

Umgang mit schizophrenen Patienten auf der Notfallstation

Eine Erfahrungsanalyse

Usha Vimaladas

**Fachschule für Intensiv- und Notfallpflege
Stadtpital Triemli, Zürich
Kurs A 08**

Abgabedatum: 30.6.2009

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	2
1.1	Themenwahl	2
1.1.1	Erstes Beispiel	2
1.1.2	Zweites Beispiel	3
1.2	Ziel	3
1.3	Fragestellung	4
1.4	Abgrenzung	4
1.5	Konventionen	4
2	THEORETISCHE GRUNDLAGEN	4
2.1	Was ist Schizophrenie?	4
2.2	Symptome: äussere Erscheinung im Vergleich zur Erfahrung für den Patienten	4
2.2.1	Grundsymptome	5
2.2.1.1	Störungen des Denkens	5
2.2.1.2	Störungen des Gefühlslebens	5
2.2.1.3	Störungen des Wollens, des Handelns und Störungen des Ich-Erlebens	6
2.2.2	Die akzessorischen (zusätzlichen) Symptome	7
2.2.2.1	Wahn	7
2.2.2.2	Sinnestäuschungen (Halluzinationen)	7
2.2.2.3	Katatone Symptome	8
2.3	Unterformen der Schizophrenie	8
2.4	Der schizophrene Patient als Notfall	9
2.5	Umgangsregeln	10
2.5.1	Allgemeine Umgangsregeln	10
2.5.2	Spezifische Umgangsregeln	11
2.6	Verhaltensstrategien im Umgang mit schizophrenen Patienten	12
2.7	Notfall Medikamente	13
3	ANALYSE DER FALLBEISPIELE	14
3.1	Erstes Beispiel	14
3.2	Zweites Beispiel	14
4	SCHLUSSTEIL	15
4.1	Erkenntnisse für die Praxis	15
4.2	Reflexion dieser Arbeit	16
5	ANHANG	17
5.1	Glossar	17
5.2	Übersicht Notfall Medikamente	19
5.3	Literaturverzeichnis	25
5.4	Danksagung	25

1 EINLEITUNG

1.1 Themenwahl

Seit ich auf der Interdisziplinären Notfallstation des Stadtspitals Triemli arbeite, begegne ich täglich Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Aus diesem Grund finde ich die Auseinandersetzung mit den Grundlagen dieser Erkrankung sehr wichtig. Zwei Erlebnisse mit schizophrenen Patienten haben mich dazu motiviert, diesem Krankheitsbild genauer nachzugehen und es als Thema für meine Diplomarbeit zu verwenden.

1.1.1 Erstes Beispiel

Dienstag Abend: Die Aufnahmeverantwortliche (AV) bringt uns eine 51-jährige Frau auf die Notfallstation mit Verdacht auf psychischen Ausnahmezustand. Sie fiel der AV auf, weil sie wiederholt durch den Spital Ein- und Ausgang lief, stets hinauf schaute und mit sich selbst redete. Auf Anfrage der AV antwortete sie, dass sie ihren Ehemann suche, der gestern hier in Stadtspital Triemli an Krebs gestorben sei. Sie liess sich auf die Notfallstation bringen und wir entschieden, sie in einem Einzelzimmer unterzubringen. Ich stellte mich ihr vor und fragte, wie es ihr gehe. Sie lächelte nur und sprach zu jemand anderem in einer Sprache, die ich nicht verstand. Sie zeigte sich euphorisch, lächelte, und auf meine Frage, mit wem sie spreche, antwortete sie, dass sie mit Gott spreche. Ich fragte sie, ob ich ihre Vitalzeichen (VZ) messen dürfe, was sie ruhig zuliess. Ihre VZ waren normal und sie war zeitlich und örtlich orientiert. Sie erzählte, dass sie sich über den Tod ihres Ehemannes freue, da er sie schlecht behandelt habe. Sie sagte, sie hätte in der Zeitung gelesen, dass seine Beerdigung heute um 19 Uhr hier im Spital stattfindet, was der Grund sei, weshalb sie gekommen sei. Ich fragte sie, ob sie Medikamente einnehme, woraufhin sie mir eine Packung Risperdal® Tabletten zeigte. Der Assistenzarzt kam zu der Patientin und versuchte, mit ihr ein Gespräch zu führen. Sie sagte, dass sie schon mal in der Psychiatrischen Universitätsklinik (PUK) in Zürich gewesen sei, und dass sie ihre Medikamente unregelmässig einnehme. Dem Arzt sagte sie, er werde, wie Gott es ihr sagte, bald sterben. Der Arzt erklärte ihr, dass er ein psychiatrisches Konsilium organisiere und dass er eine Einweisung in die PUK sinnvoll finde. Die Patientin schien damit einverstanden. Sie beschäftigte sich stets mit ihren Sachen im Zimmer. Dann wollte sie nicht mehr mit uns sprechen. Plötzlich rannte sie aus dem Zimmer, im Gang versuchte sie, mehrere Zimmertüren aufzumachen, und zog ihre Kleider vollständig aus. Der Arzt kam zu ihr, und einzig er konnte sie beruhigen. Wir boten ihr Haldol® Tropfen an, die sie freiwillig zu sich nahm. Immer wieder war ihr Verhalten einfach unberechenbar. Sie fragte nach einem Messer. Sie wollte mir aber nicht sagen, wieso sie es wollte. Ich brachte ihr das Nachtessen, mit Besteck aus Plastik. Sie hat in ihrem Essen nur herumgestochert, ohne etwas richtig zu essen. Als der Notfallpsychiater kam, weigerte sie sich, mit ihm zu sprechen. Wir konnten die Patientin nach einem zweistündigen Aufenthalt auf der Notfallstation mit der Sanität mittels Fürsorglichen Freiheitsentzugs (FFE) in die PUK verlegen.

Meine Reflexion:

Ich war mit der Betreuung dieser Patientin überfordert, ich hatte Angst und ein ungutes Gefühl. Ich konnte die Situation nicht richtig einschätzen und brauchte entweder die Unterstützung meiner Arbeitskolleginnen und Kollegen, oder handelte nach Instinkt. Während des Fluchtversuchs konnte einzig der betreuende Arzt sie

beruhigen. Wie hätte ich anders mit der Patientin umgehen sollen? Später realisierte ich, dass meine mangelhaften Kenntnisse über die Erkrankung und fehlende Patientenerfahrung Hauptgründe für meine Überforderung waren.

