

3 Klinik psychiatrischer Syndrome

Deborah Scholz-Hehn und Simon Kurzhals

3.1 Das psychotische Syndrom im präklinischen Setting

Psychotische Störungen weisen eine Lebenszeitprävalenz von etwa 3% auf (Perälä 2007). Unter psychotischen Störungen werden sowohl substanzinduzierte als auch affektive und organische Psychosen sowie Schizophrenien zusammengefasst. Psychosen äußern sich vorwiegend durch eine Störung des Denkens und der Wahrnehmung. Die Schizophrenie als chronische Form der Psychose stellt mit einer Lebenszeitprävalenz von 1% den Großteil der psychotischen Störungen dar. Es handelt sich um eine erheblich einschränkende als auch kostenintensive Erkrankung, die häufig erst verzögert mit einem Vorlauf von mehreren Jahren identifiziert und dementsprechend zu einem relativ späten Zeitpunkt behandelt wird. Aus diesen und weiteren Gründen kommt der Früherkennung psychotischer Störungen eine besondere Rolle zu, über die möglichst früh eine Behandlung eingeleitet werden kann, um eine Chronifizierung psychotischer Symptome zu verhindern (Trimmel 2023).

3.1.1 EXKURS: Wahn

Wahn beschreibt eine subjektive Wahrnehmung, die auf einer subjektiven Fehlbeurteilung der Realität beruht und an der betroffene Personen mit absoluter Gewissheit festhalten. Der Wahn wird den inhaltlichen Denkstörungen zugerechnet und weist folgende Merkmale auf.

- **Unvereinbarkeit mit der Realität:** Das heißt, das Erleben lässt sich nach rationaler Wahrnehmung nicht mit der Realität in Einklang bringen

3 Klinik psychiatrischer Syndrome

- **Unkorrigierbarkeit:** Der Wahn lässt sich auf argumentativer Basis nicht korrigieren
- **Unwiderlegbarkeit:** Selbst das Vorlegen von Beweisen kann den Wahn nicht widerlegen

Wahnhaftes Erleben unterliegt einer individuellen Dynamik. Es kann sich um einzelne, „ausgestanzte“ Wahrnehmungen handeln, wie beispielsweise, dass eine Person angibt, immer wieder von fremden Personen bestohlen zu werden. Oder es kann zu einer systematischen Ausbreitung wahnhafter Denkinhalte kommen, sodass sich ein ganzes Wahngerüst entwickelt. Außerdem können sich unterschiedliche Wahntypen ausbilden (s. Tab. 6).

3.1.2 Klinik

Am häufigsten äußert sich ein psychotisches Syndrom durch Wahnvorstellungen, Halluzinationen oder formalen Denkstörungen, die von ängstlichem Erleben oder Erregung begleitet werden können. Halluzination und Wahn werden auch als Positivsymptome bezeichnet, während Auffälligkeiten wie Apathie, Denkverarmung und Adynamie als Negativsymptome beschrieben werden. Wahnhaftes Erleben kann in Abhängigkeit der Erkrankungsschwere bis zum Realitätsverlust führen und handlungsleitend werden. Das bedeutet, dass betroffene Personen ihre Handlungen nach wahnhaften Denkinhalten ausrichten und über keine kritische Realitätswahrnehmung mehr verfügen. Das Risiko, dass sich Betroffene aufgrund wahnhafter Verkennung gefährdend gegenüber Dritten verhalten, kann dabei ebenso bestehen wie ein erhöhtes Eigengefährdungs- oder auch Suizidrisiko.

Schizophrenien können sich sehr unterschiedlich äußern und sich in den Symptomen stark unterscheiden. Anhand des ICD-Klassifikationssystems wird die Schizophrenie in verschiedene Untergruppen unterteilt. Die Zuteilung richtet sich nach der im Vordergrund stehenden Symptomatik. So kann unter anderem ein paranoider oder katatoner Subtyp der Schizophrenie vorliegen. Um eine Schizophrenie diagnostizieren zu können, muss die Symptomatik mindestens für einen Zeitraum von einem Monat bestehen.

