicht besorgen kann
 - o und dass Maßnahmen (diagnostisch/therapeutisch) durchgeführt werden sollen, die **keine Gefahr** für Leib und Leben des Betroffenen (i. S. § 1904 BGB) bedeuten, ohne deren Durchführung (für die der Betroffene aktuell keine Willenserklärung abgeben kann oder die Zustimmung krankheitsbedingt verweigert) aber eine gesundheitliche Gefährdung des Betroffenen nicht ausgeschlossen werden kann.
 - o Die geplanten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sollten dem Gericht i. S. eines „Behandlungsplanes“ dargelegt werden.
 - Vor diesem Hintergrund wird das zuständige Vormundschaftsgericht um eine sofortige Entscheidung im Vorgriff auf eine nach derzeitigem Sachstand aus medizinischer Sicht gebotenen Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung gebeten. Im weiteren Verfahren wird das Vormundschaftsgericht durch ein Betreuungsgutachten klären lassen, ob die Voraussetzungen für die Einrichtung der gesetzlichen Betreuung bestehen.
2. oder ob (wenn Maßnahmen unaufschiebbar sind) ein **rechtfertigender Notstand (§ 34 StGB)** gegeben ist.
 - o „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 ... das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt ...“ (§ 34 StGB).
 - o In diesem Zusammenhang rechtfertigt eine akute psychotische Symptomatik, die mit vitalen Beeinträchtigun-

gen einhergeht, notwendige Schritte der Diagnostik und Therapie, um eine drohende vitale Gefährdung von dem Patienten abzuwenden.

- o Besteht keine vitale Gefährdung, so kann selbst- und/oder fremdschädigendes bzw. -aggressives Verhalten des Patienten (z. B. der drohende Angriff eines erregten Patienten auf Personal oder Mitpatienten) einen „rechtfertigenden Notstand“ begründen.
- o Maßnahmen der Fixierung, Isolierung und gegebenenfalls medikamentösen Beruhigung, soweit sie angemessen sind, um die drohende Gefahr abzuwenden sind bei „rechtfertigendem Notstand“ auch bei fehlender Einwilligung der Betroffenen nicht rechtswidrig

Vorgehen bei Selbst- oder Fremdgefährdung

Im Unterschied zum oben skizzierten zivilrechtlichen Verfahren nach dem „Bürgerlichen Gesetzbuch/BGB“ regeln die jeweiligen Landesgesetze (PsychKG, UBG etc.) die Vorgehensweise bei Patienten, bei denen Selbst- und/oder Fremdgefährdung im Vordergrund stehen.

Im Unterschied zum BGB, dessen Vorschriften das Wohl der Betroffenen in den Vordergrund der Betrachtung stellen, geht es bei den Ländergesetzen zur Unterbringung psychisch Kranker zwar auch um Hilfe und Unterstützung für Betroffene, der Schwerpunkt liegt jedoch hier auf der „öffentlichen Sicherheit und Ordnung“, soweit sie durch psychisch Kranke gefährdet werden können.

Die entsprechenden Gesetze (z. B. Bayer. Unterbringungsgesetz vom 5.4.1992) besagen, dass gegen oder ohne seinen Willen in einem psychiatrischen Krankenhaus oder sonst in geeigneter Weise untergebracht werden kann,

„wer psychisch krank oder infolge von Geisteschwäche oder Sucht psychisch gestört ist und dadurch in erheblichem Maß die öffentliche Sicherheit oder Ordnung gefährdet“.

Nach diesen Gesetzen untergebrachte Patienten haben (Bayrisches Unterbringungsgesetz) einen „Anspruch auf notwendige Heilbehandlung“.

„Unaufschiebbar Behandlungsmaßnahmen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst geboten sind“, haben die Patienten zu „dulden“, „soweit sie sich auf die psychische Erkrankung oder Störung des Untergebrachten beziehen oder zur Aufrechterhaltung der Sicherheit und Ordnung in der Einrichtung notwendig sind. In diesem Rahmen kann unmittelbarer Zwang angewendet werden“.

Ausgeschlossen von dieser Regelung sind „ärztliche Eingriffe und Behandlungsverfahren ..., die mit einer erheblichen Gefahr für Leben oder Gesundheit verbunden sind oder die Persönlichkeit in ihren Kernbereichen verändern können ...“, womit der Gesetzgeber jedoch ausdrücklich nicht auf eine sachgerechte Behandlung mit Psychopharmaka abgezielt hat.