1.1.2 Zweites Beispiel

Donnerstag Abend: Die Sanität bringt einen 33-jährigen Mann mit diversen kleinen Schnittverletzungen an seiner rechten Hand auf die Notfallstation. Sie rapportierten, dass der Mann an Schizophrenie leide, dass er in einer Bar grundlos auf andere Besucher losgegangen sei und die Polizei deswegen gerufen werden musste. Sie vermuteten, dass wir ihn nach der Wundbehandlung per FFE in die PUK überweisen mussten. Während des Transports ins Spital war er immer abwechselnd aggressiv, ambivalent und abwesend. Wir entschieden, zusammen mit dem Assistenzarzt, zu dritt zu dem Patienten zu gehen. Wir stellten uns vor und fragten ihn, was passiert sei. Der Patient erzählte, er habe in einer Bar mit seiner rechten Hand auf einen Tisch geschlagen. Dabei ging ein Kerzenglas kaputt und daran zog er sich die Verletzungen zu. Er liess den Arzt seine Hand untersuchen und desinfizieren. Er schimpfte jedoch wiederholt, dass wir ihm wehtäten. Da er zum Teil wegen der Schmerzen nicht kooperativ war, deckten wir die Wunden mit einem schmerzlindernden Wundgel. Zum Ausschluss von Fremdkörpern musste er eine Röntgenuntersuchung haben. Ich begleitete ihn ins Röntgen und blieb während der Untersuchung dort. Wir schauten jeweils, dass wir immer zu zweit waren mit dem Patienten. Ich begleitete den Arzt während der ganzen Wundversorgung. Wir erklärten dem Patienten jeden Schritt. Er war uns gegenüber weder physisch noch verbal aggressiv, machte jedoch stets leise Bemerkungen, die unverständlich waren und es schien doch, als ob er uns beschimpfte. Auf Anfrage verneinte er, dass er uns etwas mitteilen wolle. Nach der Wundversorgung wurde er entlassen, denn es lagen keine Anordnungen der Polizei vor. Als ich den Assistenzarzt fragte, ob der Patient ein notfallpsychiatrisches Konsilium brauche, antwortete er, dass er bei uns unauffällig war und der Fall im Spital somit abgeschlossen sei.

Meine Reflexion:

Anhand des Reports der Sanitäter entschieden wir von Anfang an, dem Patienten jeweils nicht alleine zu begegnen. Wir hatten ihn stets im Auge und schauten auch, dass er nicht alleine mit anderen Patienten war. Um eine potentielle Eskalation zu vermeiden, versuchten wir, ihn möglichst ohne lange Wartezeit zu behandeln. Je nach Situation auf der Notfallstation hätten wir das nicht gewährleisten können. Die Frage, die mich später beschäftigte, war, ob der Patient überhaupt an Schizophrenie litt. Das wussten wir nur anhand des Reports der Sanitäter, jedoch ohne zu wissen, wie sie zu dieser Information kamen. Der Patient selber wollte sich nicht zu sonstigen Erkrankungen oder Medikamenteneinnahmen äussern, ich fand sein Verhalten jedoch auffällig. War es richtig, dass der Patient nach der Wundversorgung entlassen wurde?

1.2 Ziel

Das Ziel dieser Arbeit ist, meine Kenntnisse über diese komplexe Erkrankung zu erweitern, um in Zukunft solche Patienten auf der Notfallstation optimal betreuen zu können.

1.3 Fragestellung

Wie äussert sich das Krankheitsbild Schizophrenie? Welche Erkenntnisse ergeben sich daraus für den Umgang mit einem Patienten, der mit akuter Schizophrenie auf die Notfallstation kommt? Wie hätte ich mit den beiden Patienten aus den Beispielen besser umgehen können?

1.4 Abgrenzung

Die Betrachtung von Schizophrenie anhand des Krankheitsbildes, der Symptome und der Sicht des Patienten, sowie anhand einiger Notfall Medikamente sollen helfen, die Krankheit besser zu verstehen, um entsprechend mit Notfallpatienten umgehen zu können. Auf die Diagnosestellung, auf Ursachen und auf die Langzeittherapie werde ich nicht eingehen.

1.5 Konventionen

Diese Arbeit ist in der Form einer Erfahrungsanalyse geschrieben. Bei der allgemeinen Betrachtung der Krankheit sind mit der männlichen Form sowohl Patientinnen wie Patienten gemeint. Fachwörter sind im Glossar erklärt. Eine Übersicht der erwähnten Medikamente befindet sich als Tabelle im Anhang.

2 THEORETISCHE GRUNDLAGEN

2.1 Was ist Schizophrenie?

Wahrig Deutsches Wörterbuch erklärt Schizophrenie folgendermassen:
„Geisteskrankheit mit einem völligen Auseinanderfallen der inneren seelischen Zusammenhänge von Wollen, Fühlen und Denken und mit Entfremdung des eigenen Ichs.“

Der Realitätsbezug, die emotionellen Reaktionen, die Denkprozesse, das Urteilsvermögen und die Kommunikationsmöglichkeiten eines schizophrenen Menschen verschlechtern sich, sodass seine Funktionsfähigkeit ernsthaft beeinträchtigt ist. Der Begriff Schizophrenie stammt vom Schweizer Psychiater Eugen Bleuler, der 1911 diese Erkrankung neu definierte.

2.2 Symptome: äussere Erscheinung im Vergleich zur Erfahrung für den Patienten

„Ich habe oft das Gefühl gehabt, dass die Kranken nicht erklären können und die Gesunden nicht verstehen‘, schreibt ein Arzt nach dem Durchleben einer schizophrenen Psychose.“ (Finzen 2003, S.39)

Die nachfolgende Darstellung ist eine Auswahl der wichtigsten und häufigsten Symptome aus den Werken von Asmus Finzen, Schizophrenie - Die Krankheit Verstehen, 2003, Psychiatrie-Verlag; und Mirjam Gassmann et al, Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege, 2006, Springer Medizin Verlag.

Die Schilderung folgt der Systematik Eugen Bleulers und ist ein Versuch darzustellen, wie ein Patient auf einen Aussenstehenden wirkt und was der Patient selbst erlebt. Bleuler unterteilt die Symptome in Grundsymptome und akzessorische, das heisst zusätzliche, Symptome.

2.2.1 Grundsymptome

2.2.1.1 Störungen des Denkens

Lockerung des Denksammenhangs

Gedanken und Worte erfolgen scheinbar zusammenhangslos aufeinander. Obwohl der logische Zusammenhang gelockert ist, kann er noch erkennbar vorhanden sein.

Ideenflucht

Ein Gedanke jagt den anderen. Die Gedanken unterliegen keiner Kontrolle mehr und der Patient spricht wie ein Wasserfall.

Zerfahrenheit

Das zerfahrene Denken lässt jeden Zusammenhang vermissen. Es kann so weit gehen, dass das einzelne gedachte, gesprochene oder geschriebene Wort zerfällt und für Aussenstehende gar nicht erkennbar ist. Es kann zu Wortzusammenziehungen (Kontaminationen) und Wortneubildungen (Neologismen) kommen.

Der Patient ist sich dieser Störungen oft bewusst, kann sie aber weder beeinflussen noch überwinden.

2.2.1.2 Störungen des Gefühlslebens

Einschränkung der affektiven Schwingungsfähigkeit

Der Patient entwickelt keine einer Situation angemessene Gefühle.

Affektive Verstimmung, entweder in depressiver oder manischer Form

Depressive Verstimmung kommt im akuten Zustand sowie im Langzeitverlauf vor. Sie kann eine Reaktion sein auf aktuelle Umstände, sowie auf psychische und soziale Folgen der Erkrankung. Häufig ist sie auch mit anderen schizophrenen Symptomen verbunden. Der Patient spürt Hilflosigkeit, Ratlosigkeit und ist anlehnungsbedürftig. Die Besonderheit hier ist, dass der Patient äusseren Einflüssen zugänglich ist und er sich aufmuntern, ermutigen oder aufheitern lässt. Manische Verstimmung äussert sich als gehobene Stimmungslage. Der Patient ist gleichgültig, freundlich, oberflächlich heiter bis hin zu unangemessen fröhlich. Auffallend ist hier der fehlende Bezug zur entsprechenden Situation. Der Patient kann aufgrund seiner Affektlage nicht spüren oder aufnehmen, was anderen Menschen ihm gegenüber empfinden. Bei den Aussenstehenden wird Unverständnis und Unbehagen ausgelöst.