Tab. 6 Auswahl verschiedener Wahntypen

Wahn-Typ	Beispiel
Beziehungswahn	„Alles bezieht sich auf mich. Gestern kam im Fernsehen ein Beitrag über die Osterinseln, das war natürlich eine Botschaft an mich.“
Größenwahn	„Mir ist klar geworden, dass ich zu Größerem gesandt worden bin, ich kann sogar die Mitpatienten heilen!“
Verfolgungswahn	„Bitte sprechen Sie leise, die anderen sind hinter mir her. Ich habe schon mein Handy und meine SIM-Karte entsorgt, aber sie finden mich immer wieder.“
Beobachtungs- und Beeinträchtigungs-wahn	„Die sehen mich, egal, was ich mache. Die Kameras sind so klein, kein Wunder, dass niemand sie finden kann.“

3.1 Das psychotische Syndrom im präklinischen Setting

3.1.3 Differentialdiagnostik

Psychotische Denk- und Verhaltensweisen können aufgrund einer Vielzahl an Erkrankungen auftreten. Psychotische Symptome treten jedoch am häufigsten bei schizophrenen Erkrankungen oder im Rahmen von Intoxikationen auf. Zudem können bei organischen Prozessen, entzündlichen, neurodegenerativen oder metabolischen Ursachen psychotische Symptome auftreten.

3.1.4 Behandlung

Die Behandlung psychotischer Syndrome zielt zunächst auf die möglichst schnelle Symptomreduktion ab, sodass in Abhängigkeit der Symptom Schwere antipsychotisch wirksame Medikamente eingesetzt werden. Abhängig von der Genese der psychotischen Symptomatik ist zu evaluieren, für welchen Zeitraum eine antipsychotische Medikation sinnvoll erscheint.

Fallbeispiel

Der Rettungsdienst wird durch die Polizei zu einer 21 Jahre alten Frau gerufen. Auf die Beamten wirkt die Frau verwirrt und aggressiv. Die Frau verbarrikadiert sich mit einem Messer in ihrem Auto vor der mütterlichen Wohnung und weigert sich, aus dem Fahrzeug auszusteigen. Die anwesende Mutter berichtet, dass Ihre Tochter in den letzten Wochen mehrfach angegeben habe, dass ihr von einem Dozenten in der Universität ein Chip implantiert worden sei, um sie zu kontrollieren. An ihr seien zudem Untersuchungen durch den Dozenten durchgeführt worden. Sie sei außerdem durch den Chip dazu gebracht worden, sich in der Vorlesung zu entkleiden. Letztlich gibt die Frau nach längeren deeskalierenden Bemühungen das Messer ab und lässt sich in die nächstgelegene psychiatrische Klinik bringen.

Psychopathologie kompakt

- inkohärentes und ungeordnetes Denken, Misstrauen, Gereiztheit
- Verfolgungs-, Beziehungs- oder Größenwahn, akustische Halluzinationen
- motorische Auffälligkeiten mit raptusartiger Erregung oder katatonen Symptomen

Vorgehen im Notfall

- Hilfs- und Unterstützungsangebot unterbreiten
- klare Kommunikation, möglichst wenig Konfrontation suchen oder Druck ausüben
- geäußerte Wahnsymptome anerkennen und nicht als Einbildung bezeichnen (s. Tab. 7)

3 Klinik psychiatrischer Syndrome

Tab. 7 Interaktionsvorgehen bei psychotischer Symptomatik

vermeiden	alternatives Vorgehen
„Das ist ja total verrückt, was Sie mir da erzählen! Merken Sie das nicht selbst?“	„Was Sie mir erzählen, hört sich belastend an. Lassen Sie uns in die Klinik fahren und schauen, was man dort für Sie tun kann!“

Einer psychotischen Exazerbation im Rahmen einer Schizophrenie gehen mitunter mehrjährige sogenannte Prodromalphasen voraus, wo psychotische Symptome noch nicht vollends ausgebildet sind und betroffene Personen sich teils von wahnhafter Wahrnehmung distanzieren können. Je früher eine Behandlung aufgenommen wird, desto besser wirkt sich diese auf das Funktionsniveau der betroffenen Personen aus.

3.2 Das manische Syndrom im präklinischen Setting

Die Manie gehört zu den phasenweise verlaufenden affektiven Störungen, ist also eine Störung des Gefühlserlebens, der Emotionalität und des Antriebs. Manische Syndrome treten überwiegend im Rahmen einer bipolaren Störung auf. Bei einer Lebenszeitprävalenz von etwa 3% für bipolare Störungen liegt die Häufigkeit isolierter manischer Störungen zwischen 0,2 und 0,4% (Kessler 1994). Die Manie tritt am häufigsten zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr auf und zeigt keine geschlechtsspezifischen Unterschiede (Moreira 2017).

