


Medidays 2011
Plenarveranstaltung zum Thema Notfallpsychiatrie
Zürich, den 25.07.11


**Psychopharmakotherapie
in der Notfallpsychiatrie**

Dr.med. Roberto Pirrotta
Oberarzt
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie




Lernziele des Referats

1. Die Besonderheit der Notfallpsychiatrie kennenzulernen
2. Die verschiedenen Leitsymptome psychiatrischer Notfälle zu erkennen
3. Das Vorgehen bei medikamentöser Behandlung umzusetzen
4. Eine Psychopharmakotherapie im Notarztdienst zu wählen



Inhalt

1. Psychiatrische Notfallsituation
2. Beeinflussende Faktoren
3. Situationsanalyse
4. Typische psychiatrische Notfälle
5. Psychopharmakotherapie




Psychiatrische Notfallsituationen: Generell

- Krisenhafte Aggravation bei psychiatrischer Grundkrankheit oder bei Gesunden
- Persönlichkeitsfaktoren, soziale bzw. Umgebungsfaktoren und rechtliche Aspekte spielen eine wesentliche Rolle.
- Neben psychiatrische Ursachen : neurologische Erkrankung, internistische Beschwerdebilder und unerwünschte medikamentöse Wirkungen oder Intoxikation →


Differentialdiagnose notwendig!

- Medikamentöse Behandlung → syndromgerichtet

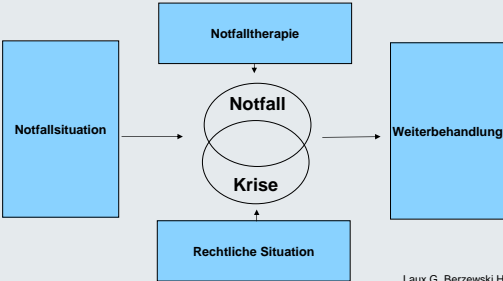


Psychiatrische Notfallsituationen: Besonderheiten

- Anamnese schwierig/somatischer Zustand
- Hoher Zeitaufwand
- Oft keine Krankheits-/Behandlungseinsicht
- Z.T. Ablehnung der somatischen Untersuchung, aber notwendig
- Diagnostik oft nur auf Syndromebene möglich
- Akute Gefahr
- Immer an somatische Ursache /Intoxikationen denken




Beeinflussende Faktoren bei Notfall- und Krisensituation




```
graph TD;
  Notfalltherapie --> Notfall;
  Rechtsliche_Situation[Rechtsliche Situation] --> Notfall;
  Notfall --> Weiterbehandlung;
  Notfall --- Krise;
  style Notfall fill:none,stroke:none;
  style Krise fill:none,stroke:none;
```

Laux G, Berzowski H. 2007




Beeinflussende Faktoren: Krise

- Situative Belastungssituation, die der Betreffende in der Regel selbst bewältigen kann
- Ungleichgewicht zw. der subjektiven Bedeutung des Problems und verfügbarer Bewältigungsstrategien
- Hilfe erforderlich
- CAVE: Auslösung psychiatrischer Erkrankung!



Beeinflussende Faktoren: Notfall


- Belastungssituation, die mit einer Gefährdung von Leben und Gesundheit einhergeht
- Sofortiges Handeln erforderlich
- Ärztliche Intervention notwendig



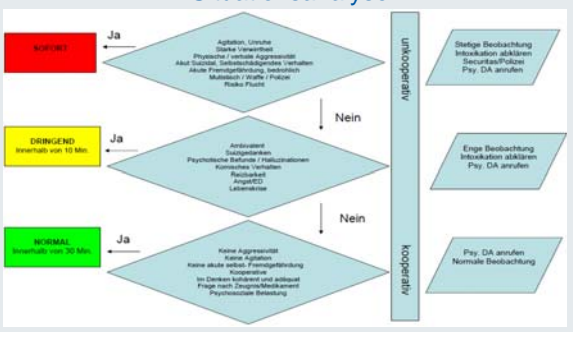
Situationsanalyse


Neben einer medikamentösen Behandlung:

- Einschätzung einer akuten Gefahr
- Urteilsfähigkeit
- Ausschluss einer vitalen Bedrohung durch eine internistische oder chirurgische (Grund)erkrankung
- Vorläufige diagnostische Einordnung
- Eine genauere Diagnosestellung initial häufig nicht möglich jedoch Festlegung der Behandlungsstrategie
- Selbst- oder Fremdgefährdung? → sofort handeln



Situationsanalyse





Situationsanalyse

TRIAGE PSYCHIATRISCHER NOTFÄLLE AN DER LEITSTELLE

Leitstelle: Datum: _____ Uhrzeit: _____ Visum: _____

Patientennummer: _____

A. Grund der Konsultation? (Grundlegendes Symptom für einen psychiatrischen Notfall?)

B. Verbale Äußerungen und Verhalten

	JA	NEIN
1. Ist der Patient aggressiv / bedrohlich / sehr unruhig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ist der Patient suicidal / hat sich selbst verletzt? (Z.B. "Kann ich das Leben beenden, das Sie nicht mehr wollen?")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ist der Patient verwirrt / nicht verständlich oder spricht er gar nicht / will keine Angaben machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Kommt der Patient in Begleitung?