Affektlabilität

Die Stimmungslage ist instabil. Sie kann rasch und unvermutet umschlagen, mit oder ohne äusseren Anlass. Hier entstehen Kommunikationsschwierigkeiten und Konflikte vor allem mit nahestehenden Personen.

Angst

Angst ist bei schizophrenen Patienten ein zentrales Symptom. Diese wird verursacht durch die Einflüsse anderer Symptome wie Veränderung des Denkens, Wahnwahrnehmung, Misstrauen in bisher Vertrautes und mangelhafte Orientierung in der Welt. Die Angst kann im schlimmsten Fall Vernichtungsgefühle auslösen und den Patienten zum Suizid treiben.

Anhedonie

Der Patient fühlt sich, ohne dass äussere Gründe erkennbar sind, leer, hoffnungslos und perspektivlos. Der Patient erlebt diese Symptomatik als besonderes quälend und kann zum Suizid neigen.

Inadäquate Gefühlsreaktionen (Parathymie)

Der Gefühlsausdruck des Patienten entspricht nicht den von ihm empfundenen, adäquaten Gefühlen. Er befindet sich in einem „emotionalem Gefängnis“, denn er kann seine Mimik und Gestik seinen Gefühlen nicht anpassen.

2.2.1.3 Störungen des Wollens, des Handelns und Störungen des Ich-Erlebens

Ambivalenz

Der schizophrene Patient kann sich nicht für eine von zwei gegensätzlichen Empfindungen oder Strebungen entscheiden. Lachen und Weinen, Angst und Glück bestehen nebeneinander und blockieren einander, ohne dass der Patient sich dessen bewusst ist. Der Patient wird durch seine Ambivalenz gelähmt, ohne dass er sich eines Konfliktes bewusst ist, und diese Lähmung kann weiter der Auslöser von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung sein.

Nicht-wollen-Können

Der Patient ist nicht in der Lage, etwas zu wollen. Einem Aussenstehenden scheint es, als ob der Patient eine Sache nicht ernst nimmt oder ignoriert, während es für den Patienten selbst jedoch gar keinen Willensakt mehr gibt. In diesem Fall braucht der Patient Hilfe, die auf ihn zugeht, denn das Nicht-wollen-Können wird sonst zu einem Behandlungshindernis.

Störung des Handelns

Aus dem Nicht-wollen-Können entsteht eine generelle Störung des Handelns. Dadurch fällt der Patient letztendlich aus seinem sozialen Bezugssystem heraus. Er hört beispielsweise auf, sich zu pflegen, er verwahrlost und verliert dadurch oft seine Wohnung und seine Bekannten.

Störungen des Ich-Erlebens

Wahrnehmungen der Aussenwelt vermischen sich mit Halluzinationen und Wahn. Dadurch verliert der Patient die Ich-Identität, weil er seine Person durch die Vermischung realer und imaginärer Reize nicht mehr abgrenzen kann.

Verlust der Ich-Grenzen

Der Patient erkennt die Grenzen zwischen sich selbst und seiner Umwelt nicht mehr. Er ist überzeugt, dass er die Gedanken anderer Menschen lesen kann und dass die anderen über seine Gedanken Bescheid wissen. Er glaubt auch, andere Menschen steuern zu können und von ihnen ferngesteuert zu werden. Er empfindet Handlungsanweisungen bis hin zu Suizidaufträgen.

Gedankendrängen

Der Patient wird von Gedanken überflutet und er kann sie weder kontrollieren noch unterdrücken.

Gedankeneingebung

Gedanken werden dem Patienten scheinbar eingeflösst.

Gedankenentzug

Gedanken verschwinden zum Teil mitten im Satz. Der Patient hat das Gefühl, sie werden ihm von aussen entzogen.

Diese drei gedankenbezogenen Symptome wirken beängstigend auf den Patienten, weil eine äussere Macht ihn zu kontrollieren scheint.

Autismus

Dieser hat keinen Bezug zum Krankheitsbild des frühkindlichen Autismus.

Hier geht es um den sozialen Rückzug, emotionale Distanz, Kontaktunfähigkeit, Kontaktunwille und den Verlust der Realitätsbeziehung.

Der Patient ist passiv und nimmt an dem, was in seiner Umgebung geschieht, keinen Anteil. Oft spricht er nicht und teils bewegt er sich nicht.

2.2.2 Die akzessorischen (zusätzlichen) Symptome

2.2.2.1 Wahn

Aus der gestörten Beziehung zu sich selbst und zur Aussenwelt entwickelt der Patient den schizophrenen Wahn.

„Für den „Wahnsinnigen“ ist der Wahn Wirklichkeit. Für ihn besteht eine „Wahngewissheit“. Der Wahn lässt sich nicht wegdiskutieren. Der Versuch, das zu tun, kann zu konflikthaften Auseinandersetzungen, zu Enttäuschungen oder Verzweiflung führen: 'Es ist doch schlimm, wenn nicht einmal die eigenen Eltern einem glauben, was man erlebt', sagt ein jugendlicher Patient resigniert.“ (Finzen 2003, S.55)

Häufige Wahnthemen sind:

Verfolgungswahn

Der Patient fühlt sich von gewissen Personen, fremden Mächten, oder Geheimdiensten und Spionen verfolgt und bedroht. Dieser Wahn entsteht aus der gescheiterten Abwehr von Angst.

Grössenwahn

Der Patient will mehr sein als er ist und misst seinen Fähigkeiten und Leistungen eine Grösse bei, die nicht der Realität entspricht. Er glaubt, jemand anders zu sein, beispielsweise Gott.

2.2.2.2 Sinnestäuschungen (Halluzinationen)

„Halluzinationen sind Sinneswahrnehmungen ohne äusseren Reiz. Wer halluziniert, hört, sieht, spürt, riecht, schmeckt Dinge, ohne dass in der äusseren Welt ein Gegenstand vorhanden wäre, an dem sich diese innere Wahrnehmung festmachen könnte.“ (Finzen 2003, S.55)

Für den Halluzinierenden sind diese Sinnestäuschungen real. Sie sind oft mit Angst verbunden, jedoch gelegentlich auch freundlich oder interessant, und sie werden integriert. Den Halluzinationen auszuweichen ist für den Patienten unmöglich. Sie sind ständige Begleiter und verlangen eine permanente Auseinandersetzung mit ihnen.

Häufige Halluzinationen bei schizophrenen Patienten:

Akustische Halluzinationen

Dies können Geräusche wie Klopfen, Summen oder Schritte sowie leise oder laute Stimmen sein. Die Stimmen können freundlich oder bedrohlich sein. Oft können die bedrohlichen Stimmen im Rahmen eines Verfolgungswahns auftreten.

Taktile Halluzinationen (Berührungs- und Leibhalluzinationen)

Der Patient spürt beispielsweise Strom oder Strahlung durch seinen Körper fließen oder ein Zerren an einem inneren Organ. Frauen können sich missbraucht und sogar vergewaltigt fühlen.

2.2.2.3 Katatone Symptome

Katatone Symptome sind Störungen der Psychomotorik.

Häufige Symptome sind:

Stupor

Stupor äußert sich durch Bewegungslosigkeit. Der Patient spricht nicht (Mutismus), rührt sich nicht, ist aber wach und ansprechbar und nimmt mit besonderer Empfindlichkeit wahr, was sich in der Umgebung abspielt. Dieser Zustand hat oft mit Angst zu tun, beispielsweise wenn der Patient unter Einfluss von Halluzinationen oder Wahnvorstellungen steht.