3.2.1 Klinik

Eine Manie kann sich durch unangemessen euphorische, leicht irritierbare oder geizte Stimmung auszeichnen. Oftmals besteht eine physische Rast- und Ruhelosigkeit, was sich unter anderem in übermäßig geschäftiger Aktivität und beschleunigter Sprache zeigt. Das Denken ist flüchtig und assoziativ gelockert, es besteht eine herabgesetzte Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit. Betroffene Personen wirken häufig „aufgezogen“, ständig abgelenkt und antriebsgesteigert. Sie zeigen ein verminderteres Ruhe- und Schlafbedürfnis und können neben überhöhter Selbst-einschätzung bis hin zum Gefühl der Grandiosität ein herabgesetztes kritisches Bewusstsein der Realität aufweisen. Das Sozial- und Interaktionsverhalten kann verändert sein und es kann zu Distanzlosigkeit, Enthemmung oder auch herablassenden Verhaltensweisen gegenüber Mitmenschen kommen. Zudem kann bei erhöhter Risikobereitschaft eine verminderte Gefahrenwahrnehmung bestehen, beispielsweise beim Führen von Fahrzeugen oder der fehlenden Beachtung von Verboten. Häufig fällt eine unkritische Verwendung finanzieller Mittel auf. Da die Stimmung von Betroffenen sehr schnell umschlagen kann, besteht ein erhöhtes Suizidrisiko.

Eine Manie lässt sich anhand des ICD-11-Systems in 3 Schweregrade einteilen (ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics <https://icd.who.int/en>). Es wird unterschieden, ob es sich um eine hypomane, manische oder manisch-psychotische Symptomatik handelt. Die Hypomanie zeigt verhältnismäßig schwächer ausgeprägte Symptome im Vergleich zur Manie, wie eine leicht gehobene Stimmung, gesteigerte Geselligkeit, gesteigerte Leistungsfähigkeit und Selbstüberschätzung. Oftmals ist es Betrof-

3.2 Das manische Syndrom im präklinischen Setting

fenen bei einer hypomanen Symptomatik noch möglich, den Anforderungen einer beruflichen Tätigkeit nachkommen zu können. Auch das Sozial- und Kontaktverhalten wird vom Umfeld weitestgehend toleriert. Bestehen neben manischen zusätzlich Verfolgungs-, Größen-, Liebes- oder Beziehungswahn, liegt eine Manie mit psychotischen Symptomen vor. Um eine manische Episode im Rahmen einer bipolaren Störung zu diagnostizieren, wird eine Symptombelastung von mindestens 7 Tagen vorausgesetzt.

3.2.2 Differentialdiagnostik

Eine Behandlung mit Antidepressiva, Stimulanzien oder Glukokortikoiden kann ein manisches Syndrom bedingen. Kokain- oder Amphetaminintoxikationen lassen sich klinisch mitunter schwer von manischen Syndromen unterscheiden. Mit Abklingen der Intoxikation bilden sich jedoch die manischen Symptome zurück, sodass diagnostisch von einer substanzinduzierten manischen Störung ausgegangen werden kann. Symptome eines manischen Syndroms können auch im Zusammenhang mit organischen Erkrankungen auftreten wie beispielsweise Infektionen des ZNS, Epilepsien oder autoimmun bedingter Enzephalitiden.

3.2.3 Behandlung

Die Behandlung manischer Syndrome erfolgt überwiegend mit Antipsychotika oder Phasenprophylaktika wie Lithium oder Valproat. In der Regel ist zur Prophylaxe eines manischen Syndroms die längerfristige Einnahme von Psychopharmaka notwendig.