Die Zuständigkeit für die „sofortige vorläufige Unterbringung“ psychisch Kranker nach diesen Gesetzen (die bei „Notfällen“ in Klinik und Praxis in der Regel vorzunehmen sein wird) liegt entweder zunächst bei der Polizei allein (z. B. in Bayern) oder aber bei einem (durch die Polizei mit dem Betroffenen aufzusuchenden) ärztlichen Gutachter.

Rechtliches und praktisches Vorgehen bei selbst- und/oder fremdgefährdendem Verhalten psychotischer Patienten

1. Wenn „Leib und Leben“ in Gefahr sind, schützt der „rechtfertigende Notstand“ (§ 34 StGB) Personen, die Maßnahmen zum Schutz „von Leib und Leben“ (des eigenen, aber auch das anderer Personen und ggf. das des betroffenen Patienten) ergreifen vor „rechtswidrigem Handeln“.
2. Bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung eines Patienten, der keine rechtsverbindliche Einwilligung zu ihm vorgeschlagenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen geben kann und aufgrund seiner Erkrankung/Störung vordringlich eine akute Gefahr für sich und/oder andere im Sinne der „öffentlichen Sicherheit und Ordnung“ bedeutet, greifen die spezifischen Unterbringungsgesetze (UBG, PsychKG) der Bundesländer. Ansprechpartner im Notfall ist die Polizei!
3. Bei gesundheitlicher Gefährdung, wenn zu ergreifende diagnostische und therapeutische Maßnahmen mangels rechtswirksamer Einwilligung des Betroffenen nicht durchgeführt werden können, die Maßnahmen aber keinen **sofortigen Vollzug** i. S. des § 34 StGB erfordern (aber auch der wochenlange Aufschub eines regulär eingeleiteten gesetzlichen Betreuungsverfahrens nicht sachdienlich ist), muss die erforderliche Genehmigung des zuständigen Vormundschaftsgerichtes im Rahmen eines vorläufigen Beschlusses im Rahmen einer einzurichtenden „Eilbetreuung“ eingeholt werden.

Fortsetzung: Umgang mit akut psychotischen Patienten

Maßnahmen in der Klinik/ärztlichen Praxis

Nach Klärung der diagnostischen Zuordnung eines akut psychotischen Zustandes erfolgt die medikamentöse Notfallbehandlung (falls indiziert) des jeweils festgestellten Störungsbildes.

Zur unspezifischen Sedierung empfehlen sich (cave! Atemdepression bei intoxikierten Patienten; [seltene] paradoxe Wirkungen) Benzodiazepine und Antipsychotika (cave! Risiko akuter Dystonien).

In der Praxis haben sich vor allem Lorazepam (parenteral 1-2,5 mg) und Haloperidol (parenteral 5-10 mg) bewährt.

Zum raschen Wirkungseintritt können beide Medikamente parenteral, d. h. intravenös (cave! Lorazepam wegen des Risikos einer Atemdepression langsam injizieren!) oder intramuskulär verabreicht werden.

Bei intravenöser Injektion tritt die Wirkung innerhalb von Minuten, bei intramuskulärer Injektion innerhalb von 15-20 min ein.

Eine orale Gabe (Wirkungseintritt frühestens nach 30 min) ist in Akutsituationen nicht empfehlenswert.

Auch Tavor als *expider*[®] wirkt – entgegen weitverbreiteter Auffassungen – nicht schneller als die Tablettenform: *expider*[®] kann – weil es nach Kontakt mit der Schleimhaut des Mundes sofort aufgelöst wird – zur Verhütung des „Ausspuckens“ bei unkooperativen Patienten eingesetzt werden.

Eventuelle unerwünschte Arzneimittelwirkungen von Lorazepam (z. B. eine beginnende Atemdepression) können mit dem Benzodiazepin-Antagonisten Flumazenil[®] kontrolliert werden. Die Kombination von Haloperidol und Lorazepam ist pharmakologisch (sowohl pharmakokinetisch wie -dynamisch) aufgrund der benignen vegetativen Verträglichkeit des Butyrophenons Haloperidol unbedenklich und in der Praxis bewährt. Das weitere therapeutische Vorgehen (einschließlich der weiteren medikamentösen Behandlung) ist auf den Einzelfall abzustimmen und fällt nicht mehr unter das Kapitel „Notfallbehandlung“.