Katatoner Erregungszustand

Der Patient ist in einem psychomotorisch erregten Zustand, der oft mit Aggressivität und Zerstörung verbunden ist. Oft werden Menschen in der Umgebung angegriffen.

Es kann bei beiden Zuständen zu Körpersymptomen wie erhöhter Herzfrequenz und Körpertemperatur kommen. Obwohl sehr selten, kann der katatone Erregungszustand mit einer Bewusstseinsstrübung einhergehen.

2.3 Unterformen der Schizophrenie

Die Unterformen der Schizophrenie orientieren sich am jeweiligen Zustandsbild und nicht am langfristigen Verlauf. Die Hauptsymptome können sowohl von Krankheitsepisode zu Krankheitsepisode wechselnd als auch gemischt auftreten.

Paranoide Schizophrenie

Dies ist die häufigste Form. Hauptsymptome sind Halluzinationen und Wahnvorstellungen.

Hebephrene Schizophrenie

Diese Form kommt vor allem bei Jugendlichen vor. Affektive Störungen, Denkstörungen und „läppisches“ Sozialverhalten stehen im Vordergrund.

Katatone Schizophrenie

Diese Form zeigt sich durch das Vermischen der Störungen der Psychomotorik mit fehlendem Antrieb.

Schizophrenie Simplex

Dies ist eine schwer zu erkennende, schleichend und nicht spektakulär verlaufende Schizophrenie, ohne offensichtliche Symptome wie Störungen des Denkens, Halluzinationen und Wahnvorstellungen.

Undifferenzierte Schizophrenie

Dies ist eine Form ohne eindeutige Zugehörigkeit zu einer der anderen Formen.

Schizophrenes Residuum

Dies ist ein Stadium der Schizophrenie nach langjährigem Verlauf, in welchem Störungen des Wollens und Handelns, Antriebsarmut und Verlust sozialer Kompetenz vorherrschen.

Postschizophrene Depression

Dies ist eine im Anschluss an eine Schizophrenie auftretende, lang anhaltende Depression mit noch andauernden aber mildereren Symptomen der Schizophrenie.

2.4 Der schizophrene Patient als Notfall

Dieser Teil basiert auf dem Werk von William R. Dubin und Kenneth J. Weiss, Handbuch der Notfall-Psychiatrie, 1993, Verlag Hans Huber.

Die Notfallsituation tritt ein, wenn Wahnvorstellungen, Halluzinationen oder Verhaltensauffälligkeiten schwerwiegend werden. Gelegentlich wird ein Patient auf die Notfallstation gebracht, der mildere Symptome zeigt. Diese Symptome können frühe Warnzeichen eines Rückfalls sein, häufig aufgrund einer Medikamenten-Malcompliance oder auch einer Stress- oder Belastungssituation. Der Patient geht vielleicht nicht mehr zur Schule oder zur Arbeit, er zeigt eine eingeschränkte Funktionsfähigkeit im Alltag, er vernachlässigt die Körperpflege oder ist verwahrlost und unterernährt, oder er beginnt Selbstgespräche zu führen. Ab und zu wird ein Patient auf der Notfallstation eingeliefert, der zwar schizophrene Symptome zeigt, der aber nicht an Schizophrenie leidet oder bei dem noch keine Schizophrenie diagnostiziert wurde.

Demzufolge stehen bei der Aufnahme eines Patienten auf der Notfallstation drei Fragen im Vordergrund:

1. Leidet der Patient an einer körperlichen Erkrankung, die selbst Ursache für den Notfall sein könnte? Es ist unerlässlich, dass andere Ursachen, beispielsweise Medikamentenintoxikationen, Drogenmissbrauch oder neurologische Erkrankungen, für das Auftreten der schizophrenen Symptome ausgeschlossen werden.
2. Besteht eine Selbstgefährdung oder sogar Suizidalität des Patienten, oder eine Gefährdung Dritter?
3. Wie geht die Behandlung weiter? Auf der Notfallstation geht es nicht primär darum, eine definitive Diagnose zu stellen und ein Therapiekonzept für den Patienten festzulegen, sondern um Sofortmassnahmen zum Schutz des Patienten und seiner Umgebung. Vier Notfallinterventionen sind möglich:
 - Einholung eines notfallpsychiatrischen Konsiliums

- Überweisung des Patienten zur weiteren Untersuchung und Behandlung an einen Arzt anderer Fachrichtung
- Weiterleitung zu einer sozialpsychiatrischen Einrichtung zur stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung
- Entlassung

Entscheidend beim Eintritt eines schizophrenen Patienten als Notfall ist die Evaluation des Schweregrades der Beschwerden des Patienten. Dieser kann entsprechend der allgemeinen Psychiatrie in drei Dringlichkeitsstufen eingeteilt werden.

Absoluter Notfall

- Hochgradige Erregtheit
- Schwere Intoxikation
- Erfolgreicher Suizidversuch

Relativer Notfall

- Bizarres Verhalten
- Akuter Erregungszustand
- Geäußerte Selbst- oder Fremdtötungsabsichten
- Konkrete Suizidpläne

Kein Notfall

- Lebensprobleme (Obdachlosigkeit, Selbstpflegethema, Beziehungsprobleme)
- Ausgeprägte Angstzustände
- Bedürfnis, „zu reden“

Dadurch wird entschieden, wie schnell der Patient vom Arzt gesehen werden muss, und ob Vorsichtsmaßnahmen zum Schutz des Patienten und des Personals erforderlich sind.

2.5 Umgangsregeln

Für optimale Betreuung auf der Notfallstation helfen einige Umgangsregeln. Diese erleichtern den Zugang zum Patienten und die Untersuchung. Auch diese Regeln stammen von William R. Dubin und Kenneth J. Weiss, Handbuch der Notfall-Psychiatrie, 1993, Verlag Hans Huber.

2.5.1 Allgemeine Umgangsregeln

- Der Patient soll nach Möglichkeit immer gleich beim Eintritt auf der Notfallstation in einem ruhigen Raum oder in ungestörter Atmosphäre untergebracht werden. Sanfte oder nicht grelle Beleuchtung kann zur Beruhigung des Patienten beitragen.
- Jeder, der Kontakt mit dem Patienten aufnimmt, stellt sich mit Namen und Funktion vor und spricht den Patienten immer mit seinem Familiennamen an. Am besten wäre die Betreuung des Patienten durch die immer gleiche Person.
- Fürsorgliche Massnahmen tragen zu Vertrauen bei und können den Patienten zum Gespräch ermutigen. Das Gespräch mit dem Patienten sollte man deshalb

mit allgemeinen Fragen und nicht mit medizinischen Details beginnen.

Beispielsweise:

- Wie geht es Ihnen?
 - Wie fühlen sie sich?
 - Möchten sie, dass ich jemanden benachrichtige?
 - Können wir miteinander sprechen?
 - Möchten sie vor unserem Gespräch etwas essen oder trinken?
 - Müssen sie auf die Toilette?
-
- Dem Patienten mit Empathie aber auch respektvoller Distanz begegnen. Sich Zeit nehmen, auch in Stresssituationen, da der schizophrene Patient äusserst empfindlich sein kann und nicht bereit ist, ungeduldigem oder gereiztem Personal etwas zu erzählen.
 - Fragen, die der Patient mit einem einfachen „Ja“ oder „Nein“ beantworten kann, sind wenig hilfreich, um ihn in ein Gespräch zu verwickeln, ausser der Patient ist ohnehin logorrhöisch.
 - Trotz scheinbar witziger oder unangemessener Bemerkungen seitens des Patienten soll man ihn ernst nehmen und ihm zuhören ohne zu lachen.
 - Bei ängstlichen oder aggressiven Patienten, oder bei Patienten, die bei bestimmten Themen keine Sprechbereitschaft zeigen, soll das Gespräch nicht forciert werden.

