

## 2 Notfallintervention – Der Erstkontakt

W. Jordan

### 2.1 Syndromlehre – Der diagnostische Blick

#### 2.1.1 Diagnosestellung

Das psychiatrisch-psychotherapeutische Erstgespräch dient der Erhebung der Anamnese, der Erfassung des psychopathologischen Befundes sowie dem Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung. Es besteht aus einem eher offen geführten Eingangsteil, bei dem der Patient die Ausprägung und Entstehung der aktuellen Beschwerden, Symptome beschreibt und dabei seine persönliche Sicht hinsichtlich Gewichtung und innerer Zusammenhänge einbringen soll. Der zweite Teil wird strukturierter durchgeführt und stellt eine Exploration im eigentlichen Sinne dar (Kap. 1.4). In diesem Teil wird versucht, mögliche Auslösefaktoren am Geschehen zu erkennen, inhaltlich werden wichtige persönliche Bindungen, gegenwärtige Beziehungen, die familiäre, soziale und berufliche Konstellation einschließlich möglicher Probleme sowie bisherige Vorbehandlungen, psychiatrische und somatische Vorerkrankungen und psychiatrische Erkrankungen in der Familie beleuchtet. In Abhängigkeit von der psychiatrischen Notfallsituation oder dem Störungsbild ist die Anamnese auf die aktuellen Hauptbeschwerden und die Fremdanamnese zu beschränken. Für die Diagnosestellung sind sämtlich beobachtbare Auffälligkeiten im Verhalten und Erleben des Betroffenen gleichwertig dem gesprochenen Wort. Das eigene Erleben, die Reaktion des Behandlers auf den Patienten, ist als ergänzendes diagnostisches Instrument bewusst zu nutzen (Kap. 1.4). Die genaue Erfassung und exakte Beschreibung des psychopathologischen Befundes kann als Kernstück der

psychiatrischen Diagnostik angesehen werden, da einzelne Symptome oft pathognomisch auf die zugrundeliegende Erkrankung, das übergeordnete Syndrom hinweisen. Mit einer sorgfältigen klinisch-neurologischen Untersuchung werden organische Verursachungen einer psychischen Auffälligkeit ausgeschlossen, ggf. wird diese von einer laborchemischen und apparatetechnischen Diagnostik ergänzt. Eine weitergehende Psychometrie kann im psychotherapeutischen Setting, v. a. stationär oder teilstationär, zur Objektivierung psychischer Symptome oder besonderer Persönlichkeitsakzentuierungen durchgeführt werden (► Abb. 2.1).

**M!**

#### Merke

Die Diagnosestellung geht vom einzelnen (Haupt-)Symptom über einen Symptomenkomplex zum Zielsyndrom unter Beachtung von Verhalten, Erleben, Übertragung und Gegenübertragung.

In der weiterführenden Therapie sollte versucht werden, die eingangs formulierte Arbeitshypothese zu widerlegen, um einen offenen diagnostischen Blick zu behalten.

#### 2.1.2 Pathognomische Psychopathologie

Zu einer sorgfältigen psychopathologischen Untersuchung gehört die Erfassung der Bewusstseinslage, der Orientierung, der kognitiven Funktionen, des formalen und inhaltlichen Denkens, der Wahrnehmung, der Ich-Funktionen, der Affektivität,

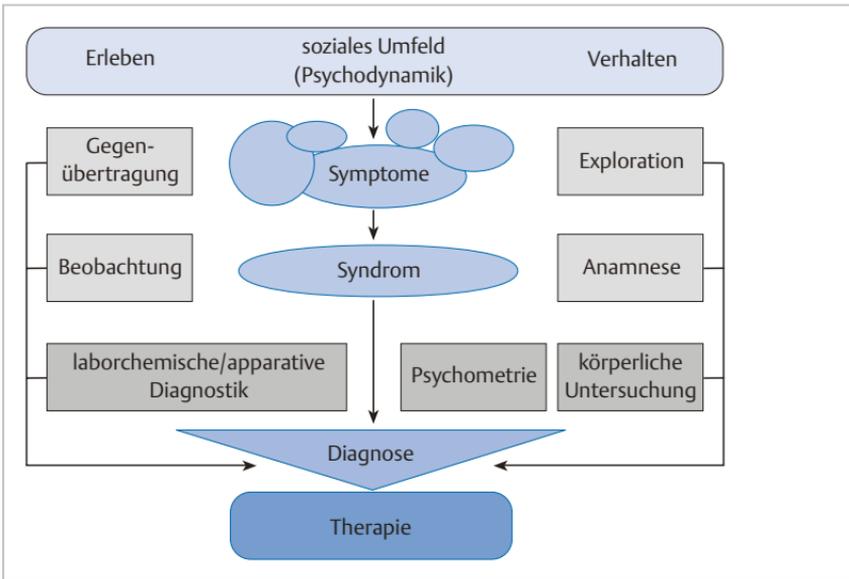


Abb. 2.1 Diagnosestellung.

der Psychomotorik und vegetativer Funktionen, einschließlich circadianer Besonderheiten. Mit einem genauen diagnostischen Blick und einer differenzierten Zuordnung eines auffälligen Merkmals zur richtigen Terminologie im psychopathologischen Befund ist die Unterscheidung auch schwer abgrenzbarer Störungsbilder möglich (► Tab. 2.1):

Bei der **Ideenflucht** ist der inhaltliche Zusammenhang der sprachlichen Ausführungen gelockert, aber für den Untersucher noch nachvollziehbar. Der Gedankengang wird durch dazwischenkommende Assoziationen unterbrochen, wobei der rote Faden erkennbar bleibt. **Zerfahrenes oder inkohärentes Denken** hingegen lässt zunächst für den Untersucher keinen logischen oder emotional verständlichen Zusammenhang erkennen [Je besser der Untersucher den Patienten kennt, umso

mehr wird er seine Äußerungen nachvollziehen können.]. Der Satzbau und die Grammatik können sich bis zum vollständigen Sprachzerfall auflösen, so dass nur noch Kauderwelsch verstanden wird. Die Differenzierung zwischen diesen beiden formalen Denkstörungen erlaubt eine diagnostische Zuordnung eher zur Manie oder eher zu einer Schizophrenie bzw. einer organischen Psychose.