Fallbeispiel

Die Polizei wird zu einem Fitnessstudio gerufen, nachdem sich dort ein 45-jähriger Mann vorgestellt und nach dem Management gefragt hatte. Nach Angaben der Angestellten habe er angegeben, dass er selbstständig als Berater tätig sei und er das Management hinsichtlich der offenbar schlechten Leistungen beraten müsse. Nach mehrfachen erfolglosen Versuchen, den Mann der Einrichtung zu verweisen, versuchte der Mann in die Geschäftsräume des Studios einzudringen, sodass die Polizei hinzugezogen wurde. Auf die Beamten macht der Mann einen verwirrten und aggressiven Eindruck, er redet schnell und teilweise schwer verständlich. Ein Straftatbestand liegt jedoch nicht vor, sodass Notarzt und Rettungsdienst angefordert werden. Im weiteren Verlauf flüchtet der Mann unvorhergesehen vom Einsatzort. Die Person wird einige Stunden später erneut am Fitnessstudio aufgegriffen, der hinzugezogene Notarzt stellt eine erkrankungsbedingte Gefährdung fest. Da die Person sich nicht auf freiwilliger Basis in psychiatrische Behandlung begeben will, wird über die zuständige Ordnungsbehörde eine Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik beantragt. Die Person zeigt sich weiterhin uneinsichtig, verweigert den Transport in die Klinik und verhält sich aggressiv gegenüber den Einsatz- und Rettungskräften, sodass zunächst eine medikamentöse Sedierung mit einem Benzodiazepin erfolgt um einen Transport durchführen zu können. Nach Auf-

3 Klinik psychiatrischer Syndrome

nahme in der nächstgelegenen Klinik konnte in Erfahrung gebracht werden, dass bei dem Patienten eine langjährige bipolare Störung besteht und die rezidivprophylaktische Medikation seit mehreren Wochen nicht mehr eingenommen wurde. Nach richterlicher Anhörung ergeht ein Unterbringungsbeschluss über den Zeitraum von 6 Wochen zur Abwendung der aktuellen Gefährdungsaspekte und zur Heilbehandlung.



Psychopathologie kompakt: Manie

- *Denk- und Redebeschleunigung*
- *euphorische oder gereizte Stimmung*
- *Antriebssteigerung, Enthemmung oder Aggressivität*
- *suizidale Denkinhalte und Verhaltensweisen*



Vorgehen im Notfall

- freundliche und bestimmte Kontaktaufnahme, Deeskalierende Gesprächsführung
- Einschätzung der Erkrankungsschwere und Gefährdungsanalyse
- Behandlungsnotwendigkeit und -bereitschaft prüfen

Die instabile Konsistenz von Wahrnehmung und Verhalten bei manischen Episoden erschwert die Entwicklung eines Bewusstseins zur Notwendigkeit einer Klinikbehandlung. Daher sind Unterbringungen in psychiatrischen Kliniken häufig.

3.3 Das depressive Syndrom im präklinischen Setting

Depressive Störungen gehören mit einer Lebenszeitprävalenz von über 15% zu den häufigsten psychischen Erkrankungen (s. S3-Leitlinie Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression 2022). Frauen erkranken im Verhältnis 2:1 häufiger als Männer (Jacobi 2014). Die Erkrankung tritt in bestimmten Altersgruppen häufiger auf, beispielsweise bei jungen Erwachsenen oder während relevanter biografischer Übergänge wie dem Eintritt in das Renteneintrittsalter. Prinzipiell kann sich eine depressive Störung jedoch über die gesamte Lebenszeit hinweg ausbilden, da neben genetischen, biologischen, biografischen auch weitere Ursachen eine Entstehung depressiver Symptome begünstigen können. Depressive Symptome treten zudem im Rahmen weiterer vorbestehender psychiatrischer Erkrankungen wie Angst- und Traumafolgestörungen, Substanzkonsumstörungen oder Persönlichkeitsstörungen auf.

3.3.1 Klinik

Ein depressives Syndrom zeichnet sich durch Symptome wie Niedergeschlagenheit, Freud- und Interesselosigkeit, Gefühls- und Hoffnungslosigkeit sowie Antriebslosigkeit aus. Zudem können Störungen der Aufmerksamkeit, Konzentration und kogni-

3.3 Das depressive Syndrom im präklinischen Setting

Tab. 8 Unterschiedliche Wahntypen bei psychotischen Erkrankungen

Wahn-Art	Beispiel
Schuldwahn	„Mir ist wieder mein Auffahrunfall vor 30 Jahren eingefallen. Ich hätte damals bestraft werden sollen. Ich bin selbst schuld an der Erkrankung, die ich nun habe.“
Verarmungswahn	„Wer soll diese Krankenhausbehandlung bezahlen? Meine Krankenkasse sicher nicht. Dann werde ich hohe Schulden haben und obdachlos werden!“
nihilistischer Wahn	„Meine Organe sind tot, auch mein Gehirn arbeitet nicht mehr“, „Ich werde nie wieder gesund, meine Erkrankung ist unheilbar. Ich verweise innerlich!“

