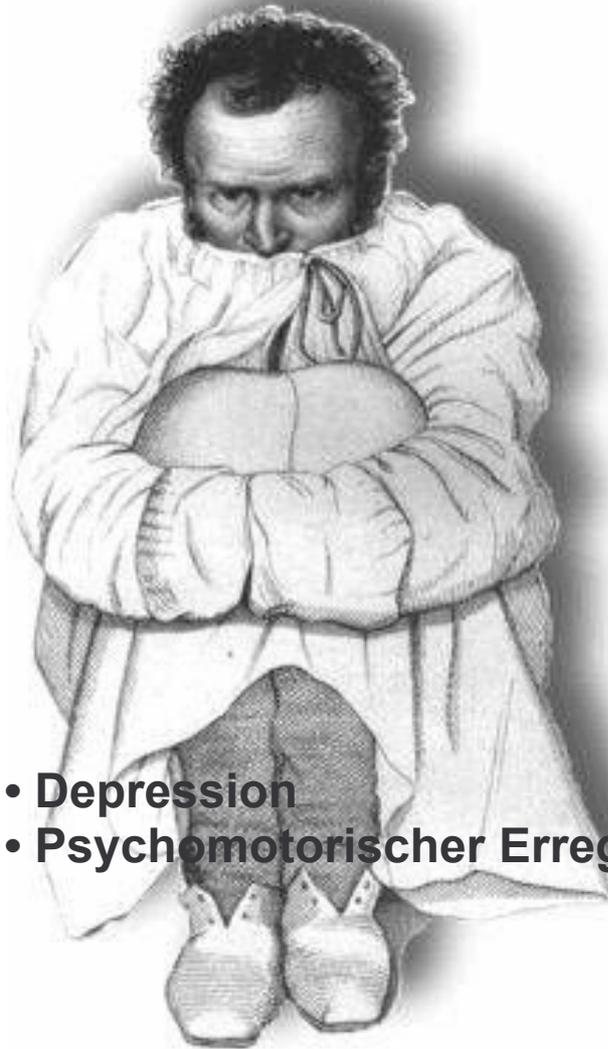


Der psychiatrische Notfallpatient



- Depression
- Psychomotorischer Erregungszustand

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
1.1	Begründung der Themenwahl	4
1.2	Abgrenzung	5
1.3	Persönliche Zielsetzung meiner Arbeit	6
2	Allgemeine Psychiatrie	7
2.1	Einteilung in Dringlichkeitsstufen	7
	2.1.1 Absoluter Notfallpatient	7
	2.1.2 Relativer Notfallpatient	7
	2.1.3 Kein Notfallpatient	8
2.2	Verhalten des Patienten	8
	2.2.1 Erscheinung des Patienten	8
	2.2.2 Motorik des Patienten	8
	2.2.3 Sprache des Patienten	9
2.3	Bewusstseinsstörungen	10
2.4	Differentialdiagnose	11
3	Depression	12
3.1	Definition Depression	12
3.2	Einteilung	13
3.3	Ursachen	14
3.4	Prognose und Verlauf	14
3.5	Therapie	15
3.6	Verhaltensregeln bei depressiven Patienten	15
3.7	Zusammenfassung	16
4	Psychomotorischer Erregungszustand	17
4.1	Definition des psychomotorischen Erregungszustand	17
4.2	Verhaltensregeln	18
4.3	Abschätzung der Gewaltbereitschaft	18
4.4	Vermeidbare Fehler	19
4.5	Ursachen von Erregungszuständen	19
4.6	Differentialdiagnostische Aspekte	20
4.7	Die Brøset Gewalt – Checkliste	21
4.8	Anmerkung	22
4.9	Persönliche Stellungnahme	22

4.10	Therapie	23
4.11	Fürsorglicher Freiheitsentzug	24
5	Notfall – Psychopharmaka	25
6	Beratungsstellen für psychische Probleme	27
6.1	Die Dargebotene Hand	27
6.2	Kriseninterventionszentrum	27
7	Zusammenfassung	28
8	Prozess und Reflektion der Arbeit	29
8.1	Überprüfung meiner Ziele	31
9	Glossar	32
10	Quellennachweis	35
11	Anhang 1 Symptomenkomplexe	36
12	Anhang 2 Tagesbericht KIZ	37
13	Anhang 3 diverse Prospekte	39
14	Informationsblatt diverser Anlaufstellen	40

1 Einleitung

1.1 Begründung der Themenwahl

Im Pflegealltag auf der interdisziplinäre Notfallstation des Kantonsspital Winterthurs (KSW) werde ich als Pflegefachfrau mit den unterschiedlichsten Patienten konfrontiert. Psychiatrische Notfälle gehören zum Alltag: aggressive, depressive, suizidale oder gewalttätige Patienten. Auch Patienten, nach einer Intoxikation durch Drogen, Medikamente oder Alkohol gehören dazu. In unserem Organisationssystem werden diese Patienten von Pflegefachpersonen und von Ärzten mit unterschiedlichem Wissen und Erfahrung im Bereich Psychiatrie auf unserer Notfallstation aufgenommen.

Obwohl die psychiatrischen Notfallsituationen im Pflegealltag relativ häufig sind, verfügen wir in der Pflege über keine allgemeingültigen Richtlinien oder Standards. Dadurch ist das Leistungsangebot der Pflegefachpersonen abhängig von den persönlichen Wertvorstellungen der einzelnen Personen. Die nachfolgenden zwei Beispiele sollen zeigen, wie unterschiedlich sich Patienten mit psychischen Problemen verhalten können. Sie waren Schlüsselerlebnisse für die Wahl des Themas meiner Abschlussarbeit.

- **Erstes Beispiel**

Ostersonntag: Eine Frau kommt am Nachmittag auf die Notfallstation. Sie weint und möchte gerne mit einem Arzt sprechen, da sie sich nicht wohl fühle. Sie erklärt mir sie habe schon die "Dargebotenen Hand Tel. 143" angerufen, welche sie dann ins Kriseninterventionszentrum (KIZ) geschickt hatten. Dort erklärte man ihr, da es Sonntag sei, hätten sie keinen diensthabenden Psychiater. Sie verwiesen sie auf die psychiatrische Poliklinik. Am Wochenende ist die Poliklinik aber nicht besetzt und so kam die Patientin zu uns auf die Notfallstation des Kantonsspitals Winterthur.

In solchen Fällen hat der diensthabende Arzt die Möglichkeit, einen Psychiater anzubieten. Jedoch hat sich im beschriebenen Beispiel der zuständige Arzt für das Organisieren eines Seelsorgers entschieden, der sich dann um diese Patientin kümmerte. Sie führten ein ca. 2-stündiges Gespräch in einem Untersuchungszimmer.

Aus diesem Beispiel resultieren für mich eine Frage und zwei Erkenntnisse:

1. Welche Anlaufstellen gibt es in der Stadt Winterthur für psychiatrische Notfallpatienten?
2. Wir haben bei uns auf der Notfallstation des KSW kein Besprechungszimmer, d.h. Gespräche mit Patienten werden in einem Untersuchungszimmer (UZ) geführt. Diese sind dann für eine längere Zeit besetzt.

3. Auf der Notfallstation des KSW fehlt ein Pflegestandard für psychiatrische Notfälle.

• **Zweites Beispiel**

Samstagabend: Der Rettungsdienst (RD) bringt uns einen 40-jährigen Mann, den sie bis auf die Unterhose nackt am Strassenrand fanden. Der RD wurde durch die Polizei alarmiert. Das es zu dieser Zeit regnete, war der Patient unterkühlt. Schon auf dem Weg vom Einsatzort bis zu Notfallstation wurde der Patient aggressiv.

Als wir versuchten ihn zu beruhigen und warm zu zudecken, rastete er aus, schlug wild um sich und warf den Infusionsständer durchs Zimmer, dazu lallte er unverständliche Worte.

Zu viert versuchten wir den Patienten auf dem Boden festzuhalten und ihn zu beruhigen. Der Versuch eine Infusion zu legen, scheitert da der Patient nicht kooperativ war.

Wir haben nur noch die Möglichkeit gesehen, die Polizei zu rufen. Sobald der Patient die uniformierten Polizisten sah, setzte er sich auf einen Stuhl und verhielt sich relativ ruhig.

Aus diesem Beispiel resultieren für mich wieder 3 Fragen:

1. Wie verhalte ich mich bei aggressiven Patienten, bzw. welche Möglichkeiten gibt es zur Beruhigung dieser Patienten?
2. An welche Differentialdiagnosen muss ich denken? Nicht jedes aggressive, unruhige Verhalten ist psychisch bedingt.
4. Wie ist meine rechtliche Situation, wenn z.B. ein Patient unerlaubt den Notfall verlässt, oder wenn es zu einem körperlichen Übergriff kommt?