2.5.2 Spezifische Umgangsregeln

Falls anhand der Symptome gemäss Kapitel 2.2 auf spezifische Leiden des Patienten geschlossen werden kann, dann verbessern folgende Umgangsregeln die Betreuung.

Der Patient mit Denkstörungen

Dem Patienten kann geholfen werden seine Gedanken zu ordnen, indem man ihm kurze und direkte Fragen stellt.

Der halluzinierende oder wahnhaft Patient

Der Patient soll weder korrigiert werden, noch soll seine Aussage angezweifelt werden, denn was er erlebt, ist für ihn real. Man soll versuchen, das Wahnerleben zu verstehen, es aber keinesfalls zu verstärken, beispielsweise durch vortäuschende Fragen. Wichtig zur Relativierung der Halluzination oder des Wahnerlebens ist die Vermittlung der eigenen Sichtweise, z.B. „Ich verstehe ihre Angst, aber ich glaube nicht, dass die Welt gleich untergeht“.

Der in sich gekehrte Patient

Wenn der Patient nicht auf Fragen eingeht, sollte mit sämtlichen zur Verfügung stehenden Ressourcen versucht werden, mit ihm ins Gespräch zu kommen.

Beispielsweise, „Ich sehe, dass sie ein T-Shirt mit den Beatles tragen. Gefällt ihnen ihre Musik? Welches ist ihr Lieblingslied?“.

Wenn der Patient keine Auskünfte über seine vorangegangenen Spitalaufenthalte oder Therapien geben kann oder will, dann könnte man versuchen, diese Information von seinen Angehörigen oder seinem Hausarzt zu bekommen. Der

Patient sollte aber darüber informiert werden und seine Einwilligung geben, es sei denn, er ist selbst- oder fremdgefährdet.

Der paranoide Patient

Es ist sehr schwierig, mit einem solchen Patienten ein Gespräch zu führen und ihn zu untersuchen, da er oft sehr misstrauisch und verschlossen ist.

Fühlt man sich bedroht, sollte man dies den Patienten nicht spüren lassen, da er durch dieses Unbehagen in einen Spannungszustand gerät, der sich in Tätlichkeiten entladen kann. Der Patient soll besser klar und von Anfang an auf sein bedrohliches Verhalten aufmerksam gemacht werden: *„Die Art und Weise, in der Sie mich ansehen, ist mir unheimlich, als wenn Sie kurz davor wären, um sich zu schlagen. Ich kann mich nicht so auf sie einstellen, wie ich es gerne möchte, wenn ich diese Spannung bei Ihnen verspüre.“* (Dubin und Weiss 1993, S.114)

In der Regel entspannt sich der Patient durch zuversichtliche und empathische Gesprächsführung.

Sollte der Patient wegen seiner Ansicht nach falscher Behandlung zornig werden, darf man ihn unterbrechen und fragen, was man falsch mache und wie man ihm stattdessen helfen könne.

Das Gespräch oder die Untersuchung darf den Umständen entsprechend nicht forciert werden. Ein taktvoller, zurückhaltender und niemals abwertender oder arroganter Umgang ist bei diesem Patienten besonderes wichtig.

Der katatone Patient

Der Patient mit **katatonem Stupor** ist bewegungslos und oft mutistisch. Meist lässt sich dieser Zustand nur medikamentös für eine kurze Zeit aufheben.

Der Patient mit **katatonem Erregungszustand** ist hingegen motorisch unruhig, irritabel und kann auch aggressiv werden.

Dem Patienten von Anfang an nie alleine begegnen, Abstand halten, auf einen Fluchtweg achten, Grenzen setzen, und notfalls auf Konsequenzen, beispielsweise die Fixation, aufmerksam machen.

Zum Wohle des Patienten sollte dessen Erregtheit so früh wie möglich mit Medikamenten zu dämpfen versucht werden. Dabei soll der Patient in die Entscheidung einbezogen werden, um eine Zwangsmedikation möglichst zu vermeiden. Der Patient sollte ausserdem niemals ausgetrickst werden.

Dem Patienten soll jeder Schritt ruhig und sachlich erklärt werden, auch wenn dieser unter Fixation und Zwang erfolgt. Der Patient muss immer ernst genommen und mit Würde und Respekt behandelt werden. Beschimpfungen durch den Patienten sollten nicht argumentiert, sondern geduldig ertragen werden und den Patienten soll man weiterhin sprechen lassen.

2.6 Verhaltensstrategien im Umgang mit schizophrenen Patienten

Weil der Patient mit Schizophrenie in einer akuten Notfallsituation oftmals keine Kontrolle über sich selber hat, ist das Verhalten seitens der Pflegenden gegenüber dem Patienten entscheidend für eine positive Begegnung.

Folgende Strategien aus der allgemeinen Psychiatrie können im Umgang mit dem schizophrenen Patienten weiterhelfen. Diese Zusammenstellung stammt aus dem Werk von Franz Müller-Spahn und Ulrike Hoffmann-Richter, Psychiatrie Notfälle, 2000, Verlag W. Kohlhammer.

- Bereitschaft zur Kontaktaufnahme
- Freundliche Zuwendung
- Innere Ruhe
- Eigene Angst ernst nehmen und nicht ignorieren
- Klarheit im Auftreten und in Formulierungen
- Information über den geplanten Zeitrahmen des Aufenthalts, des Gesprächs und eventueller Untersuchungen
- Information über die für den Patienten zuständigen Personen, auch wenn dieser nicht zuzuhören scheint
- Flexibilität im Ablauf und Gestaltung des Gesprächs
- Information über die nächsten Schritte, damit der Patient die Vorgänge nachvollziehen kann
- Fragen beantworten und Unkenntnis zugeben
- Lange Schweigepausen vermeiden
- Deutungen vermeiden
- Grenzen zeigen
- Information oder Erklärung dass, beziehungsweise warum, eine medikamentöse Intervention oder Zwangsmedikation erforderlich ist
- Dem Patienten Zeit geben zwischen der Erklärung und der Medikamentenverabreichung
- Keine Tricks anwenden
- Sicherheit vermitteln
- Sich nicht provozieren lassen
- Dem Patienten nach einer Zwangsmedikation erneut eine Gesprächsmöglichkeit anbieten

2.7 Notfall Medikamente

Ob auf der Notfallstation Medikamente eingesetzt werden, hängt von der jeweiligen Patientensituation und den Symptomen ab.

Beim **paranoiden, wahnhaften oder halluzinierenden Patienten** sollten primär und wenn möglich per oral (p.o.) sog. atypische Antipsychotika wie Zyprexa®, Seroquel® oder Risperdal® verabreicht werden. Als Alternative könnte ein sog. typisches Antipsychotikum wie Haldol® p.o., intramuskulär (i.m.) oder intravenös (i.v.) verwendet werden.

Bei **Angstzuständen** sowie **katatonem Stupor** gelten Tranquilizer aus der Klasse der Benzodiazepine wie Temesta® p.o. oder i.v. als Medikamente der Wahl.