tiven Leistungsfähigkeit auftreten, welche bei schwersten Formen mitunter schwer von einer Demenz zu unterscheiden sind. Veränderungen des Appetits können Gewichtsveränderungen, sowohl Zu- als auch Abnahme von Körpergewicht, zur Folge haben. Die Entwicklung pessimistischer Zukunftsperspektiven kann neben Gefühlen von Wertlosigkeit zu suizidalen Denk- und Handlungsweisen führen. Einige, besonders schwer depressiv Erkrankte leiden unter der nicht nachvollziehbaren Überzeugung, verschuldet zu sein, keine ausreichenden finanziellen Mittel zu haben oder sich mit irgendetwas schuldig gemacht zu haben (s. Tab. 8). Man spricht in diesem Fall von einem Verarmungs- oder Schuldwahn. Wahninhalte sind bei depressiven Erkrankungen typischerweise synthym, das heißt, dass die Art des Wahns sich in einer depressiven Färbung ausbildet. Anders verhält es sich beispielsweise bei dem schizophrenen Wahn. Anhand des Klassifikationssystems ICD-11 können depressive Störungen in verschiedene Schweregrade eingeteilt werden. Unterschieden wird so eine leicht-, mittel- oder schwergradige depressive Störung, wahlweise mit oder ohne psychotische Symptome. Unter Berücksichtigung der zeitlichen Kriterien muss die Symptomatik für einen Zeitraum von 2 Wochen bestehen, um eine depressive Episode diagnostizieren zu können.

3.3.2 Differentialdiagnostik

Die organische Ausschlussdiagnostik bei depressiven Störungen bezieht hormonelle Störungen wie eine Hypothyreose oder Vitaminmangelzustände ebenso mit ein wie metabolische oder hirnorganische Ursachen (z.B. subakute Blutungen wie das Subduralhämatom oder Tumore). Auch Autoimmunerkrankungen können depressive Symptome hervorrufen. Zudem können medikamentöse Ursachen wie eine Behandlung mit Kortison oder Zytostatika, jedoch auch abhängigkeitserzeugende Substanzen wie Benzodiazepine oder Alkohol bei längerfristigem Gebrauch depressive Symptome hervorrufen.

Fallbeispiel

Der Rettungsdienst wird von Familienangehörigen zu einer 35-jährigen Frau gerufen. Nach Angaben der Angehörigen verlässt die Frau seit Monaten ihre Wohnung nicht mehr, spreche lediglich vereinzelte Worte und liege teilnahmslos in ihrem Bett. Vormals ausgeübte Aktivitäten wie regelmäßige Treffen mit

Freundinnen habe sie eingestellt, ihre Körperpflege zunehmend vernachlässigt und mehr als 10 kg an Körbergewicht verloren. Zu suizidalen Verhaltensweisen sei es nicht gekommen. Ihre nach dem Studium begonnene Tätigkeit in einer Agentur habe sie seit Monaten nicht mehr aufgesucht. Es sei weder eine ärztliche Behandlung aufgesucht worden, noch sei eine Abmeldung beim Arbeitgeber erfolgt. Nach ergangener fristloser Kündigung sei aufgrund von Überforderung kein Leistungsbezug beantragt worden, sodass zum Zeitpunkt der Vorstellung neben einem schweren depressiven Syndrom kein Versicherungsschutz besteht. Die Frau lässt sich nach anfänglicher Ambivalenz unter Zusammenarbeit der Angehörigen und Rettungskräfte von der Notwendigkeit einer psychiatrischen Behandlung überzeugen und stimmt einer Vorstellung in einer psychiatrischen Klinik zu.



Psychopathologie kompakt

- *Verlangsamung, gedankliche Einengung*
- *Deprimiertheit, herabgesetzte Stimmung, Freudlosigkeit*
- *Herabsetzung des Antriebs, Störung der Psychomotorik*
- *suizidale Denkinhalte und Handlungsimpulse*



Suizidalität spielt bei affektiven Erkrankungen eine große Rolle, sodass eine gezielte Exploration notwendig ist. Besteht neben dem depressiven Syndrom Unruhe, Angst und Anspannung, ist eine vorübergehende und niedrigdosierte Medikation mit einem Benzodiazepin zur Entlastung oftmals hilfreich (CAVE: Erschwerete diagnostische Zuordnung unter Einnahme von Benzodiazepinen).