1.2 Abgrenzung

Die Vielfalt der psychischen Erkrankungen sind gross. Bei der vorliegenden schriftlichen Arbeit beschränke ich mich bewusst auf die zwei Themen: Depression und der psychomotorische Erregungszustand. Bei dieser Themenwahl ist mir bewusst, dass „Depression“ keine Notfallsituation an sich ist. Auf unserer Notfallstation erleben wir oft die Folgen einer Depression, welche oft zu Notfallsituationen führen. Oft betreuen wir Patienten, bei welchen eine Depression der Auslöser eines Suizidversuches war. Die Ursachen des „psychomotorischen Erregungszustand“ hängen oft mit dem Konsum von Alkohol, Drogen, psychischer Belastungen zusammen. Hier könnte auch die zunehmende Gewaltbereitschaft in der heutigen Gesellschaft eine Rolle spielen.

1.3 Persönliche Zielsetzung meiner Arbeit

1. Vertiefen meiner Kenntnisse in zwei Themen der Psychiatrie aus pflegersicher Sicht- die Depression und den psychomotorischen Erregungszustand.
2. Meine Kenntnisse der wichtigsten Psychopharmaka für den Notfallbereich verbessern.
3. Meine Kenntnisse über die verschiedenen Institutionen und Anlaufstellen für Psychatriepatienten der Stadt Winterthur verbessern.
4. Bewusstes Vorgehen, bei unruhigen, verwirrten Patienten. Mögliche Ursachen und Differentialdiagnosen kennen.
5. Abbauen der eigenen Unsicherheit gegenüber psychisch kranken Patienten.

2 Allgemeine Psychiatrie

2.1 Einteilung in Dringlichkeitsstufen

Das Kapitel 2. Allgemeine Psychiatrie beruht auf den Unterlagen von Dubin (1993).

Die Triage des psychiatrischen Patienten erfolgt gemäss [1] in drei Dringlichkeitsstufen. Die drei Stufen sind nachfolgend jeweils mit ihren Symptomen beschrieben.

Diese Einteilung ermöglicht mir als Pflegefachfrau auch in der Praxis eine gute Einschätzung der Situation des Patienten. Das heisst für mich kann der Patient:

- braucht er ein Zimmer und sofortige ärztliche Betreuung (absoluter Notfall)
- braucht er ein Zimmer (relativer Notfall)
- vorerst im Wartezimmer warten (kein Notfall)

2.1.1 Absoluter Notfallpatient

Patienten mit folgenden Symptomen werden in der Triage als absolute Notfälle beurteilt:

- drohendes oder akutes Alkoholentzugssyndrom
- hochgradige Erregtheit (Tobsucht)
- schwere Intoxikation
- erfolgter Suizidversuch.

2.1.2 Relativer Notfallpatient

Patienten mit folgenden Symptomen werden in der Triage als relative Notfälle beurteilt:

- akuter Erregungszustand
- geäusserte Selbst- oder Fremdgefährdung
- konkrete Suizidpläne- und Vorbereitungen
- Trunkenheit, bizarres Verhalten

2.1.3 Kein Notfallpatient

Patienten mit folgenden Symptomen werden nicht als Notfälle beurteilt:

- Lebensprobleme (z.B. Ehestreitigkeiten, Familienzwist)
- mässig ausgeprägt Angstzustände
- Bedürfnis "zu reden" oder "sich auszusprechen"
- Hinlänglich bekannte Patienten, die Rat und Zuwendung suchen.

2.2 Verhalten des Patienten

Schon während den ersten Minuten der Kontaktaufnahme mit einem Patienten nehmen wir vieles wahr. Wir achten auf die Erscheinung, die Motorik oder die Sprache des Patienten [1].

2.2.1 Erscheinung des Patienten

Folgende Kriterien der Erscheinung nutzen wir bei der Beurteilung des Patienten:

- Zustand der Kleidung und der Körperpflege; ungepflegte Kleidung deuten am ehesten auf Patienten mit Drogenkonsum, oder auf eine Depression hin.
- Bizarres oder exzentrisches Aussehen, diese deuten eher auf eine Schizophrenie oder Manie hin.
- Nachlässiges oder achtloses Aussehen, dies deutet z.B. auf eine Depression hin oder auf Drogenmissbrauch.

2.2.2 Motorik des Patienten

Folgende Kriterien über das Verhalten und die Bewegungen des Patienten nutzen wir bei der ersten Beurteilung:

- Agitiertheit (unablässiges auf- und abgehen, Händeringen) kommt bei Manie, Depression, Schizophrenie, Ängsten, Gebrauch von Stimulantien oder Drogen- bzw. Alkoholentzug vor.
- Grobschlägiger Tremor oder "Pillendrehbewegung" der Finger, kommen bei Angst oder Alkoholentzug vor.
- Motorische Verlangsamung können Anzeichen einer katatonen Depression sein.
- Extrapyramidale Symptome (EPS), wie z.B. Bewegungsunruhe (Akathisie), Bewegungslosigkeit (Akinesie) und gestörte Bewegungen (Dyskinesie) können Anzeichen von Nebenwirkungen bei Antipsychotikaeinnahme sein.

2.2.3 Sprache des Patienten

Folgende Kriterien der Sprache helfen uns bei der Beurteilung des Patienten:

- Verlangsamtes Sprechen könnte Ausdruck einer Depression sein.
- Bei schnellem, ununterbrochenem Reden liegt oft eine Manie, extreme Angst oder den Gebrauch von Psychostimulantien vor.
- Eine verwaschene Sprache deutet am ehesten auf einen intoxikierten Patienten oder eine CVI (Cerebrovaskulärer Insult) hin.
- Der Gebrauch von ungewöhnlichen Wörtern kommt oft bei einer Schizophrenie vor.

2.3 Bewusstseinsstörungen

Psychiatrische Patienten weisen oft eine Veränderung des Bewusstseins auf. Diese werden unterschieden in qualitative und quantitative Bewusstseinsstörungen:

Qualitativ

- Absenz
- Dämmerzustand
- Verwirrung
- Delirium

Quantitativ

- Benommenheit
- Somnolenz
- Sopor
- Koma

Quantitative Bewusstseinsstörungen = verminderte Vigilanz

- Wachheit
- Benommenheit
- Somnolenz abnorme Schläfrigkeit, Reaktion auf akute Reize
- Sopor keine spontane Bewegung, Reaktion auf Schmerzreize
- Koma keine Reaktion, auf äussere Reize nicht mehr weckbar

Qualitative Bewusstseinsstörungen = verminderte Vigilanz

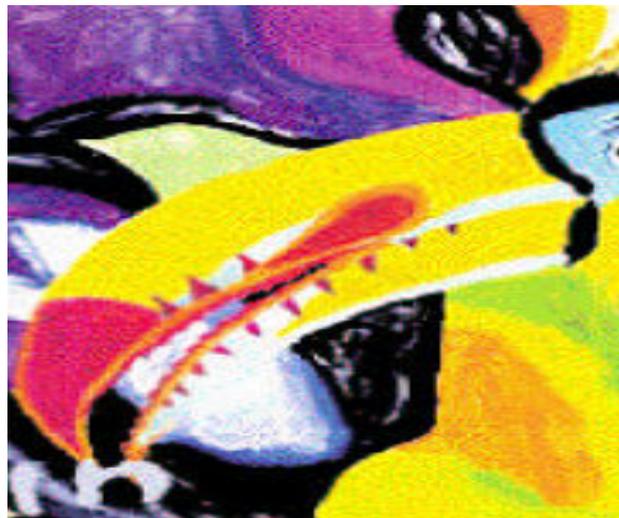
- Verwirrtheit
- Delirium/
Dämmerzustand vegetative Symptomatik (schwitzen, hochroter Kopf, Unruhe, zittern)
- Coma vigile/
apalisches Syndrom Wachkoma, vegetatives Nervensystem funktioniert
- Akinetische Mutismus Bewegungslosigkeit, z.B. Maskengesicht
- Stupor psychische Schrecklähmung
- Amnestische Episode kurze Gedächtnislücke, z.B. nach Dormicumgabe

2.4 Differentialdiagnose

Vielfach haben somatische Beschwerden einen Einfluss auf die Psyche, wie auch umgekehrt. Zum Ausschluss einer somatischen Erkrankung gehören immer auch die Vorgeschichte des Patienten, die körperliche Untersuchung, das EKG, Laboruntersuchungen und ggf. ein Computertomogramm dazu.

Psychomotorische Unruhe, Bewusstseinstörung, Aggressivität, Verhaltensauffälligkeit usw. können nicht nur im psychischen Bereich sondern auch im somatischen Bereich auftreten. Dazu einige Beispiele:

- *Schädel-Hirn-Trauma*
- *Epilepsie*
- *Tumoren*
- *CVI*
- *Encephalitis*
- *Hypoglykämie*
- *Hyperthyreose*



3 Depression

3.1 Definition Depression

Depression kommt vom Wort deprimere (lateinisch) und bedeutet herunter- oder niederdrücken [2].