Wenn ja, mit wem?
 Polizei
 Angehörigen
 Andere: _____

Wenn bei B. 1-3 Ja sind bei C. Nein: ■ **SEHR DRINGEND** (möglichst sofort) ■
 Wenn bei B. 1-3 Ja sind bei C. Ja: ■ **DRINGEND** (bis 10 Minuten) ■
 Wenn bei B. alles Nein: ■ **NORMAL** (bis 20-30 Minuten) ■

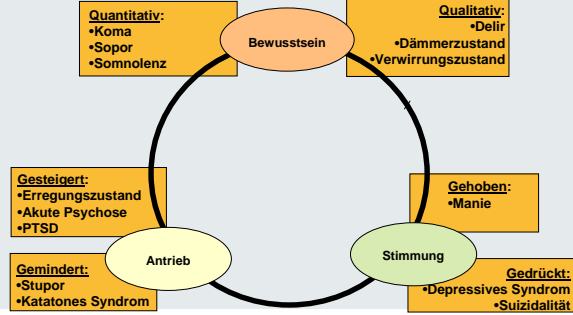
Von Dienstamt auszufüllen: Einzelfall / Leitstell. Arzt: _____ Name: _____


D. Ärztliche Entscheidung

1. ICD-10 Diagnose:	Klin. Anamnese	Physisch	EEG
2. Behandlung nach Anamnese:	Antipsychotikum	Stimmung	EEG
	Stabilisierendes		

REP. 07.2010. KAL. USZ

Leitsymptome psychiatrischer Notfälle






Helge Frieling & al., 2007

Wichtigste psychiatrische Notfälle


- Erregungszustände
- Verwirrtheit / Delir
- Stupor / Mutismus / Katatonie
- Angst - und Panikstörungen
- Akute Suizidalität



Psychiatrische Notfälle

Psychomotorische Erregungszustände
Ursachen, Diagnose:


- Schizophrene Psychosen
- Manie
- Agitierte Depression
- Intoxikationen (Alkohol, Drogen)
- Hirnorganische Psychosyndrome
- Psychogene Reaktionen im Rahmen von akuten Belastungsreaktionen oder Persönlichkeitsstörungen
- Internistische Erkrankungen



Psychiatrische Notfälle

Verwirrtheit/Delir
Ursachen, Diagnose:

- akute organische Psychose
- Unterschiedliche, häufig multifaktorielle Genese jedoch meist organisch
z.B.:
 - Entzugsdelir, Intoxikationen
 - Nach Krampfanfall
 - Internistisch (Hypoglykämie, Intoxikation, Medikamente, Flüssigkeitsmangel...)
 - Dementielles Syndrom
 - Komplikationen bei internistischen und neurologischen Erkrankungen




Psychiatrische Notfälle

Stupor/Mutismus
Ursachen, Diagnose:

- Neurologische Erkrankungen (z.B.: zerebrale Raumforderung)
- Medizinische Erkrankungen (Thyreotoxikose, Hypoglykämie)
- Schizophrenie
- Depression
- Intoxikationen
- Trauma
- Belastung


Usw.



Psychiatrische Notfälle

Angst - und Panikstörungen
Differentialdiagnose:


- somatische Erkrankungen: Arrhythmien/paroxysmale Tachykardie, Herzinfarkt, koronare Herzkrankheit, Asthmaanfall, Hyperthyreose, Hypoglykämie, Hypokalzämie, transitorische ischämische Attacke (TIA), akutes Fieber



Psychiatrische Notfälle

Suizidalität
Einschätzung durch:

- Vorgeschichte
- Soziales Umfeld
- Vorpersönlichkeit
- Suizidales Verhalten
- Psychischer Befund


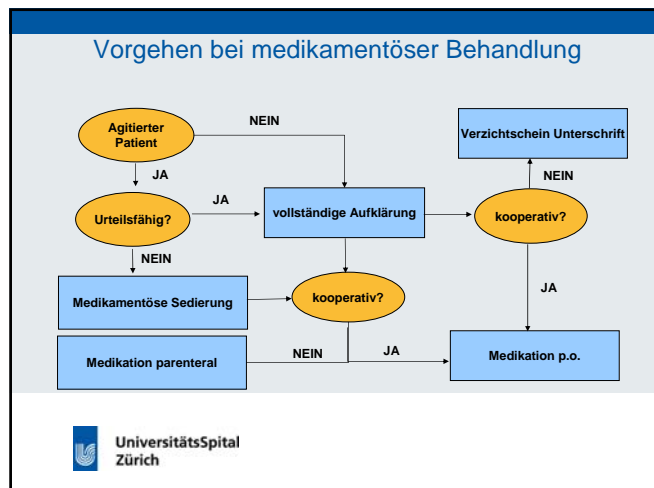


Psychiatrische Notfälle

Suizidalität

Risikofaktoren:


- Suizidversuche in der Vorgeschichte
- Psychiatrische Erkrankungen
- Überraschend auftretende Lebenskrisen
- Fehlen stützender Bezugspersonen
- Hohes Lebensalter
- Männliches Geschlecht

Psychopharmakotherapie

Viele Behandlungen nicht aus kontrollierten Studien empfohlen, sondern aus:


- praktisch-klinischer alltäglicher Erfahrung
- Meinung von Experten
- Konsensus-Konferenzen



Psychopharmakotherapie


Aus der Literatur:

- BZD, Antipsychotika
- Keine klaren guidelines
- Bei aggressiven und gewalttätigen Patienten Wiederholung der Medikation innerhalb eines kurzen Zeitintervalls (30-60min) empfohlen → Kontrolle der Symptomatik
- Nordamerika überwiegend mit Antipsychotika
- In der deutschen Region mit Benzodiazepinen



Sedationskonzept auf der Notfallstation

- Zur Behandlung von agitierten/nicht kooperativen/nicht urteilsfähigen/ oder akut selbst- fremdgefährdeten Patienten
- Bei intramuskulären und intravenösen Applikationen gegen den Willen: genügend Personal, häufig auch Polizei erforderlich
- Bei erfolglosen, nicht medikamentösen Massnahmen anzuwenden
- Sorgfältiger Ausschluss/Behandlung einer somatischen Ursache
- Prinzipiell orale Medikation bevorzugen
- Psychiatrischer Dienstarzt frühzeitig einbeziehen



Sedationskonzept auf der Notfallstation


- Die medikamentöse Behandlung → **syndromgerichtet**

Mit dem Ziel:

- weitere Klärung der Situation zu erlauben
- eine akute Gefahr abzuschätzen
- Selbst- oder Fremdgefährdung einzuschätzen
- Ausschluss einer vitalen Bedrohung durch eine internistische oder chirurgische (Grund)erkrankung
- vorläufige diagnostische Einschätzung

→

- Festlegung der Behandlungsstrategie



Sedationskonzept auf der Notfallstation

Das idealste Medikament in der Notfallpsychiatrie:

- mit dem Einsatz dieser Medikation gut vertraut zu sein
- das diagnostische Prozedere nicht verfälschen
- lange im Handel und Wirkungen und Nebenwirkungen gut bekannt
- wenig Wechselwirkungen mit anderen Präparaten
- die Anwendung oral und/oder parenteral
- schnell wirksam & in einer ausreichend hohen Dosierung anwendbar, um die aktuelle Situation schnell unter Kontrolle zu haben
- Für die Notfalltherapie: wichtiger die akute Verträglichkeit als die Langzeitwirkungen (können vernachlässigt werden).



Sedationskonzept auf der Notfallstation

- Ziel:
„rasche Wirksamkeit bei gleichzeitig geringer Beeinträchtigung von vitalen und vegetativen Funktionen“ (F.-G.Pajonk, 2003)
- Beruhigend aber nicht stark sedierend
- Psychomotorische Erregung, innere Spannung, Angst und Antrieb vermindern
- rasche Stabilisierung, damit die psychiatrische Beurteilung stattfinden kann



Sedationskonzept auf der Notfallstation

Bei der Wahl des Präparates und des Dosierungsintervalls:

- Zeit bis zum Erreichen des maximalen Plasmaspiegels (t_{max})
- Eliminationshalbwertszeit ($t_{1/2}$)
- Individuelle Titrationsdosis

Bei Einsatz erforderliches medizinische Setting:

- Monitoring des sedierten Patient erforderlich
- Kein vorzeitiges Austreten aus dem Spital



Sedationskonzept auf der Notfallstation

Für Notfallsituationen besonders bewährt:

Benzodiazepine

Antipsychotika



Benzodiazepine

- Angst- und spannungslösend, sedierend, relaxierend, antikonvulsiv
- Allgemeine Indikation: Unruhe, Angst- und Spannungszustände, psychosomatische Beschwerden usw.
- Keine klaren pharmakologischen Dosierungs- oder Applikationsrichtlinien