3.4 Das suizidale Syndrom im präklinischen Setting

Suizidale Syndrome kommen in Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen häufig vor und spielen vor allem im präklinischen Kontext eine große Rolle. Suizidale Denkinhalte, Suizidvorhaben und erfolgte Suizidversuche stellen einen häufigenrettungsdienstlichen bzw. notärztlichen Anforderungsgrund dar. Bei dem Großteil der Suizidenten liegt eine psychische Erkrankung vor. Etwa 3/4 der Betroffenen entfällt auf das männliche Geschlecht. Seit den 1980er-Jahren ist die Anzahl vollendeter Suizide in Deutschland deutlich gesunken (Schelhase 2021). Trotz vieler Versuche, Erkenntnisse aus der Forschung einen wirksamen Präventivansatz zu synthetisieren, liegt die Zahl der vollendeten Suizide nun seit Jahren stabil bei etwa 10.000 p.a. mit einem Anstieg im Jahr 2022 (Statistisches Bundesamt 2022). Suizidversuche werden häufiger von Frauen unternommen, die Schätzung liegt im Vergleich zu Suiziden etwa 10-20-mal höher.

3.4 Das suizidale Syndrom im präklinischen Setting

3.4.1 Phänomenologie

„Suizidalität meint die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln oder passives Unterlassen oder durch Handelnlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis der Handlungen in Kauf nehmen.“ (Definition nach Wolfersdorf)

Das Phänomen der Suizidalität ist interindividuell und komplex, sodass keine pauschalen Lösungsansätze hinsichtlich Suizidprävention existieren. Der Umstand, dass Suizide aus verschiedenen Motivlagen heraus erfolgen und nicht ausschließlich von psychisch erkrankten Personen durchgeführt werden, zeigt, dass bestimmte Konstellationen oder belastende Faktoren auch für sich allein genommen einen Auslöser für einen Suizidversuch darstellen können. Im psychiatrischen Kontext handelt es sich bei Suizidalität um einen dynamischen Prozess. Das vom deutschen Psychiater Erwin Ringel entwickelte Konzept des präsuizidalen Syndroms beschreibt diesen Prozess als Abfolge von psychischer Einengung, gehemmter und gegen die eigene Person gerichtete Aggression und der Entwicklung von Selbsttötungsfantasien (Ringel 1953). Auch Pöldingers Modell der suizidalen Krise beschreibt eine schrittweise Zuspitzung der Entwicklung mit einer Erwägungs-, Ambivalenz- und Entschlussphase (Pöldinger 1982).

3.4.2 Exploration und Herstellung einer therapeutischen Basis

Das erste Ziel bei der Behandlung suizidaler Personen besteht zunächst in der Herstellung einer gemeinsamen Kommunikationsbasis, um den Betroffenen Verständnis entgegenzubringen und Entlastung in Aussicht stellen zu können. Der hergestellte Kontakt kann so neben der Entwicklung einer Vertrauensbasis auch die Möglichkeit zur Einschätzung der bestehenden suizidalen Gefahr i.S. einer Risikostratifizierung beinhalten. Von besonderer Wichtigkeit ist es, suizidale Äußerungen ernst zu nehmen und genau zu explorieren. Mit der aktiven Exploration suizidaler Denk-inhalte werden, entgegen der oftmals bestehenden Befürchtung, keine Suizidimpulse bei Betroffenen hervorgerufen. Vielmehr führt das Ansprechen des Themas Suizidalität oftmals eine deutliche Entlastung betroffener Personen herbei. Praktisch geht

Tab. 9 Interaktionsstrategien bei suizidalen Personen

Vermeiden	Formulierungsvorschlag
■ „Das Leben ist doch so schön!“	■ „Ich stecke nicht in Ihrer Haut und kann Ihre Situation daher nicht nachvollziehen, aber ich sehe, wie schlecht es Ihnen geht.“
■ „Ihre Kinder brauchen Sie doch noch!“	■ „Das Leben muss Ihnen momentan unerträglich erscheinen. Ich weiß nicht, was Ihnen jetzt hilft, aber ich glaube, dass wir in der Klinik Ihre Situation etwas leichter machen können.“
■ „Das wird schon wieder!“	

3 Klinik psychiatrischer Syndrome

es im Notfall neben der Einschätzung der suizidalen Gefahr vor allem darum, Zeit zu gewinnen. Zeit, um die Betroffenen für eine alternative Sichtweise der gegenwärtig ausweglos scheinenden Situation gewinnen zu können und eine Distanzierung zu suizidalen Handlungsweisen herzustellen. Die Interaktionsstrategie sollte bevorzugt supportiv und empathisch eingesetzt werden, auf relativierende oder verharmlosende Aussagen soll verzichtet werden (s. Tab. 9). In Abhängigkeit der Ursache von Suizidalität gibt es bei bestehender psychischer Erkrankung wirksame Behandlungsstrategien, um suizidale Gefahr abzuwenden.