Schon Hippokrates beschrieb bei einer Frau, dass *"das Gemüt durch plötzlichen Grund zur Sorge in Melancholie gefallen war und wie sie noch so umherging, Schlaflosigkeit überkam, Abneigung gegen das Essen sowie Durst und Übelkeit."*

Robert Burton schrieb in seinem Buch *Anatomy of Melancholy* im Jahre 1621: *"Wenn es eine Hölle auf Erden gibt, dann findet man sie im Herzen eines melancholischen Menschen."*

In der Fachliteratur "Depressionen im Erwachsenenalter" wird die Depression als eine über den normalen Kummer hinausgehende Einschränkung, die sich entweder als erlebnisreaktive Anpassungsstörung oder als majore Depression mit wahnhaften Schuldideen dargestellt.

Depression ist eine häufige Erkrankung die oft schwer zu erkennen ist. In meinem Bekanntenkreis kenne ich drei Personen die unter dieser Krankheit leiden oder gelitten haben. Es sind dies zwei Jugendliche im Alter von 16 und 19 Jahren und eine 35-jährige Mutter. Alle drei kommen aus unterschiedlichen Familien- und Lebenssituationen. Bei Allen äusserten sich die Symptome zuerst im somatischen Bereich, das heisst durch Appetitlosigkeit, Übelkeit und Erbrechen. Bei den zwei Jugendlichen führten Probleme am Arbeitsplatz zu einer Eskalation und es kam zur verbalen Äusserung der Depression. Die Mutter hingegen fühlte sich mit der Erziehung der Kinder überfordert und brauchte psychiatrische Hilfe. Gefühlsschwankungen werden speziell bei den Jugendlichen als pubertäre Phase bezeichnet und zu wenig ernst genommen. Nach meiner Meinung spielt bei den zwei Jugendlichen auch regelmässiger Konsum von Haschisch eine wichtige Rolle. Mögliche Folgen könnten sein: Verlust der Lehrstelle, Abkapslung vom Elternhaus, Streit mit Freunden, usw..

Während meinem Praktikum in der Psychiatrie wurde eine ca. 30-jährige verheiratete Frau, Mutter von 2 kleinen Kindern, eingewiesen. Die Diagnose war eine 2. Episode einer Depression. Diese Patientin war nicht mehr fähig ihre Kinder zu betreuen und den Haushalt zu führen. Aus ihrer Geschichte geht hervor, dass sie im Kindesalter von ihrem Nachbarn regelmässig sexuell missbraucht wurde.

3.2 Einteilung

Die Depression erfolgt in drei verschiedenen Einteilungen [2]:

Allgemein

Die Depressionen werden unterschieden ob sie:

- einmalig/mehrmalig sind
- leicht/mittelgradig/schwergradig sind
- reine Depression (unipolar)/zusätzlich noch manische Stimmungen (bipolar) sind.

Schweregrad

Bei leichter Depression bestehen mindestens *zwei*, bei mittelschwerer Depression mindestens *drei*, bei schwerer Depression mindestens *vier* der folgenden Symptome:

- verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit
- Suizidgedanken, Suizidhandlungen oder Suizidversuche
- Schlafstörungen
- geminderter Appetit.

Art und Herkunft

Die häufigsten Krankheitszeichen lassen sich nach Art und Herkunft in drei Gruppen aufteilen:

1. *Seelische Symptome*: Traurigkeit, Verstimmung, Unfähigkeit zur Freude, Hemmung im Denken, Entschlussunfähigkeit, Mattigkeit, Angst, innere Leere, Hoffungslosigkeit, Suizidgedanken
2. *Psychomotorische Symptome*: Antriebsstörungen entweder körperliche Unruhe, innere Getriebenheit auf der einen Seite, Müdigkeit, Mattigkeit und inneres Erstarren bis zur seelisch-körperlichen Blockierung auf der anderen Seite.
3. *Körperliche Symptome*: Schlafstörungen, Appetitsstörungen, Klossgefühl im Hals, Druck auf der Brust, Herzschmerzen, Magen-Darbeschwerden, Hitze-wallungen, Kälteschauer, nachlassen des sexuellen Verlangens

Die Diagnostik einer Depression ist oft sehr schwierig und langwierig, da sich die Beschwerden mannigfaltig äussern können. Darüber hinaus sind auch die Ursachen ganz verschieden.

3.3 Ursachen

An der Entstehung einer Depression können verschiedene biologische, psychologische und soziale Faktoren beteiligt sein. Man geht davon aus, dass in vielen Fällen die verschiedenen Faktoren miteinander gekoppelt sind und sich unter Umständen gegenseitig ungünstig beeinflussen [2].

- Bei der *biologischen* Seite spielen die genetischen Faktoren, das heisst Faktoren die die Vererbung betreffend eine Rolle. Es ist wichtig, dass man im Rahmen einer Familienanamneseerhebung immer nachfragt, ob Depressionen bereits in der Familie aufgetreten sind und wie deren Verlauf war oder ist. Auch nimmt man oft eine Verminderung der Neurotransmitter (Botenstoffe) an, insbesondere des Serotonin und des Noradrenalin. Zusätzlich besteht ein neuroendokrino- logisches Ungleichgewicht im Bereich des Hypothalamus und der Hypophyse sowie der Nebennierenrinde und der Schilddrüse.
- Im *psychologischen* Bereich wird angenommen dass eine negative ICH-Bewertung (ICH-Insuffizienz) vorliegt, so dass es zu einer Selbstwertstörung und einer negativen Selbstwertschätzung kommt. Dies äussert sich dann oft in der Unfähigkeit "Nein" zu sagen, Wünsche zu äussern und auf eigene Bedürfnisse zu achten.
- Aktuelle *soziale* Belastungssituationen, wie zum Beispiel persönliche Verluste, können vor allem beim ersten Auftreten einer depressiven Episode als auslösende Faktoren nachgewiesen werden. Wenn aber das soziale Umfeld stimmt, besteht die Gefahr weniger an einer Depression zu erkranken.

3.4 Prognose und Verlauf

- Depression ist eine häufige Erkrankung in unserer heutigen Gesellschaft. In 50-60% der Fälle besteht die Gefahr eines Rückfalls, das heisst, oft erfolgt nach einer ersten Episode eine Zweite.
- Frauen erkranken häufiger als Männer (in den letzten Jahren fand eine Zunahme der männlichen Patienten statt).
- Depression kennt keine Altergrenzen. Eine Depression dauert im Durchschnitt zwischen 7-8 Monate.

- Das grösste Risiko einer Depression ist der Suizid. 15% der Patienten nehmen sich das Leben. Auch erkranken diese Menschen häufiger an Herzerkrankungen, Arteriosklerose, Asthma bronchiale, Allergien, Diabetes mellitus und Infekterkrankungen.

3.5 Therapie

Die Therapie gliedert sich in verschiedene Komponenten. Zum einen sind das *Medikamente*, zum anderen benötigt es auch eine *Verhaltenstherapie*. Zusätzlich unterstützt Sport, Lichttherapie usw. die Behandlung. Bei rechtzeitigen Erkennen und frühzeitigen Behandlungsbeginn können die meisten depressiven Menschen ambulant behandelt werden.

Natürlich muss man bei organisch bedingten Depressionen auch die organische Ursache behandeln.

3.6 Verhaltensregeln bei depressiven Patienten

Oft geht es auf einer Notfallstation sehr hektisch zu. Trotzdem sollten wir uns diese Zeit nehmen und dem Patienten die nötige Ruhe vermitteln, die er braucht. Hier einige Massnahmen und Verhaltensweise, die auch im Notfall angewendet werden können:

- Eine ruhige Atmosphäre vermitteln in der sich der Patient entspannen kann.
- Aktives zuhören.
- Unterlassen von gut gemeinten Ratschlägen wie: "es wird schon wieder" oder "nehmen sie sich doch zusammen".
- Die Pflegeverrichtungen werden nur von einer Pflegeperson ausgeführt.
- Bei Suizidgedanken: Patient mit seinen Ängsten konfrontieren und ansprechen. Massnahmeplan und Abmachungen treffen.

3.7 Zusammenfassung

- *Depression kann jeden treffen!*
- *Depression ist heilbar!*
- *Bei unklaren körperlichen Schmerzen an eine Depression denken!*
- *Ausschluss einer somatischen Erkrankung!*



4 Psychomotorischer Erregungszustand

Im Unterschied zu depressiven Patienten sind Patienten im psychomotorischen Erregungszustand unruhig, erregt, drohend und bis zur Gewalttätigkeit neigend. Sie geben einem oft das Gefühl von Furcht, Ärger und unkooperativ sein.