Nichtmedikamentöse Krisenintervention in der psychotherapeutischen Praxis – auch bei Aggression

Kommt es während eines Gesprächs in der psychotherapeutischen Praxis zum Auftreten akuter psychotischer Symptome oder gar selbst- und/oder fremdgefährdendem Verhalten von Patienten, so stehen in der Regel die oben skizzierten medikamentösen Interventionsmaßnahmen nicht zur Verfügung. Natürlich kann einem Patienten (falls vorhanden oder von ihm mitgebracht) die Einnahme einer beruhigenden „Bedarfsmedikation“ nahegelegt werden.

Auch die oben beschriebenen rechtlichen Maßnahmen (Unterbringung, Polizei etc.) stehen selbstverständlich auch psychotherapeutisch arbeitenden Ärzt(inn)en und Psycholog(inn)en zur Verfügung.

Nur: was mache ich, bis (im günstigsten Fall) die empfohlene Bedarfsmedikation wirkt oder (im ungünstigen Fall) die herbeigerufenen Helfer (einschließlich Polizei) eintreffen?

Voraussetzungen therapeutischer Interventionen

Voraussetzung für jede therapeutische Intervention in Notfall- und Krisensituationen ist die Sicherheit aller Beteiligten. Dazu gehört zunächst die Einschätzung der Gefährlichkeit der Situation:

Folgende Fragen sollten geklärt sein:

1. Besteht Gefahr? Wenn ja: welche?
2. Kann ich die Situation entspannen (deeskalieren)?
3. Kann ich mich aus der Situation zurückziehen?
4. Kann ich um Hilfe rufen?
5. Führt der Patient Waffen oder gefährliche Gegenstände mit sich?
6. Befinden sich Gegenstände, die der Patient als Waffe einsetzen könnte, in seiner greifbaren Nähe?
7. Sind notfalls genügend Helfer vor Ort, um einen Angriff des Patienten abzuwehren?
8. Welche Rückzugs- bzw. Fluchtwege stehen zur Verfügung?

Grundregeln:

Für den Umgang mit akut psychotischen, gespannten und oder aggressiven Patienten gibt es einige Grundregeln, die eingehalten werden sollten. Dazu gehört:

1. Mit dem Patienten im Blick- und Gesprächskontakt bleiben.
2. Körperliche Distanz wahren bzw. (durch langsamen Rückzug) schaffen (2 Meter)
3. Ruhig und gelassen, dabei bestimmt und „klar“ bleiben.
4. Auf Provokationen, Beschimpfungen, falsche Beschuldigungen nicht emotional, nicht mit Rechtfertigungsversuchen reagieren: „Ich nehme das jetzt zur Kenntnis und verstehe Ihre Aufregung. Wir werden das später klären.“ Keine Diskussion über wahnhaft besetzte Themen, insbesondere nicht „mit Tatsachen überzeugen“ wollen.
5. Kontaktaufnahme durch „Spiegelung“: „Sie wirken sehr aufgebracht.“ Hintergründe des akuten Zustandes aufklären: „Was macht Sie wütend? Wovor haben Sie Angst?“ Gesprächsangebot: „Lassen Sie uns darüber sprechen.“
6. Die Situation entspannen (u. U. etwas trinken, eine Zigarette rauchen): „Bitte setzen Sie sich wieder. Dann können wir ein klärendes Gespräch führen.“ Ihn auffordern, Distanz zu wahren. Auf die eigene Körpersprache achten, eine beruhigende Körperhaltung (Arme und Hände offen, entspannt zurückgelehnt, dem Gesprächspartner zugewandt) einnehmen,
7. Das eigene Vorgehen transparent machen:
 - a) Ich möchte versuchen, die Situation mit Ihnen zu klären.
 - b) Ich möchte, dass Sie sich setzen und Ihre Bedarfsmedikation nehmen.
 - c) Ich möchte mir in der Situation Unterstützung holen.
 - d) Ich möchte dazu den Raum verlassen.

Gelingt es nicht, die Situation so weit zu entspannen, dass das Gespräch fortgesetzt werden kann, sollte Hilfe herbeigeholt werden.