Bei **starken akuten Erregungszuständen** kann Haldol® oder Nozinan®, auch ein sog. typisches Antipsychotikum aber mit sehr stark sedierender Wirkung, i.m. zum Einsatz kommen.

Aus Jan van Luijk, Skript Akutpsychiatrie: Der psychiatrische Notfall, Aufbaumodul Fachwissen, Schule für Intensiv- und Notfallpflege, Stadtspital Triemli, Zürich, 2008

3 ANALYSE DER FALLBEISPIELE

3.1 Erstes Beispiel

Die Patientin kann als relativer Notfall eingestuft werden: bizarres Verhalten und inkohärente Aussagen, jedoch zum Zeitpunkt der Einlieferung weder selbst- noch fremdgefährdend.

Während ihres Aufenthalts auf der Notfallstation zeigte die Patientin diverse Symptome einer schizophrenen Psychose.

Störungen des Gefühlslebens: Affektlabilität, geäussert durch Euphorie, Freude über den angeblichen Tod ihres Ehemannes, gefolgt von akuter Erregung und anschliessender Beruhigung.

Störungen des Wollens: Es schien, als ob die Patientin Hilfe brauchte, dies aber nicht mitteilen konnte. Gleichzeitig war sie gut gepflegt, in gutem Allgemein- und Ernährungszustand, und zeitlich und örtlich orientiert. Auf Anfrage erwähnte sie Medikamente, die sie jedoch unregelmässig einnahm. Sie informierte uns sogar über frühere Aufenthalte in der PUK. Mit dem Behandlungsvorschlag des Arztes war sie einverstanden, trotzdem unternahm sie einen Fluchtversuch. Daraufhin nahm sie jedoch freiwillig die verordneten Medikamente und später ging sie ohne Widerstand mit den Sanitätern mit in die PUK.

Akzessorische Symptome: Sie erlebte akustische Halluzinationen indem sie Gottes Stimme hörte, sowie ein Wahnerlebnis um den Tod ihres Ehemannes. Die psychomotorische Unruhe und Erregtheit könnten katatone Symptome sein. Das Verlangen eines Messers in diesem Zustand lässt sich nicht eindeutig einordnen. Wir behielten sie aus diesem Grund stets unter Beobachtung.

Die Symptome, die sie insgesamt zeigte, sprachen eher für eine paranoide, eventuell auch für eine katatone Schizophrenie. Die Psychosen, die sie erlebte, waren vermutlich ein Rückfall aufgrund einer Medikamenten-Malcompliance, oder die Patientin litt an einer chronischen paranoiden Schizophrenie.

Der Umgang mit der Patientin an diesem Abend war richtig. Sie wurde in einem Einzelzimmer untergebracht, wo sie von anderen Reizen abgeschirmt war. Wir gewährleisteten eine 1:1 Betreuung, wir hätten jedoch früher mit einer medikamentösen Beruhigung reagieren können. Ich vermute, dass die Patientin meine Angst und Überforderung spürte, weshalb der Arzt sie im Gegensatz zu mir beruhigen konnte.

3.2 Zweites Beispiel

Der Patient kann als relativer Notfall eingestuft werden: aggressives Verhalten und Fremdgefährdung gemäss Rapport der Sanitäter.

Störungen des Handelns: Bereits bei der Untersuchung seiner Verletzungen verhielt der Patient sich nicht so, wie man es von einem 33-jährigen erwarten würde. Er war unkooperativ und schimpfte, und wir deckten die Wunden mit einem Wundgel, das wir in der Regel nur vor einer Wundversorgung bei Kindern anwenden.

Akzessorische Symptome: Der Patient machte stets unverständliche, leise Bemerkungen, teils schien es so, als ob er uns beschimpfte, obwohl er selbst sagte, dass er uns nichts mitzuteilen habe. Vielleicht hatte er akustische Halluzinationen.

Da er uns keine Information über sonstige Krankheiten gab, und da er bisher nie bei uns im Spital war, wussten wir nicht, ob er wirklich an Schizophrenie litt. Sein Verhalten hätte durch eine Medikamentenintoxikation oder Drogeneinnahme verursacht sein können. Zum Ausschluss einer Intoxikation hätte ich den Arzt auf ein Drogenscreening hinweisen können.

Ich hätte die Sanitäter gleich bei der Übergabe fragen sollen, woher sie wussten, dass der Patient an Schizophrenie litt. Da der Patient am Abend bei uns eintrat, konnten wir seinen Hausarzt nicht mehr erreichen. Dies wäre jedoch ohnehin die Aufgabe des betreuenden Arztes gewesen. Ein Gespräch mit dem Patienten gab ich schnell auf, nachdem der Patient mir nichts über sich erzählen wollte. Ich hätte das Gespräch anders angehen sollen. Anstatt direkt nach Krankheiten zu fragen, hätte ich z.B. mit allgemeinen Fragen versuchen können, Vertrauen aufzubauen. Somit hätte ich auch eher eine Provokation vermeiden können.

Anhand seiner Symptome und seines Verhaltens schien mir der Patient unberechenbar. Meiner Meinung nach hätten wir ihn nicht ohne ein psychiatrisches Konsilium entlassen sollen. Das Vorgehen liegt zwar im Ermessen des betreuenden Arztes, aber oft hat die betreuende Pflegeperson durch längeren Kontakt ein genaueres Bild des Patienten. Eine Entscheidung sollte optimalerweise gemeinsam getroffen werden.

4 SCHLUSSTEIL

4.1 Erkenntnisse für die Praxis

Die oft hektische Situation auf einer Notfallstation bietet dem Patienten mit Schizophrenie kein optimales Umfeld und lässt einen nicht immer genügend Zeit mit ihm verbringen. Es ist deswegen sehr wichtig, einfache Regeln und Massnahmen so früh wie möglich anzusetzen. Die hier vorgestellten Verhaltensstrategien und Umgangsregeln sind die Basis für eine effiziente Betreuung, werden aber sicher nicht in jedem Fall gleich gut funktionieren.

Die Konsequenz ist, dass ich Prioritäten setze. Als wichtigsten Punkt sehe ich die Sicherheit von Patienten und Personal, dann folgen die Reizabschirmung sowie eine möglichst kurze Aufenthaltsdauer. Weiter muss ich versuchen, den Patienten so schnell wie möglich einzuschätzen und mir trotzdem Zeit für ihn nehmen. Für mich steht der Patient als Person im Vordergrund, und der Aufenthalt auf der Notfallstation soll ihm durch die menschliche Begegnung so angenehm wie möglich gemacht werden. Trotz meiner vielfältigen Aufgaben möchte ich vom Patienten als seine Ansprechperson gesehen werden. Für mich als Pflegende ist es daher nötig zu verstehen, wie der Patient die Situation erlebt. Die hier erarbeiteten, theoretischen Kenntnisse geben mir dazu eine Grundlage. Anders als bei körperlichen Krankheiten lassen sich Symptome oft nur indirekt erkennen und müssen gedeutet und interpretiert werden. Beim Umgang mit dem Patienten werde ich darauf achten, die Gesprächstechniken und nichtverbalen Verhaltensstrategien anzuwenden. Wenn durch die rechtzeitige und nach Absprache mit dem Patienten erfolgte Verabreichung von Medikamenten Zwangsmassnahmen vermieden werden können, so ist dies eine Erleichterung sowohl für den Patienten als auch für mich. Ich werde darum bereits bei der Beurteilung eines Patienten immer auch an eine mögliche medikamentöse Behandlung denken.