Jeder der in einer Notfallstation arbeitet, hat Situationen mit aggressiven Patienten schon einmal erlebt. Diese Situationen äussern sich auf verschiedene Art und Weise. Aggressionen können ganz verschiedene Ursachen haben. Ältere, demente Patienten können aggressiv werden, weil sie nicht mehr verstehen was mit ihnen passiert. Auch können Aggressionen bei Patienten durch Alkohol oder Drogen ausgelöst werden oder durch Konflikte zwischen verschiedenen Nationalitäten. Je nach Situation müssen wir versuchen uns richtig zu verhalten. *Einfacher gesagt, als gemacht!*

Da ich privat Kampfsport betreibe, kenne ich vielleicht besser als andere Mitarbeitende, einige Tricks und Kniffs der Verhaltensregeln. Dies war auch der Grund, warum ich einen Kurs in Selbstverteidigung für das Personal unserer Abteilung angeboten habe. Der Kurs war gut besucht.

4.1 Definition des psychomotorischen Erregungszustand

Die Symptome zeigen sich durch Steigerung von Antrieb und Psychomotorik, sowie eine ausgeprägte Gereiztheit [3].

Leitsymptome

- Steigerung von Antrieb und Psychomotorik
- Bewegungsdrang
- Gereiztheit, Aggressivität
- evtl. selbst- oder fremd gefährdendes Verhalten
- Enthemmung und Kontrollverlust
- innere Unruhe mit Angst und Panik
- häufiges Wahnerleben und Sinnestäuschung

4.2 Verhaltensregeln

Um sich und den Patienten vor Verletzungen zu schützen, müssen einige Punkte beachtet werden [3]:

- Nicht alleine beim Patienten sein
- genügend Personal, rechtzeitig Hilfe organisieren (Polizei, Rettungsdienst)
- Abstand halten
- ruhig und bestimmt Auftreten
- respektvolle Behandlung
- ernst nehmen
- sprechen lassen – zuhören
- nicht provozieren lassen

4.3 Abschätzung der Gewaltbereitschaft

Viele erregte Patienten verhalten sich verbal aggressiv, sie beschimpfen uns, beleidigen uns, werden laut und sind unkooperativ. Doch das bedeutet noch lange nicht, dass sie auch körperlich gewalttätig werden. Oft drückt die Körperhaltung etwas anderes aus. Wenn der Patient zum Beispiel seine Hände in den Hosentaschen hält, ist er weit weniger gefährlich, als wenn seine Hände zu Fäusten geballt sind und auf mich gerichtet sind. Trotzdem heisst es immer; Abstand wahren (einfaches Prinzip = mindestens eigene Armlänge als Distanzeinheit) und auf eigene Sicherheit achten. Auch unsere Körperhaltung spielt eine grosse Rolle. Wie stehen wir da; drohend, abwartend, ungeduldig, kommen wir alleine, zu zweit oder mehrere Personen zum Patienten. Wenn wir uns bewusst sind, weshalb sich der Patient aggressiv verhält, vielleicht weil er Angst hat, weil er nicht versteht was mit ihm passiert oder weil er zur Gewalttätigkeit neigt, gelingt es uns besser die geeigneten Massnahmen zu ergreifen. Begegnet man einem Patienten ruhig, distanziert, gelassen und verständnisvoll kann sich eine angespannte Situation wieder entspannen

.
Kommt es aber doch zu einer verbalen oder körperlichen Gewalteinwirkung, so ist eine sofortige Meldung an das Personalbüro zu machen. Ein Formular befindet sich im KSW-Reglementsordner. Um die Sicherheitsmassnahmen verbessern zu können ist es wichtig, dass alle Vorfälle gemeldet werden. Ebenso kann damit statistisch dargestellt werden, wie oft wir körperlicher Gewalt ausgesetzt sind.

4.4 Vermeidbare Fehler

Unser Ziel ist, einen erregten Patienten möglichst schnell zu besänftigen und zu beruhigen. Hier einige Punkte die beachtet werden sollten [4]:

- Bei einem erregten Psychotiker die Realität von Halluzinationen oder Wahngedanken nicht anzweifeln.
- Mit Intoxikierten, keine Konflikte, die ihn belasten, durchzusprechen.
- Einem Alkoholiker keine Vorwürfe über seinen Alkoholmissbrauch machen.
- Mit einem Patienten nach Schädel-Hirntrauma und entsprechenden Verhaltensstörungen niemals die Schuldfrage und Unfallursache diskutieren.
- Von einem erregt-depressiven Patienten nicht erwarten, dass er sich zusammen nehmen solle und es schon schaffen werde.
- Generell bei erregten Patienten niemals dessen Äusserungen in Frage stellen oder Zweifel an seinen Einstellungen äussern.

4.5 Ursachen von Erregungszuständen

Die Ursachen werden je nach Grunderkrankung eingeteilt [3]:

- **Schizophrenie und affektive Störungen**
 - Schizophrenie
 - agitierte Depression
 - Manie
- **Organische Erkrankungen - hirnorganisch bedingt**
 - Demenz
 - Intelligenzminderung
 - Schädel-Hirn-Trauma
 - epileptischer Dämmerzustand
 - Enzephalitis
 - Tumor
- **Organische Erkrankungen - internistisch bedingt**
 - Hypoglykämie
 - Hyperthyreose
- **Intoxikationen/Entzugssymptome**
 - Alkohol (Rausch, Abhängigkeit, Delirium tremens)
 - Opioide, Cannabis, Kokain
 - Sedative oder Hypnotika
 - Stimulantien, Halluzinogene

- **Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen**
 - Panikstörung
 - posttraumatische Belastungsstörung
 - Anpassungsstörung
 - psychogene Hyperventilation
- **Persönlichkeitsstörungen**
 - paranoide Persönlichkeitsstörung
 - emotional instabile Persönlichkeitsstörung

Die Ursachen psychomotorischer Erregungszustände sind mannigfaltig. Eine klare präzise Diagnose in einer Notfallsituation zu erstellen wird dadurch erschwert. Wenn sich der Patient unkooperativ verhält, müssen wir einige diagnostische Aspekte berücksichtigen.



4.6 Differentialdiagnostische Aspekte

Da es oft sehr schwierig ist, die genaue Ursache für den Erregungszustand des Patienten herauszufinden, können uns folgende Punkte Informationen zu Patienten liefern und uns bei der Differentialdiagnostik weiterhelfen [4]:

- **Äussere Erscheinung**
 - Einstichstellen
 - Verletzungen
 - Gestik, Körperhaltung
 - Motorik
 - Sprache
 - Kleidung
- **Vegetative Funktionen**
 - Hautfarbe
 - Pupillen
 - Temperatur
 - Atemfrequenz
 - Tremor

- **Psychopathologische Befunde**

- Bewusstseinslage
- Reaktionen auf Fragen
- Angstzustände
- Misstrauen
- Zu- oder Abnahme der Erregung bei Anwesenheit von Hilfspersonen

Nicht zu vergessen, sind Ausweise, Medikamentenkarte, Aussagen von Drittpersonen und alte Krankengeschichten des Patienten, die uns weiterhelfen können.

4.7 Die Brøset Gewalt – Checkliste

An der Schule wurde uns in den Lektionen über Psychiatrie wurde uns die Brøset-Gewalt-Checkliste vorgestellt. Bei uns im Notfall ist diese Checkliste beschränkt einsetzbar, da wir den Patienten nicht über längere Zeit beobachten können. Ich denke, sie gibt uns aber trotzdem einen sinnvollen Einblick in die momentane psychische Verfassung in der sich der Patient befindet.

Die Brøset-Checkliste wurde von Roger Alvic (Pflegeforscher in Trondheim, Norwegen) entwickelt. Es ist ein Instrument das eine kurzfristige Vorhersage von Gewaltereignissen bei psychiatrischen Patienten ermöglicht. Diese Einteilung erfasst sechs Verhaltensweisen, die gemäss einer Studie in den 24 Stunden vor einem Gewaltereignis gehäuft auftreten und damit mögliche Indikatoren für ein erhöhtes Gewaltrisiko sind.

Verhalten	Beschreibung	Bewertung
Verwirrtheit	Erscheint offensichtlich verwirrt und desorientiert. Ist sich möglicherweise der Zeit, des Ortes und der Person nicht bewusst.	
Gereiztheit	Ist schnell verärgert oder wütend. Ist nicht in der Lage, die Anwesenheit anderer zu tolerieren.	
Lärmigkeit	Das Verhalten ist übermässig laut oder Krach verursachend; z.B. schlägt Türen, schreit beim Sprechen usw.	
Körperliches Drohverhalten	Ein verbaler Ausdruck, der klare Absicht hat (mehr ist als nur eine erhobene Stimme) eine andere Person zu verängstigen oder einzuschüchtern; z.B. verbale Angriffe, Beschimpfungen, verbal neutrale Kommentare, die auf eine knurrende aggressive Art und Weise (paraverbal) geäussert werden.	
Angriffe auf Gegenstände	Eine aggressive Handlung, die sich gegen einen Gegenstand und nicht gegen eine Person richtet; z.B. das wahllose Treten oder Schlagen gegen einen Gegenstand.	