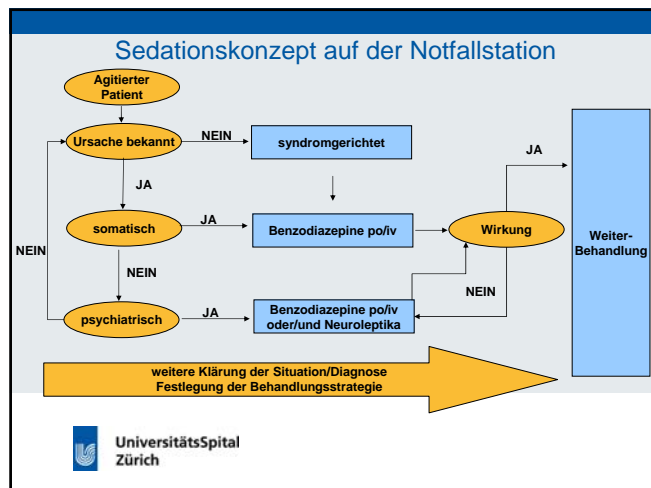
Benzodiazepinen

- NW: Atemdepression, arterielle Hypotonie bis zur Ataxie, Verwirrtheit, Suchtpotential
- Bei älteren Patienten/hirnorganische Störung → Risiko einer paradoxen Reaktion (d.h. Verwirrheitszustände)
- Antagonist: Flumazenil
- Am häufigsten auf der Notfallstation: Diazepam, Midazolam, Lorazepam
- Besondere Indikation beim Alkoholentzug und Drogenentzug



Antipsychotika

- Die meisten mit relativ langer Halbwertszeit 7-36 Stunden
- Bei i.m oder i.v. Applikation zuverlässiger und schneller Wirkungseintritt > p.o
- Kein Suchtpotential, keine Toleranzentwicklung
- p.o. Wirksamkeit nach ca. 30-60 min.
- i.v. nach ca. 10 Min
- NW: extrapyramidale motorische und vegetative Störungen, Sedierung, Hypotension, MNS, QTc-Intervall, epileptische Krampfanfälle, Herzrhythmusstörung
- Im Notfall vor allem Haloperidol; Olanzapin; Nozinan

Sedationskonzept auf der Notfallstation

- Bei jeder Form der Agitiertheit
Benzodiazepine
- Lorazepam p.o. / s.l.: 1-2,5mg
tmax 2-3 Std., t1/2 12-16 Std.
- Midazolam i.v.: 1mg bolusweise (meist bis maximal 10mg)
tmax unmittelbar., t1/2 1.5 – 3.5 Std.
- Midazolam i.m.: 5-10mg
tmax 30Min., t1/2 1.5 – 3.5 Std (bis maximal 15mg)

→ **Monitoring verbindlich**



Sedationskonzept auf der Notfallstation

- Alternative für agitierte psychiatrische Patienten
Neuroleptika
- Haloperidol p.o. : 0.5 – 2mg kurzfristiger Einsatz
- Atypika wie z.B. Olanzapin p.o. / s.l. / i.m.: 5-10mg (Max 20mg)
- Levopromazin p.o./ i.m.: 25 – 100 mg
- Bevorzugt bei manischem, paranoid-halluzinatorischem Syndrom sowie delirantem Syndrom



Literaturangaben

1. F.-G.Pajonk, B. Fleiter. Psychopharmakotherapie im Notarztdienst. *Anaesthesist* 2003; 52:577–585. Springer Medizin Verlag. ***
2. Castle DJ, Udristoiu T, Kim CY, Sarosi A, Pidman V, Omar AN, Rosales JI, Melamed Y, Isik T, Karagianis J, Treuer T. Intramuscular olanzapine versus short-acting typical intramuscular antipsychotics: comparison of real-life effectiveness in the treatment of agitation. *World J Biol Psychiatry* 2009;10(1):43-53. **
3. Battaglia J. Pharmacological management of acute agitation. *Drugs* 2005; 65(9):1207-22. ***
4. Centorrino F, Meyers AL, Ahl J, Cincotta SL, Zun L, Gulliver AH, Kinon BJ, Houston JP. An observational study of the effectiveness and safety of intramuscular olanzapine in the treatment of acute agitation in patients with bipolar mania or schizophrenia/schizoaffective disorder. *Hum Psychopharmacol.* 2007 Oct;22(7):455-62. **
5. Yildiz A, Sachs GS, Turgay A. Pharmacological management of agitation in emergency settings. *Emerg Med J.* 2003 Jul;20(4):339-46.***
6. Schönfeldt-Lecuona C., Dirks B., Wolff R.C., Pajonk F.-G., Freudenmann R.W., Höse A., - B.J. Connemann B.J., Psychiatrische Notfälle im Notfall- und Rettungswesen Grundlagen der Diagnostik und Therapie. *Notfall Rettungsmed* 2008 - 11:525–530. Springer Medizin Verlag. **