4.2 Reflexion dieser Arbeit

Diese Arbeit gab mir die Gelegenheit, durch theoretische Auseinandersetzung mit der Krankheit und trotz wenig Patientenerfahrung meine Unsicherheit bei diesem Krankheitsbild zu überwinden. Durch die Lektüre konnte ich sehr viel sowohl über die Krankheit, als auch über Erfahrungen der Betroffenen lernen. Ich bin darum froh, dass ich mich für dieses Thema entschieden habe.

Meine Fragestellungen konnte ich beantworten. Ich habe Verständnis für die Patienten und ihr Verhalten gewonnen, was mir die Angst vor zukünftigen Begegnungen nimmt. Im Nachhinein bereue ich es sogar, dass ich kein Wahlpraktikum auf einer psychiatrischen Klinik absolviert habe.

Trotz der intensiven Auseinandersetzung mit dem Thema ist mir bewusst, dass ich die Krankheit nicht in ihrer vollen Tiefe untersuchen konnte. Dies zeigt sich z.B. an der Komplexität und Vielfalt der Symptome, die je nach Quelle oder Lehrbuch verschieden klassifiziert sind. Ich empfand die Auswahl der Literatur als schwierig. Zwar sollte ich mich nicht in der Vielfalt verlieren, doch musste ich genügend recherchieren, um für die allgemeine Notfallstation relevante Texte zu finden. Was sich hier als hilfreich erwies waren der Zeitplan, meine Abgrenzung und die anfangs festgelegte Vorgehensweise. Mir war es wichtig, auch die medikamentöse Behandlung einzubeziehen. Um den geforderten Umfang der Arbeit nicht zu überschreiten, habe ich die Details dazu im Anhang untergebracht.

Alles in allem habe ich meine Ziele erreicht. Dass ich die Fallbeispiele anhand der theoretischen Grundlagen beurteilen konnte, stimmt mich positiv für zukünftige Begegnungen mit Patienten. Ich habe darum von dieser Arbeit beruflich profitiert, aber auch persönlich. Denn ich konnte so eine Krankheit kennenlernen, die in unserer Gesellschaft oft nicht verstanden und deshalb falsch wahrgenommen wird. Dennoch weiss ich, dass neben theoretischem Wissen jetzt vor allem Erfahrung und Praxis zu mehr Selbstvertrauen im Umgang mit Menschen mit einer psychischen Erkrankung wie Schizophrenie notwendig sind.

5 ANHANG

5.1 Glossar

Affekt	Zeitlich begrenzter, mehr oder weniger spannungsreicher, aus Einzelgefühlen zusammengesetzter Erregungszustand des Gefühlslebens
Affektive Störung	Störung in der Stimmung
Affektivität	Gesamtheit der Gefühlsregungen, Stimmungen und des Selbstwertgefühls eines Menschen
Ambivalenz	Zwiespältigkeit
Antipsychotikum	Gleich Neuroleptikum, dämpfend wirkendes Psychopharmakum gegen Ängste, Verwirrtheit und Wahnideen
Depression	Gedrückte, pessimistische, hoffnungslose und niedergeschlagene Stimmungslage; hinzu kommen häufig Antriebsminderung, Angst und Selbsttötungsneigung; in seiner stärksten Ausprägung kommt es zu einem Gefühl der „Gefühllosigkeit“
Empathie	Einfühlungsvermögen
Halluzination	Sinnestäuschung ohne äusseren Reiz
Hebephrenie	Schizophrene, wahnhafte Umbildung der Persönlichkeit ins Läppisch-Alberne, von griech. <i>Hebe</i> , Jugend
kataton	In krankhafter Weise mit impulsiven Handlungen u. plötzlichen Bewegungsentladungen einhergehend, von griech. <i>Katátonos</i> , heruntergespannt
Katatonie	Ausgeprägte Störung der Willkürmotorik, z.B. katatoner Stupor bei Bewegungsstarre
logorrhöisch	Krankhaft redselig
Manie	Zustandsbild, das durch das Vorherrschen einer unbegründet heiteren Stimmungslage und einen gesteigerten körperlichen Antrieb gekennzeichnet ist; rascher Wechsel zu Zorn und Tobsucht ist möglich
Medikamenten-Malcompliance	Fehlende Bereitschaft des Patienten, die therapeutischen und medikamentösen Vorgaben zu befolgen
paranoid	Übertriebene oder wahnhafte Empfindlichkeit, Misstrauen, sowie Neigung, Erlebtes zu verdrehen oder schicksalhafte Ereignisse persönlich zu nehmen
Psychomotorik	Das psychisch bedingte und vom Willen abhängige Bewegungsleben

Psychose	Allgemeine Bezeichnung für psychische Störung mit strukturellem Wandel des Erlebens (im Gegensatz zum funktionellen Wandel bei Neurose), von griech. <i>Psyche</i> , Seele
Stupor	Starrezustand des ganzen Körpers bei wachem Bewusstsein
Tranquilizer	Beruhigungsmittel
Wahn	Grundlose Hoffnung, Selbsttäuschung, Einbildung, Irrglaube

5.2 Übersicht Notfall Medikamente

Auszug aus Schweizerisches Arzneimittel Kompendium, <http://www.kompendium.ch>, und Jürgen C. Fröhlich und Wilhelm Kirch, Praktische Arzneitherapie, 4. Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2006

Haldol®	
Wirkstoff	Haloperidol
Wirkung	<ul style="list-style-type: none"> • Typisches Neuroleptikum mit zentraler antidopaminergen Wirkung • Ausgeprägte Wirkung gegen Wahnvorstellungen und Halluzinationen • Führt zu einer starken psychomotorischen Dämpfung
Indikationen	<ul style="list-style-type: none"> • Akute und chronische Schizophrenie • Psychomotorische Erregungszustände • Zerebralsklerotisch bedingte Unruhe in der Geriatrie
Kontraindikationen	<ul style="list-style-type: none"> • Schwere toxische Depression des zentralnervösen Systems (ZNS) durch Alkohol oder zentraldämpfende Medikamente • Läsion der Basalganglien • Bekannte Überempfindlichkeit auf einen der Inhaltsstoffe von Haloperidol • Abwägen Nutzen gegen Risiko während einer Schwangerschaft • Stillzeit
Dosierung	<ul style="list-style-type: none"> • 5 mg i.m. oder i.v. bei akuter Erregung, Wiederholung dieser Dosis alle 30 Minuten bis max. 50 mg/Tag, bis der Akutzustand beherrscht wird • Tropfen 5 bis 20 mg pro Dosis bis max.100 mg/Tag bei Psychosen
Unerwünschte Wirkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Extrapyramidale Symptome wie Tremor, Rigidität, Hypersalivation, okulogyre Krisen und laryngeale Dystonien • QT-Interval-Verlängerung und Torsade de Pointes Herzrhythmusstörung (unter i.v. Anwendung in höhere Dosen) • Herabsetzen der Krampfschwelle bei Epilepsie oder Zuständen, die Konvulsionen auslösen können