In der Brøset-Checklist wird angegeben, ob diese Verhaltensweisen während der Einschätzung beobachtet wurden. Die sechs Verhaltensweisen werden in der Checkliste mit "vorhanden" und mit bzw. "nicht vorhanden" eingeschätzt und mit 1 bzw. 0 bewertet. Die Punkte werden zusammengezählt, 2 oder mehr Punkte bedeuten ein erhöhtes Risiko für körperliche Gewaltanwendung bzw. einen physischen Angriff gegen Personen in den nächsten 24 Stunden.

4.8 Anmerkung

Das Pflegepersonal ist nicht befugt, einen Patienten gewaltsam festzuhalten. Wenn der Patient den Notfall auf eigenes Verlangen verlassen will, muss immer der zuständige Assistenz- und Oberarzt der Medizin informiert werden. Je nach Situation wird die Polizei durch den zuständigen Arzt aufgeboten. Gute Dokumentation der Situation ist wichtiger als ein Verzichtsschein.

4.9 Persönliche Stellungnahme

In der Einleitung meiner Arbeit beschrieb ich im zweiten Beispiel einen Patienten mit aggressiven Verhalten unklarer Ursache. Im Nachhinein bin ich der Meinung, dass wir bei diesem Patienten mehr Erfolg gehabt hätten, wenn wir ihm zuerst Ruhe und Sicherheit angeboten hätten.

Um Ruhe und Sicherheit vermitteln zu können, müssen einige Rahmenbedingungen vorausgesetzt werden. Das Pflegefachpersonal braucht angepasstes und genügendes Fachwissen, um sicher den Patienten begegnen zu können, grundsätzlich sollte eine genügende Anzahl Personal vorhanden sein, damit die psychiatrischen Patienten betreut werden können, und es sollten angepasste Räume zur Verfügung stehen.

Der Umgang mit psychisch agitierten Patienten ist für mich persönlich immer wieder eine Gradwanderung: Was kann ich dem Patienten zumuten? Wann darf ich den Patienten gegen seinen Willen behandeln? Darf ich einem Patienten mögliche Therapien vorenthalten weil er sich weigert? Wie kann ich den Patienten schützen? Wie schütze ich mich?

Die Erfahrung aus meinem Praktikum in der Psychiatrie zeigte mir, dass es bei einer Zwangsmedikation einige wichtige Punkte gibt, die berücksichtigt werden sollten:

- Genügend Personal steht zur Verfügung
- Wenn möglich findet eine Vorbesprechung statt (mit allen an der Zwangsmassnahme beteiligten Personen).

- Es werden feste Abmachungen getroffen. Und zwar:
 1. Es redet nur eine Person (Wer)
 2. Wer macht was (festhalten, spritzen)
- Vor jeder Zwangsmedikation werden dem Patienten die Medikamente nochmals oral angeboten.
- Es findet eine Nachbesprechung statt (war der Ablauf in Ordnung, wie ist es einem persönlich ergangen, usw.)

Leider sieht es bei uns auf der Notfallstation etwas anders aus. Die ärztlichen Verordnungen fallen sehr individuell aus. Wir haben keine Richtlinien weder auf ärztlicher noch auf pflegerischer Seite zur Klärung vom Umgang mit aggressiven Patienten.

Mein Ziel ist es zu einem späteren Zeitpunkt eine Richtlinie für den Notfall zu erstellen. Diese müsste folgendes beinhalten:

- Einschätzung der Gewaltbereitschaft (z.B. mit Hilfe der Brøset-Checkliste)
- Vorgehen bei aggressiven Patienten (z.B. wo Hilfe anfordern)
- Zwangsmassnahmen
- Medikation

Ich glaube, eine solche Richtlinie würde uns auf dem Notfall eine Hilfe sein, und die Sicherheit aller betroffenen Personen verbessern.

4.10 Therapie

Je nach Diagnosestellung ist die Therapie unterschiedlich.

- **Gespräche:** Oft helfen Aufklärung, ruhiges Gespräch und ernst nehmen des Problems, schon einmal die Situation etwas zu entschärfen.
- **Medikation:** In anderen Situationen muss mit Hilfe von Medikamenten der Patient ruhig gestellt werden. Bei noch unklarer Ursache des Erregungszustandes (psychotisch, organisch...) ist Vorsicht geboten. Je nach Ursache sieht die Medikation etwas anders aus.
- **Fixation:** Was wir an Fixation auf den Abteilungen des KSW haben, ist eine sogenannte Zewidecke. Bauchgurt, Hand- und Fussfesseln werden nur noch in Notfällen benutzt. In der Psychiatrie wird der Patient manchmal auch in ein Leintuch eingewickelt, so dass er sich nicht mehr mit Händen und Füßen wehren kann. Bei extremen Fällen muss die Polizei aufgebeten werden. Diese kann mittels Handschellen bzw. Fussfesseln den Patienten fixieren.
- **Einweisung in die Psychiatrie:** freiwillig oder per FFE.

4.11 Fürsorglicher Freiheitsentzug

FFE: Fürsorglicher Freiheitsentzug wird vom Psychiater oder vom zuständigen Oberarzt veranlasst.

Art. 397a ZGB Zusammenfassung: Psychisch Kranke und Suchtkranke dürfen notfallmässig entgegen ihrem Willen in die Psychiatrische Klinik eingewiesen werden, wenn sie:

- akut krankheitsbedingt
- sich selbst oder andere gefährden
- und ihnen die Hilfe nicht anders erwiesen werden kann.

Art. 397a ZGB Eine ... Person darf wegen Geisteskrankheit, Geistesschwäche, Trunksucht oder schwerer Verwahrlosung in einer geeigneten Anstalt untergebracht ... werden, wenn ihr die nötige persönlich Fürsorge nicht anders erwiesen werden kann. Dabei ist auch die Belastung zu berücksichtigen, welche die Person für ihre Umgebung bedeutet.

Der fürsorgliche Freiheitsentzug wird durch die kantonale Gesetzgebung geregelt. Das Recht zur Einweisung hat, je nach Kanton, der rechtsmedizinische Dienst, das Gesundheitsamt, der Kantonsarzt, das Stadthalteramt oder jeder Arzt.



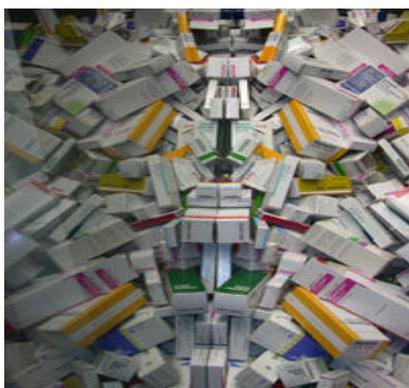
5 Notfall – Psychopharmaka

Temesta 4 mg/ml Amp.	Sedativa
Indikationen	Psychotische Angstzustände, Erregungszustand, zur Vorbeugung des Delirium tremens
Wirkungen	Mittellange Wirkdauer, bereits in einem niedrigen Dosierungsbereich therapeutisch wirksam ist. Eliminations Halbwertszeit: 12-16 Std.
Nebenwirkungen	Selten: Verwirrung, Halluzinationen, Benommenheit und Doppelsehen, Cave: Fahrzeuglenkung
Kontraindikationen	Schock, Koma, akute Vergiftungen
Applikation	Dosierung sollte den Bedürfnissen jedes einzelnen Patienten individuell angepasst werden. 1 Amp.mit 3ml NaCl verdünnen: 1mg/1ml
Spezielles	Vorsicht bei Depressionen und psychotischer Erkrankungen

Valium 10mg/2ml Amp.	Benzodiazepine, Tranquillizer
Indikation	Angst-, Spannungs- und Erregungszustände, zerebraler Krampfanfall, Schmerzzustände
Wirkungen	Zentrale Sedierung mit Beruhigung, angstlösend, muskelrelaxierend, antikonvulsiv, Halbwertszeit: 48 Std.
Nebenwirkungen	Schläfrigkeit, Schwindel, Sehstörungen, Mundtrockenheit, Atemdepression
Kontraindikationen	Medikamenten-, Drogen- und Alkoholabhängigkeit, Ateminsuffizienz
Applikation	Zur Sedierung 5 – 10mg i.v Bei anderen Indikationen 10 – 60mg i.v, 0,5 – 1ml pro Minute
Spezielles	Wirkungsmaximum: nach 30 – 90 Minuten

Haldol 5mg/1 ml Amp.	Neuroleptikum
Indikation	Psychotische Symptome wie z.B. Akute und chronische Schizophrenie, psychischer Erregungszustand, Halluzination, Manie
Wirkungen	Zentral antidopaminerge Wirkung Ausgeprägte Wirkung gegen Wahnvorstellung und Dämpfung psychischer Erregbarkeit Sedierung und Somnolenz (Cave: Autofahren)
Nebenwirkungen	Selten QT-Verlängerung im EKG Extrapyramidale Symptome
Kontraindikationen	Komatöser Zustand Schwere toxische Depression des ZNS Parkinson
Applikation	1 Amp./5mg i.m oder i.v, kann alle 30 Min. wiederholt werden
Spezielles	Zusätzliche Wirkung bei Übelkeit und Erbrechen

Nozinan Tbl. 25mg/100mg, 25mg/1ml	Levomepromazin
Indikation	Psychische Erregbarkeit, Psychosen in der Schizophrenie, depressive Zustände
Wirkungen	Stark sedierend Dämpfung von Hyperaktivität und Agitiertzustände
Nebenwirkungen	Hypotonie, selten QT-Verlängerung Herabsetzung der Anfallschwelle bei Epilepsie
Kontraindikationen	Engwinkelglaukom Überempfindlichkeit auf Levomepromazin Agranulozytose, MS
Applikation	Per os: Beginn 25-50 mg/Tag, i.m 75-100 mg /Tag langsame Steigerung der Dosis



Diese 4 Medikamente [5] sind nur ein kleiner Bruchteil der verschiedenen Psychopharmaka die es gibt. Es sind aber die Medikamente, die wir bei uns auf dem Notfall Winterthur haben.