Fallbeispiel

Der Rettungsdienst wird zu einem 60-Jährigen gerufen, dessen Ehefrau ihn vor mehreren, teilweise leeren Tablettenschachteln eines freiverkäuflichen Schlafmittels sitzend aufgefunden hat. Der frühberentete Bibliothekar gibt an, er habe nach längerem Überlegen einen ganzen Blister des Medikaments eingenommen, um „endlich mal Ruhe zu haben“. Auf behutsame, aber explizite Nachfrage bejaht er, dass ein Todeswunsch bestehe und er eigentlich gehofft habe, „nicht mehr aufzuwachen“. Er merke nun aber nur, dass er recht müde sei, was ihn enttäusche. Der Patient ist einer Krankenhausbehandlung gegenüber skeptisch („Was soll das noch bringen?“), lässt sich dann jedoch auf den Transport in die nächstgelegene Klinik ein.

Vorgehen im Notfall

- authentischer und möglichst wertungsfreier Kontaktaufbau
- Verbindlichkeit herstellen
- alternative Sichtweisen im Hier und Jetzt anbieten, ohne die empfundene Unerträglichkeit klein zu reden
- bei Eigengefährdung und fehlender Distanzierung von den Suizidplänen Unterbringung erwägen.

Abfragen und thematisieren von Suizidalität ist entlastend. Mit Ansprechen von Suizidalität besteht die Möglichkeit der Bildung einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung. Bis zur Durchführung eines Suizidversuchs besteht bei den betroffenen Personen Ambivalenz. Anti-Suizidpakte bieten sich im präklinischen Notfallsetting nicht an und sollten lediglich vereinbart werden, insofern bereits eine stabile therapeutische Beziehung besteht.

3.5 Das delirante Syndrom im präklinischen Setting

Angesichts der Zunahme multimorbid erkrankter Personen wird das delirante Syndrom auch zukünftig eine häufige Ursache für eine Krankenhausbehandlung darstellen. Die Prävalenz für ein Delir liegt bei 1-2% in der Allgemeinbevölkerung, im Rahmen von Krankenhausbehandlungen liegt die Häufigkeit bei > 65-jährigen Pa-

3.5 Das delirante Syndrom im präklinischen Setting

tienten jedoch bei 30–40% und weist unbehandelt eine Mortalität von bis zu 30% auf (Cole 2005). Hinzu kommt, dass ein Delir häufig nicht erkannt wird. Da im Rettungsdienst die diagnostischen Möglichkeiten für die Ursachenzuordnung beschränkt sind, ist zur Diagnosesicherung eine Krankenhausbehandlung oftmals unerlässlich.

3.5.1 Klinik

Das Vollbild eines Delirs äußert sich durch veränderte Vigilanz (Wachheit), Orientierungs-, Gedächtnis- und Merkfähigkeitsstörungen, wahnhafte Verkenntnung, Irritabilität und Gereiztheit sowie Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus und des Antriebs. Ein typisches Kennzeichen des Delirs ist das abrupte Auftreten sowie ein fluktuierend-wechselhafter Verlauf. Das bedeutet, dass eine Person zu einem Zeitpunkt delirante Symptome zeigen kann, die nur wenige Stunden später dann nicht mehr präsent sind und wiederum später erneut auftreten. Klinisch wird das hyperdyname von einem hypodynamen Delir unterschieden. Die hypodynamic Verlaufsviariante scheint häufiger vorzuliegen (Petersen 2006; Krewulak 2018). Die hypodynamic Symptomatik zeigt sich subtil mit Antriebshemmung und Apathie und klinisch nicht so eindrücklich wie die weniger häufige hyperdynamic Ausprägung. Vereinzelt treten prolongierte delirante Symptome auf, die in seltenen Fällen auch über mehrere Wochen bis Monate hinweg bestehen können. Analog zur Intoxikation handelt es sich beim deliranten Syndrom nicht primär um eine psychische Erkrankung, vielmehr müssen die Symptome und psychischen Verhaltensstörungen als sekundärer Ausdruck einer organischen Erkrankung verstanden werden. Faktoren wie Wechsel der gewohnten Umgebung oder eine Veränderung weiterer äußerer Gegebenheiten wie wechselnde Bezugspersonen können das Auftreten einer deliranten Symptomatik begünstigen.