Neben bestimmten Risikofaktoren

- akute Intoxikation mit Tabletten, Drogen und/oder Alkohol
- akutes Wahn- und/oder halluzinatorisches Erleben
- dissoziative, antisoziale oder Borderline-Persönlichkeitsstörung
- bekannte hirnorganische Schädigung durch Trauma, Alkohol
- Patient führt bedrohliche Gegenstände (Waffen) mit sich
- aggressives Verhalten und einschlägige Delikte/Vorkommnisse in der Anamnese
- Prägung und/oder Traumatisierung durch Gewalt im Umfeld

sind weitere Indikatoren für eine fortbestehende Gefährdung:

- psychomotorische Erregung und Anspannung (Blässe, Schweiß, laute Stimme oder demonstratives Schweigen, Unruhe und bedrohliche Körperhaltung) des Patienten bestehen fort;
- Misstrauen und Feindseligkeit, Beschuldigungen und Beschimpfungen halten trotz Klärungsversuchen an;
- verbale Aggressivität, Gewaltandrohung, aggressives Verhalten (Drohgebärden, erbetene Distanz nicht halten, Gegenstände zu Boden werfen etc.) werden fortgesetzt;
- meine eigene Angst, mein Unbehagen in der Situation nehmen nicht ab, sondern zu.

In diesem Fall muss danach getrachtet werden, sich selbst (und ggf. Unbeteiligte) schnellstmöglich in Sicherheit zu bringen und (selbst mit Hinblick auf einen körperlichen Angriff) ausreichend Helfer, notfalls die Polizei herbeizurufen.

Deeskalationstraining

Zur persönlichen Sicherheit und Erweiterung der therapeutischen Kompetenz in Krisen- und Notfallsituationen (einschließlich der Möglichkeiten körperlicher Aggressionsabwehr) empfiehlt sich ein fachlich spezifisches Deeskalationstraining, das inzwischen viele psychiatrische Fachkrankenhäuser und -abteilungen ihren Mitarbeitern anbieten. Immerhin entfielen nach einer Untersuchung des Gemeinde-Unfallversicherungsverbandes (GUV) in NRW (1999) allein 40% der aus psychiatrischen Kliniken gemeldeten Arbeitsunfälle bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auf körperliche Übergriffe durch Patient(inn)en. Die Zunahme entsprechender Arbeitsunfälle (10% der Betroffenen benötigten ärztliche Behandlung, 5% waren vorübergehend arbeitsunfähig und 15% fühlten sich psychisch beeinträchtigt [ohne dass es zum Vollbild einer „posttraumatischen Belastungsstörung“ kam]) hat unter anderem entsprechende Versicherungen veranlasst, präventiv ein Deeskalationstraining für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken und Fachabteilungen anzubieten. Nimmt man das Internet als Indikator, so scheint das Interesse am Thema „De-Eskalation“ stark zu steigen: allein die Nachsuche „Deeskalation“ (auf Deutsch) ergibt derzeit bei „Google“ über 30.000 Seiten Einträge, das Thema „Deeskalation + psychisch Kranke“ (auf Deutsch) führt immerhin zu 135 Seiten).

Eine gezielte Empfehlung für einen Anbieter von „Deeskalationstraining“ auszusprechen fällt bei diesem Überangebot schwer.

Zu empfehlen sind nach Ansicht des Verfassers Anbieter mit nachweislicher (Referenzen!) Kompetenz auf dem Gebiet psychischer Störungen.

Über die Unfallkasse Baden-Württemberg (Augsburger Str. 700, 70329 Stuttgart) wird ein „Professionelles Deeskalationsmanagement“ (ProDeMa) angeboten, über dessen Einzelheiten auch eine Internetseite: „www.prodema-online.de“ informiert.

Verwendete Literatur

Internationale Klassifikation psychischer Störungen/ICD-10; WHO, 1991

Das Notfall-Psychiatrie-Buch (Hrsg. W. Hewer und W. Rössler): Urban & Schwarzenberg, München, 1988

Das AMDP-System. Springer Verlag

Prof. Dr. med. Matthias Dose

Ärztlicher Direktor

Tel. 08084/934-212 • Fax 08084/934-400

E-Mail: m.dose@iak-kt.de

Isar-Amper-Klinikum, Klinik Taufkirchen (Vils)
Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und
psychosomatische Medizin www.iak-kt.de
Bräuhausstraße 5 • 84416 Taufkirchen (Vils)