6 Beratungsstellen für psychische Probleme

Es gibt verschiedene Anlaufstellen, welche Menschen mit Problemen ihre Hilfe anbieten. Im Anhang habe ich verschiedene Prospekte der jeweiligen Institutionen beigelegt. Weiter erstellte ich ein Infoblatt für den Notfall Winterthur mit den wichtigsten Telefonnummern und Adressen der verschiedenen Anlaufstellen (siehe Anhang).

6.1 Die Dargebotene Hand

Die Dargebotene Hand ist rund um die Uhr eine erste Anlaufstelle. Sie dient nicht nur Menschen in schwierigen Lebenslagen, sondern auch für solche mit alltäglichen Sorgen. Sie kann von Allen genutzt werden – unabhängig von Alter, kultureller oder konfessioneller Zugehörigkeit.

Die Dargebotene Hand, nimmt über Telefon und Internet die Rolle eines neutralen Gesprächspartners. Der ratsuchenden Person wird zugehört und ermöglicht über alles zu reden.

6.2 Kriseninterventionszentrum

Das Kriseninterventionszentrum (KIZ) [6] umfasst unterschiedliche Angebotsmodule:

- **Stationäre Krisenintervention**

In einer schützenden und entlastenden Atmosphäre durch flexible Interventionen bewältigen Betroffene ihr Krise so, dass

- a) Auslöser und Gründe für die Krise klarer,
- b) adäquate Ressourcen mobilisiert bzw. generiert und
- c) weiter führende Schritte in Richtung einer Stabilisierung und persönlichen Weiterentwicklung eingeleitet werden.

- **Krisenambulanz und Spezialangebote**

Im ambulanten Rahmen finden Menschen in Krisensituationen oder krisenhaften Lebensphasen den Halt und die Sicherheit zur Stabilisierung, die sie benötigen um wieder selbständig und selbst-verantwortlich ihren eigenen Weg zu gehen. Die vielfältigen Spezialangebote umfassen unter anderem spezifisch wissenschaftlich abgesichert Verfahren zur psychotherapeutischen Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen, Traumatisierungsstörungen, affektiven Störungen sowie zur Behandlung bei psychopharmakologischen Fragestellungen.

Aufnahme während 24 Stunden zu jeder Zeit!

7 Zusammenfassung

Ich behandle in meiner schriftlichen Arbeit zwei Themen der Psychiatrie: Die Depression und der psychomotorische Erregungszustand. Mit dieser Arbeit hoffe ich das Interesse bei den Pflegenden gegenüber Patienten mit psychischen Problemen geweckt zu haben. Nicht alle Mitarbeiter haben in ihrer Aus- und Weiterbildung ein Praktikum in einer Psychiatrie absolviert.

Mit dieser Arbeit habe ich vorerst einmal eine theoretische Grundlage erschaffen. Das Infoblatt mit den wichtigsten Anlaufstellen soll als Hilfsmittel für den Notfall helfen, möglichst schnell den richtigen Ort mit Adresse und Telefonnummer für den Patienten zu finden. In einem zweiten Schritt möchte ich mit Hilfe eines Arztes einen Standard für aggressive Patienten erstellen.

Es erfolgen in unserem Notfall in nächster Zeit bauliche, wie personelle Umstrukturierungen. Gerade im Bezug auf Sicherheit werden mit dem Umzug in den neuen Notfall Verbesserungen stattfinden. Das heisst zum Beispiel, dass der Patient wieder via Portier auf die Notfallstation kommt. Ferner sind zwei Besprechungszimmer geplant, die es dann ermöglichen, Gespräche in einer ruhigeren Atmosphäre zu führen. Die neue bauliche Gegebenheiten, das Infoblatt und der Standard für aggressive Patienten werden die Situation in Bezug auf die Sicherheit im Notfall des Kantonsspital Winterthur wesentlich verbessern.

8 Prozess und Reflektion der Arbeit

Mein erstes Praktikum in der Notfallweiterbildung absolvierte ich in der Aufnahmestation der Psychiatrischen Klinik Rheinau. Die Erfahrung war interessant, spannend und aufschlussreich. Ich habe mich schnell entschlossen, das Thema für meine schriftliche Arbeit in dieser Fachrichtung zu schreiben.

Der Bezug zum Notfall Winterthur fiel mir nicht schwer, da wir immer öfters mit Patienten konfrontiert werden, welche mit psychischen Problemen eintreten.

Die Auswahl verschiedener Themen war gross und ich musste mich für zwei Krankheitsbilder entscheiden. Wichtig war für mich der persönliche Bezug zu meiner Arbeit auf der Notfallstation. Ich habe mich schlussendlich für die Depression und den psychomotorischen Erregungszustand entschieden, weil sie immer häufiger vorkommen. Ich habe mich bei diesen zwei Themen mit Absicht nur auf die Ursachen, Differentialdiagnosen und Notfalltherapie beschränkt.

Ich hatte das Glück, dass ich von einer Arbeitskollegin verschiedene Psychatriebücher zu diesen Themen bekam. Weitere Infos holte ich mir aus dem Internet und der Bibliothek. Es fiel mir nicht immer einfach, meine Gedanken auf Papier zu bringen. Schlussendlich habe ich nicht nur fachlich viel gelernt, sondern auch in Bezug auf den Umgang mit dem Computer. Ich möchte mich hiermit bei Allen bedanken die mich unterstützt haben.

Das Thema Depression hat mich schon immer interessiert. Ich selber bin eine aufgestellte, fröhliche Person. Auch ich habe Tiefs und Trauer erlebt. Doch jedes Mal bin ich durch Gespräche mit Freundinnen, durch sportliche Aktivitäten und positive Gedanken aus meinem "Tief" selber wieder herausgekommen.

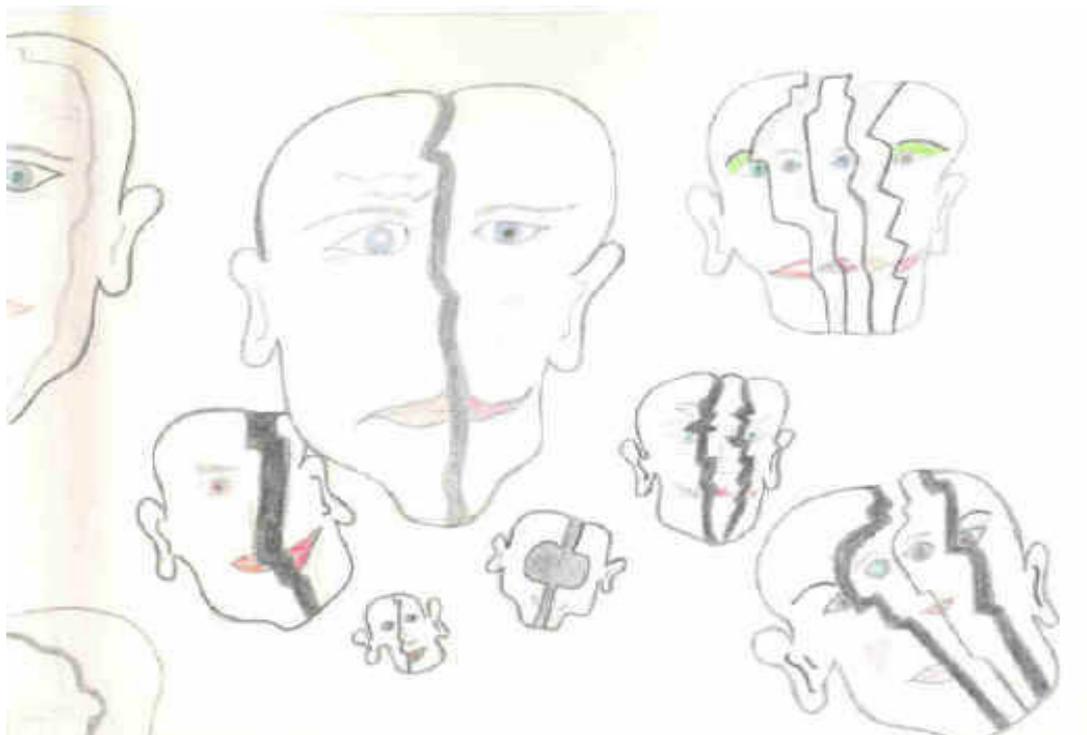
Ganz eindrücklich habe ich vor vielen Jahren einen Mann erlebt, der nach seiner Scheidung in eine schwere depressive Krise gestürzt war. Mir kommt oft der Gedanke wo sind die Grenzen zwischen "normaler" Trauer und Depression? Wie Nahe liegen Normalität und Irrsinn beieinander? Und wer oder was schützt mich vor einer Depression?