3.5.2 Differentialdiagnostik

Delirante Syndrome sind ihrer Natur nach multifaktoriell bedingt und durchgehend Ausdruck einer organischen Ursache, welche möglichst kausal behandelt werden muss. Häufig handelt es sich um eine infektiologische Genese. Bei älteren Personen sind beispielsweise Infektionen der Harnwege oder des Respirationstrakts, Elektrolyt- oder Nierenfunktionsstörungen häufig. Ursächlich können neben vielen anderen Auslösern Hirnerkrankungen wie Ischämien oder Demenzerkrankungen, jedoch auch Arzneimittelinteraktionen, Unverträglichkeiten oder stattgehabte Operationen sein. Neben einer internistischen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchung sollten gezielte laborchemische Untersuchungen sowie eine cerebrale Schnittbildgebung erfolgen.

3.5.3 Behandlung

Die Behandlung eines Delirs umfasst nicht-pharmakologische und pharmakologische Strategien. Hierzu gehören an erster Stelle unter anderem Orientierungshilfen (z.B. Datum und Uhrzeit mitteilen, Armbanduhren beim Patienten belassen, Fotos von Angehörigen aufstellen etc.), Herstellung einer ruhigen Umgebung und klaren Ansprechpersonen, gezielte Mobilisierung und Aktivierung, Sicherstellen eines Schlaf-

Wach-Rhythmus sowie ausreichende Beleuchtung. Besteht eine Indikation zur medikamentösen Behandlung, sollten niedrigpotente, nebenwirkungsarme oder niedrigdosierte atypische Antipsychotika wie Risperidon eingesetzt werden (jeweils Off-Label). Haloperidol stellt den Goldstandard in der medikamentösen Behandlung dar.

Fallbeispiel

Der Rettungsdienst wird in den frühen Morgenstunden von einer besorgten Nachbarin zu einer 78-jährigen Frau gerufen, die durch die Hilfskräfte im reduzierten Allgemein- und Pflegezustand im Vorgarten des Mehrfamilienhauses angetroffen wird. Durch die Nachbarin war zu erfahren, dass die Frau bereits seit einigen Stunden unruhig im Hausflur auf- und abgegangen sei, immer wieder an Wohnungstüren geklopft und nach ihrem Mann gerufen habe. Dieser sei jedoch im Vorjahr verstorben. Die Frau macht auf die Hilfskräfte einen verwirrten und desorientierten Eindruck. Ein geordnetes Gespräch gelingt nicht, die Frau verkennt ihre Nachbarin zwischenzeitlich als eine entfernte Verwandte. Nach anfänglicher Ablehnung eines Transports in die nächstgelegene Klinik willigt die Frau letztlich nach gemeinsamer Überzeugung der Hilfskräfte und der Nachbarin in eine Behandlung im Krankenhaus ein. Nach Rücksprache mit der Klinik wird klar, dass die Frau erst zwei Tage zuvor aus einer Krankenhausbehandlung entlassen wurde, wo sie sich aufgrund eines Sturzereignisses befunden hatte.



Psychopathologie kompakt: Delirantes Syndrom

- *Vigilanz-, Orientierungs- und Gedächtnisstörungen,*
- *Wahn, Verkennung, Aggressivität*
- *Unruhe, Störung des Tag-/Nachtrhythmus*
- *plötzliches Auftreten und fluktuierender Verlauf.*



Vorgehen im Notfall

- stationäre Behandlung zur Diagnostik und Behandlung initiieren
- im Zweifel Unterbringung erwägen
- wenn möglich, nicht-medikamentöse Maßnahmen bevorzugen



Delirante Syndrome sind Ausdruck einer unspezifischen Reaktion des Gehirns auf pathologische körperliche Zustände. Daher steht an erster Stelle nicht die Symptomkontrolle, sondern die weitere diagnostische Zuordnung, um Exsikkose, Infekte oder Elektrolytverschiebungen erkennen und behandeln zu können.