Nozinan®	
Wirkstoff	Levomepromazin
Wirkung	<ul style="list-style-type: none"> • Typisches Neuroleptikum mit dopaminantagonistischen Eigenschaften aus der Reihe der Phenothiazine • Wirkt massiv sedierend • Kann bei schweren Erregungszuständen eingesetzt werden
Indikationen	<ul style="list-style-type: none"> • Psychomotorische Erregungszustände • Psychosen des schizophrenen Formenkreises • Chronische Psychose mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen • Manische Erregung • Neurotische Angstzustände
Kontraindikationen	<ul style="list-style-type: none"> • Überempfindlichkeit auf Levomepromazin • Engwinkelglaukom • Agranulozytose in der Anamnese • Leukopenie • Porphyrie • Akute Intoxikationen mit ZNS-dämpfenden Pharmaka oder Alkohol • Erster Trimenon der Schwangerschaft und 10 Tage vor dem Termin, ansonsten nur bei zwingender Indikation • Stillzeit
Dosierung	<ul style="list-style-type: none"> • i.m 75–100 mg (3–4 Injektionen zu 25 mg) zu Beginn/Tag • p.os. 25–50 mg zu Beginn/Tag
Unerwünschte Wirkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Massive Sedierung (initial) • Bedrohliche Hypotonie bei Notfallinjektionen an hocherregten Patienten • Erniedrigte Krampfschwelle • Extrapyramidale Symptome

Risperdal®	
Wirkstoff	Risperidon
Wirkung	<ul style="list-style-type: none"> • Atypisches Antipsychotikum, das einer neuen Klasse, den Benzisoxazol-Derivaten, angehört • Zentraler Serotonin- und Dopaminantagonismus und damit Senkung der extrapyramidalen Nebenwirkungen • Ausgedehnte therapeutische Wirkung auf die negativen und affektiven Symptome der Schizophrenie
Indikationen	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlung der Schizophrenie • Psychotische Störungen • Zeitlich limitierte Therapie einer schweren Aggressivität oder schwerer psychotischer Symptome bei Demenz
Kontraindikationen	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der Hilfsstoffe • Demente Patienten mit Parkinsonsymptomen wie Rigor, Bradykinese und parkinson'schen Haltungstörungen • Schwangerschaft und Stillzeit
Dosierung	1-8 mg/Tag in 2 Dosen bei Schizophrenie
Unerwünschte Wirkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Dosisabhängige Zunahme des Prolaktin-Plasmaspiegels und dadurch gelegentlich Galaktorrhoe, Gynäkomastie, Störungen des Menstruationszyklus und Amenorrhoe • Schlaflosigkeit • Erregtheit und Angst • Kopfschmerzen • Extrapyramidale Symptome

Seroquel®	
Wirkstoff	Quetiapin
Wirkung	<ul style="list-style-type: none"> • Atypisches Antipsychotikum • Quetiapin und der im Humanplasma aktive Metabolit N-Desalkyl-Quetiapin interagieren mit einem breiten Spektrum von Neurotransmitter-Rezeptoren. Dieser Rezeptorantagonismus ist vermutlich für die klinischen antipsychotischen Eigenschaften und die geringen extrapyramidalen Symptome verantwortlich.
Indikationen	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlung der Schizophrenie • Bipolare Störungen • Borderline Persönlichkeitsstörung
Kontraindikationen	<ul style="list-style-type: none"> • Bekannte Überempfindlichkeit auf einen der Inhaltsstoffe • Schwangerschaft • Stillzeit
Dosierung	150 bis 750 mg/Tag in 2 Dosen
Unerwünschte Wirkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Initial deutliche Sedierung • Gewichtszunahme vor allem während der ersten Behandlungswochen • Schwindel, Synkope • Tachykardie, Herzklopfen, und orthostatische Hypotonie

Temesta®	
Wirkstoff	Lorazepam
Wirkung	<ul style="list-style-type: none"> • Gehört zur Präparatengruppe der Benzodiazepine • Tranquilizer von mittellanger Wirkdauer, der bereits in einem niedrigen Dosierungsbereich therapeutisch wirksam ist • Wirkt anxiolytisch, antikonvulsiv und schlaffördernd
Indikationen	<ul style="list-style-type: none"> • Zur symptomatischen Behandlung von Angst-, Spannungs- und Erregungszuständen • Zusatzbehandlung von Angstzuständen bei Depressionen und Schizophrenien • Vorbeugung eines Delirium Tremens
Kontraindikationen	<ul style="list-style-type: none"> • Überempfindlichkeit gegen Benzodiazepine • Myasthenia gravis • Schwere respiratorische Insuffizienz • Schlafapnoesyndrom • Schwangerschaft • Stillzeit
Dosierung	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Angst oder Spannungszuständen, 3 bis 7,5 mg/Tag, in 3 bis 4 Dosen • Bei akuten Angstzuständen mit oder ohne psychomotorische Erregung, i.v. 0,05 mg pro kg Körpergewicht oder 2–4 mg als Anfangsdosis
Unerwünschte Wirkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Atemdepression mit partieller Verlegung der Atemwege bei starken Sedierung • Atemstillstand bei einer i.v. Injektion • «paradoxe» Reaktionen wie Ruhelosigkeit, Agitation, Angst, Feindseligkeit, Wut, Erregbarkeit und Aggressivität • Sedierung, Erschöpfung, Schläfrigkeit

Zyprexa®	
Wirkstoff	Olanzapin
Wirkung	Atypisches Neuroleptikum, mit antimanischer und stimmungsstabilisierenden Wirkung
Indikationen	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrene Psychosen • Bipolare Störungen
Kontraindikationen	<ul style="list-style-type: none"> • Überempfindlichkeit gegen einen der Inhaltsstoffe • Engwinkelglaukom • Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren • Schwangerschaft, ausser wenn absolut erforderlich • Stillzeit
Dosierung	10-20 mg/Tag
Unerwünschte Wirkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Gewichtszunahme • Zunahme des Appetits • Erhöhter Glukosespiegel, Triglyceridspiegel und Cholesterinspiegel • Glukosurie • Schläfrigkeit • Schwindelgefühl • Selten: Zittern, Hypertonie, Lethargie und Schläfrigkeit bei Neugeborenen, deren Mütter während des 3. Trimenon der Schwangerschaft Olanzapin angewendet hatten

Diese genannten Medikamente stehen aktuell im Stadtspital Triemli zur Verfügung.

5.3 Literaturverzeichnis

Wahrig Deutsches Wörterbuch, 7. Auflage, Bertelsmann Lexikon Verlag GmbH, München, 2002

Asmus Finzen, Schizophrenie - Die Krankheit verstehen, 6. Auflage, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2003

Mirjam Gassmann, Werner Marschall und Jörg Utschakowski, Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege, 1. Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2006

William R. Dubin und Kenneth J. Weiss, Handbuch der Notfall-Psychiatrie, 1. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, 1993

Franz Müller-Spahn und Ulrike Hoffmann-Richter, Psychiatrische Notfälle, 1. Auflage, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2000

Jan van Luijk, Skript Akutpsychiatrie: Der psychiatrische Notfall, Aufbaumodul Fachwissen, Fachschule für Intensiv- und Notfallpflege, Stadtspital Triemli, Zürich, 2008

Schweizerisches Arzneimittel Kompendium, <http://www.kompendium.ch>

Jürgen C. Fröhlich und Wilhelm Kirch, Praktische Arzneitherapie, 4. Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2006

5.4 Danksagung

Ich möchte mich hiermit bei allen ganz herzlich bedanken, die mich bei dieser Arbeit unterstützt haben. Vor allem bei Katja Glogg für ihre Anregungen und Hinweise aus Sicht einer erfahrenen Pflegefachfrau im Bereich der Krisenintervention, Jürg Streuli für seine inhaltlichen Verbesserungsvorschläge und Peter Habegger für die grammatikalische und orthographische Unterstützung.