In unserer Gesellschaft gehören Therapien – wie Ehe-, Gesprächs-, oder Psychotherapie immer mehr zur Normalität. Aber wird ein Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik auch so einfach toleriert und akzeptiert?

Mit meiner Arbeit hoffe ich, dass ich beim Leser einige Hemmschwellen abbauen konnte. Psychisch erkrankte Patienten haben das gleiche Recht auf eine Behandlung, wie Patienten mit Bauch- Kopf- oder Thoraxschmerzen. Das erarbeitete Wissen soll uns helfen **für** den Patienten und nicht **gegen** ihn zu arbeiten.

Eine Kollegin die in der Psychiatrie arbeitet, hat mich auf eine interessante Weiterbildung aufmerksam gemacht. Im Rahmen der Integrierten Psychiatrie Winterthur werden Kurse angeboten, die den Umgang von aggressiven Patienten behandeln. Ich werde mich informieren, ob für uns die Möglichkeit besteht einen solchen Kurs zu besuchen.

Im Anhang 1 [4] habe ich eine Tabelle zusammengestellt, welche verschiedene Zeichen und Symptome von weiteren psychiatrischen Syndromen aufzeigt.



8.1 Überprüfung meiner Ziele

1. Meine Kenntnisse über die zwei psychiatrischen Krankheitsbilder habe ich vertieft und mir ist bewusster geworden, auf welche Anzeichen und Symptome ich achten muss.
2. Durch das intensive Auseinandersetzen mit diesen Themen, fühle ich mich sicher mit dem Umgang von psychisch Erkrankten. Das zeigte sich als ich einen stark agitierten Patienten mit akuter Suizidgefahr übernahm. Ich nahm mir bewusst Zeit und sprach mit ihm über seine Ängste und Gefühle. Mit der Zeit beruhigte er sich und ich konnte ihn auf die Notfallbettenstation verlegen
3. Die Dosierung und Anwendung dieser vier Medikamente ist mir vertraut und ich kann sie auf Verordnung richtig verabreichen.
4. Ich habe einen interessanten und spannenden Tag im KIZ erlebt. Es hat mir einen aufschlussreichen Einblick in diese Institution gegeben. Im Anhang 2 protokolliere ich diesen Tag.
Mit dem Infoblatt mache ich auf die wichtigsten Anlaufstellen aufmerksam.

9 Glossar

Adrenalin	Steigert Pulsfrequenz und systolischen Blutdruck, Gefäßverengung und Erschlaffung der Bronchialmuskulatur
Affekt	Zeitlich, kurze und intensive Gefühlsregung, z.B. Zorn, Wut, Hass
Affektivität	Gesamtheit der Gefühls- und Gemütsleben mit Stimmung
Agitiert	Unruhig, nervös, gespannt, fahrig
Agranulozytose	Verminderung der weissen Blutkörperchen
Anamnese	Vorgeschichte
Antidepressiva	Arzneimittel gegen Depression
Antipsychotika	Gleich bedeutend für Neuroleptika
Arteriosklerose	Arterienverkalkung, degenerative und entzündliche Veränderung der Arterien
Asthma bronchiale	Anfallsweise Auftreten von Atemnot
Atemdepression	Herabsetzung der Ansprechbarkeit des Atemzentrums
Benzodiazepin	Medikamente zur Beruhigung (Tranquilizer)
Bizarr	Absonderlich, ungewöhnlich
Demenz	Organisch fortschreitender Verlust geistiger Fähigkeiten, welche vorher vorhanden waren, Gedächtnisstörung, Wahrnehmungsstörung
Diabetes mellitus	Zuckererkrankung
Differentialdiagnose	Weiter mögliche Erkennung und Benennung einer Krankheit
Dopamin	Erregender Neurotransmitter mit emotionaler und geistiger Reaktion
Encephalitis	Gehirnentzündung
Endogen	Im Körper selbst entstanden, nicht von aussen zugefügt
Endokrine Störung	Störung in der Absonderung körpereigener Stoffe (z.B. Hormone) in dem Blutkreislauf

Engwinkelglaukom	Anfallsartige Erhöhung des Augeninnendrucks
Epilepsie	Zentrales Anfallsleiden
EPS	Extrapyramidales-Syndrom; Symptomenkomplex mit Störung des Bewegungsablaufes
Halluzination	Sinnestäuschung ohne wirkliches Wahrnehmungsobjekt
Hyperventilation	Übermäßige Steigerung der Atmung mit übermäßiger Abatmung von Kohlendioxid
Hypnotika	Schlafmittel
Hypoglykämie	Zu tiefer Zuckerspiegel im Blut
Hypotonie	Tiefer Blutdruck
Hypothalamus	Bestimmte Gehirnstruktur
Hypophyse	Hirnanhangdrüse
Indikation	Heilanzeigen, d.h. Grund zur Verordnung diagnostischer oder therapeutischer Verfahren bei einer bestimmten Krankheit
Infektion	Ansteckung, lokal oder allgemeine Störung des Organismus des Krankheitserreger
Intoxikation	Vergiftung
Katatonie	Psychische Störung mit ausgeprägter Störung der Willkürmotorik
Kognitiv	Begriff für alle Vorgänge oder Strukturen die mit dem Erkennen zusammenhängen; Wahrnehmung, Erinnerung, Gedanke
Manie	Psychisches Krankheitsbild mit gehobener Stimmung, Antriebssteigerung. Steigerung der Wahrnehmungsintensität, Denkstörungen, Störung vegetativer Funktionen
Muskelrelaxierend	Entspannend
Multiple Sklerose (MS)	Entzündliche Erkrankung des Gehirn und des Rückenmarks
Neurologisch	Das Nervensystem betreffend
Noradrenalin	Wirkt vorwiegend als erregender Neurotransmitter. Im ZNS ist es z.B. an der Steuerung von Aufmerksamkeit und Wachheit beteiligt. Zusammen mit Adrenalin wird es als Hormon vom Nebennierenmark ausgeschüttet.

Paranoid	Wahnhaft
Psyche	Seele
Psychogen	In der Psyche begründet, durch seelische Vorgänge verursacht.
Psychose	Allgemeine Bezeichnung für Geisteskrankheit, Seelenstörung
Schädel-Hirn-Trauma	SHT= kombinierte Verletzung von Kopfschwarte, Schädel und Hirn
Schizophrenie	Spaltirrsinn, Gruppe von Geisteskrankheit
Serotonin	Neurotransmitter mit zahlreichen peripheren und zentralen Wirkungen. Im ZNS soll es die Körpertemperatur, den Schlaf und Aspekte des Gefühlslebens regeln.
Sedativa	Beruhigungsmittel
Sedieren	Beruhigen, ruhig stellen, dämpfen
Somatisch	Körperlich
Stimulanzen	Aus dem Latein; stimulare = antreiben, Medikamente die antriebsfördernd sind
Suizid	Selbstmord
Symptome	Krankheitszeichen
Syndrom	Gruppe verschiedener seelischen und/oder körperlichen Symptome
Tremor	Abnormes unwillkürliches zittern
Vegetative Funktionen	Funktion des Nervensystem, nicht willkürlich beeinflussbar
ZNS	Zentrales Nervensystem

10 Quellennachweis

- [1] Dubin, William R., Weiss Kenneth J., Handbuch der Notfall-Psychiatrie, S. 2, s 7, S. 312, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 1993
- [2] Schäfer, Ulrike, Depressionen im Erwachsenenalter, S. 11f, S. 35, Verlag Hans Huber, Göttingen 2001
- [3] Müller-Spahn, Franz, Hoffmann-Richter Ullrike, Psychiatrische Notfälle, S. 29, S. 31f, S. 127, Verlag W.Kohlhammer, Stuttgart, 2000
- [4] Berzewski, Horst, Der psychiatrische Notfall, S. 82f, S. 84, Springer Verlag, Berlin, 1995
- [5] www.kompendium.de
- [6] www.ipwin.ch
www.psychiatrie-aktuell.de [Bilder]

11 Anhang 1 Symptomenkomplexe

Syndrom	Sprache	Körperliche Befunde	Verhalten	Formales Denken	Inhaltliches Denken	Wahrnehmung	Gefühlsregungen	Orientierung und Gedächtnis	Beginn und Dauer
Schizophrenes	Verworren mutistisch	keine	Sozialer Rückzug Erregtheit, bizarr	Gelockerte Assoziationen, Gedankenblock bzw. Denkhemmung	bizarrr Verfolgungswahn, Beziehungsideen	Halluzinationen (meistens akustisch)	Abgeflachte oder inadäquate Gefühlsregung	intakt	Symptome mindestens 6 Monate lang
Depressives	Verlust der Spontanität, lange Antworttoleranz monoton	keine	Psychomotorische Hemmung, gelegentlich psychomotorische Erregtheit	Verarmung, grübeln, Kreisdanken	Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit Schulderleben Selbstanklagen, Verarmungsideen oder -wahn, Krankheitswahn	Kaum Halluzinationen	Traurigkeit, Verzweiflung	intakt	Symptome mindestens 2 Wochen lang
Manisches	krankhafte Geschwätzigkeit ungehemmt	keine	Überaktivität verdrängend	Ideenflüchtig	Grössenideen, Verfolgungswahn	Möglicherweise Halluzinationen	Euphorisch oder gereizte, häufig geringe Frustrationstoleranz	intakt	Symptome mindestens 1 Woche lang
Delirantes	unspezifisch	Blutdruck, Puls, Temperatur oder Atemfrequenz verändert	Erregtheit (fehlt manchmal) "nesteln"	Vage, nicht zusammen- hängend	Variabel, selten Wahrleben	Illusionäre Verkennung Halluzinationen (besonders optische)	Furcht, Angst	Desorientiertheit, Gedächtnis- störungen, Bewusstseins- störungen	Akut (Stunden bis Tage), mit schwankenden Symptomen
Dementielles	Sinnloses, nicht zus. hängendes Reden, Schwätzen Teilnahmslosigkeit	Enthemmungs- zeichen (z.B. Greifreflex)	Teilnahmslosigkeit, "nesteln", Nachahmung altgewohnter Tätigkeiten	Krankhaftes Verweilen bei ein und demselben Denkinhalt, verharren	Variabel, selten Wahrleben	Selten Halluzinationen	Gefühlslabilität	Desorientiertheit, Gedächtnis- störungen	allmählich
Drogen- und Alkoholintoxikationen oder Entzugs- syndrome	Gelegentlich verwaschen, unspezifisch	Alkoholgeruch, Einstichstellen, verwaschene Sprache, Pupillen- veränderungen, Tachycardie Schwitzen	Anamnestisch Drogen- oder Alkoholmissbrauch	unspezifisch	Gelegentlich paranoid	Halluzinationen (optische, taktile)	Stupor, Trägheit, Erregtheit		Akuter Beginn (Stunden oder Tage)

12 Anhang 2 Tagesbericht KIZ

Ein Tag im KIZ

Ich hatte die Gelegenheit einen Tag lang im KIZ einen Einblick zu bekommen. Es war interessant und aufschlussreich.

Das KIZ bietet 3 Angebotsmodule an:

- Stationäre Krisenintervention; Dauer 1 – 7 Tage
- Stationäre Rehabilitation und stationäre Spezialangebote; Dauer 1 – 8 Wochen
- ambulante Krisenintervention; 1 – 3 Konsultationen

Das Team besteht aus diplomiertem Pflegepersonal, Psychologen, Sozialarbeiter und Psychiater.

Eingewiesen werden die Patienten durch Hausarzt, Psychiater, Spital, Polizei, Verwandte oder Selbsteinweisung.

Die Patienten kommen mit verschiedenen Problemen wie Depression, Angstzustände, Überforderung, Erschöpfung, usw.

Die Patienten können sich im KIZ frei bewegen, d.h. sie können einkaufen, ins Kino, spazieren oder auch nach Hause gehen. Am Wochenende kochen die Patienten selbst. Eine eigentliche Tagesstruktur gibt es nicht. Anders als in den Psychiatrischen Kliniken gibt es keinen festen Tagesplan mit verschiedenen Therapien. Man möchte dem Patienten eine "Auszeit" geben. Das heisst, sie sollen Zeit für sich haben, Ruhe finden und die Möglichkeit haben das weitere Vorgehen zu überdenken. Einmal in der Woche, wird eine Entspannungsübung angeboten und am Mittwochnachmittag kommt jeweils eine Gestaltungstherapeutin. Gespräche mit dem Psychologen und der Sozialarbeiterin werden geplant.

Als ich um 10 Uhr ins KIZ kam, war es relativ ruhig. Um 11 Uhr wurde dann die Entspannungsübung für die Patienten angeboten, an welcher ich auch teilnahm. Das Mittagessen wird von der psychiatrischen Klinik in Wülflingen geliefert. Das decken der Tische, sowie das Ab- und Aufräumen wird von den Patienten übernommen.

Am Nachmittag fand der Rapport mit Pflegepersonal, Psychologe und der Sozialarbeiterin statt. Danach konnte ich bei einem Gespräch dabei sein, welches mit einer jungen Patientin geführt wurde. Diese Patientin leidet unter Angstzustände, Schlafstörung und depressiver Stimmung. Sie ist im 2 Monat schwanger. Das Ziel dieses Gesprächs war herauszufinden, welche Probleme für die Patientin am schwierigsten sind und welche am schnellsten gelöst werden müssen.

Um 16 Uhr fand ein neuer Eintritt statt. Ein 35-jähriger Mann mit Erschöpfungsdepression hat sich selbst eingewiesen. Er kam in Begleitung seines Vaters und seiner Schwester. Das Gespräch gestaltete sich etwas schwierig. Der Patient konnte sich nicht entscheiden, ob er überhaupt im KIZ aufgenommen werden möchte.

Es hat mir gezeigt, dass es im Umgang mit psychisch erkrankten Patienten viel Geduld und Einfühlungsvermögen braucht.

Ich möchte mich ganz herzlich bedanken, dass ich die Möglichkeit hatte, einen Einblick ins KIZ zu bekommen.

Anmerkung: Am Anfang meiner Arbeit, schrieb ich im Beispiel 1 über eine Frau, die durch verschiedene Anlaufstellen geschickt wurde, bis sie schlussendlich zu uns auf den Notfall kam. Als ich im KIZ war, erinnerten sich die Mitarbeiter an diese Frau. Diese Patientin wollte nicht aufgenommen werden, und beschrieb ihren Zustand, als doch nicht so schlimm. Deshalb bekam sie die Telefonnummer der psychiatrischen Poliklinik, wo sie sich dann am Montag melden sollte.

Im Anhang 3 finden sich Prospekte über verschiedene Anlaufstellen der Stadt Winterthur.

13 **Anhang 3** diverse Prospekte

- Prospekt KIZ
- Prospekt Koordinations- und Beratungsstelle
- Prospekt Beratungsstelle für Jugendprobleme
- Prospekt DAS - Depression- und Angststation
- Prospekt Gerontopsychiatrisches Ambulatorium und Tagesklinik
- Prospekt Die Dargebotene Hand
- Prospekt Notfallseelsorge

14 Informationsblatt diverser Anlaufstellen

Anlaufstelle	Kurzer Beschreib	Adresse Telefonnummer	Mailadresse
IPW	Erwachsenenpsychiatrie	Wieshofstr. 102 8408 Winterthur 052 224 33 33	aerztesekretariat@ipwin.ch
KIZ	Kriseninterventionszentrum	Bleichestr. 9 8400 Winterthur 052 224 37 00	kiz@ipwin.ch
BSJ	Beratungsstelle für Jugendprobleme	Trollstr. 18 8400 Winterthur 052 267 68 55	bsj@ipwin.ch
IPW	Koordinations- und Beratungsstelle	Albanistr. 24 8400 Winterthur 052 267 68 55	bsj@ipwin.ch
GAT	Gerontopsychiatrisches Ambulatorium und Tagesklinik	Salstr. 48 8400 Winterthur 052 222 22 45	gat@ipwin.ch
GEZ	Gemeindepsychiatrisches Zentrum	Rudolfstr. 19 8400 Winterthur 052 212 03 04 052 212 01 40	ambitk@ipwin.ch
BSD	Beratungsstelle für Drogenprobleme	Tösstalstr. 19 8400 Winterthur 052 267 59 00	bsd@ipwin.ch
WFA	Winterthurer Fachstelle für Alkoholprobleme	Technikumstr. 1 8400 Winterthur 052 267 66 10	wfa@ipwin.ch
Ikarus	Zentrum für heroin- und methadongestützte Behandlung	Theaterstr. 3 8400 Winterthur 052 267 63 99	ikarus@ipwin.ch
KoBe	Koordinations- und Beratungsstelle, Sozialdienst, Case Management	Albanistr. 24 8400 Winterthur 052 266 49 00	koordinationsstelle@ipwin.ch
PsychPol	Psychiatrische Poliklinik am KSW	Haldenstr. 63 8400 Winterthur 052 266 28 84	pp@ipwin.ch
Villa	Psychotherapiestation für junge Erwachsene	Eichwaldstr. 21 8400 Winterthur 052 266 28 98	villa@ipwin.ch