Die Diagnose einer Schizophrenie sollte nur gestellt werden, wenn neben den akustischen Halluzinationen (üblicherweise dialogisierende, kommentierende, imperative Stimmen) auch typische **Ich-Störungen** (Gedankeneingebung, Gedankenentzug, -ausbreitung, Gedankenlautwerden, Fremdbeeinflussungserleben) und **Affektstörungen** (Parathymie = inadäquater Affekt, Ambivalenz, Autismus) vorliegen.

Tab. 2.1 Psychopathologischer Befund und Störungsbild.

Symptom	Syndrom, Diagnose
Ideenflucht	Manie
Zerfahrenheit, Inkohärenz	Schizophrenie, organisch
Paranoid-halluzinatorisches Erleben	Paranoid-halluzinatorische (PH)-Psychose
Paranoid-halluzinatorisches Erleben + Ich-Störungen	Schizophrenie
Paranoid-halluzinatorisches Erleben + Affektstörungen	Schizophrenie
akustische Halluzinationen	PH-Psychose, Schizophrenie
optische Halluzinationen	organisch, medikamentös
gustatorische Halluzinationen	Epilepsie
Affektlabilität	bipolar, Depression, psycholabile Menschen, Demenz
Affektinkontinenz	hirnorganisch, Demenz
Weitschweifigkeit	hirnorganisch, Persönlichkeitsstörung

**Halluzinationen** sind Wahrnehmungen bei fehlendem äußeren Sinnesreiz, die auf jedem Sinnesgebiet (akustisch, optisch, olfaktorisch, taktil, gustatorisch) auftreten können. Akustische Halluzinationen sind eher typisch für die paranoid-halluzinatorische Psychose oder Schizophrenie und seltener bei organisch begründbaren Psychosen (z. B. Alkoholentzugsdelir, -halluzinose). Optische Halluzinationen hingegen sind weit typischer für organische Psychosen (z. B. Alkoholentzugsdelir, Drogen, medikamentöse Intoxikationen) als für die Schizophrenie.

**Affektlabilität** ist ein schneller Stimmungswechsel durch Anstoß von außen oder scheinbar spontan bei innerer Beschäftigung mit einem emotionalen Thema. Die affektive Ablenkbarkeit ist vergrößert. Affektlabilität kommt bei habituell emotional instabilen Menschen oder bei manisch-depressiven Mischzuständen vor. Die erhöhte Auslenkbarkeit in die depressive Richtung kann auf eine Depression hinweisen. Wenn Affekte bei nur geringem

Anstoß überschießen und nicht beherrscht werden können, mitunter auch sehr ausgeprägt sind, liegt eine **Affektinkontinenz** vor. Diese weist oft auf eine hirnorganische Symptomatik hin.

## Fallbeispiel

**B**

### Affektinkontinenz

Ein altersdemenzkranker Patient beginnt unvermittelt zu weinen, als er nach dem Namen seiner Ehefrau gefragt wird.

Ein **weitschweifiger Gedankengang**, bei dem der inhaltliche Zusammenhang gewahrt bleibt, kann Ausdruck einer Persönlichkeitsstörung (z. B. narzisstisch) bei Angst vor Kontaktabbruch sein oder bei dem Unvermögen, Wesentliches von Nebensächlichem zu trennen, auf eine kognitive Störung bei einer hirnorganischen Beeinträchtigung hinweisen.

## 2.1.3 Pathognomische Neurologie

Eine sorgfältige klinisch-neurologische Untersuchung beinhaltet die Inspektion und Palpation des Kopfes, die Prüfung der Hirnnerven, die Erhebung des Reflexstatus, die Prüfung der Motorik mit Inspektion, Erhe-

bung von Muskeltonus, -kraft und Hyperkinesen, Prüfungen der Koordination und Sensibilität sowie eine orientierende vegetative Funktionsprüfung. Die neurologischen Kenntnisse helfen, psychogene Störungen von somatischen Erkrankungen abzugrenzen (► Tab. 2.2).

Tab. 2.2 Diagnostische Unterscheidung psychogener und somatischer Störungen.

Kriterium	psychogen	organisch
<b>Störung: Anfallsleiden</b>		
Augenweite	häufig geschlossen	zumeist geöffnet
Pupillenreaktion	zumeist erhalten, Kornealreflex (Blinzelreflex)	oft nicht vorhanden, lichtstarre Pupille oder Blickdeviation bei komplexfokalem Anfall
Pupillenweite	Normalweite bis Mydriasis	Mydriasis
Motorik	Pseudokloni, Zittern, Schütteln	rhythmische Kloni
Dynamik der Motorik	hypomotorisch (Verharren ohne Reaktion mit geschlossenen Augen) oder hypermotorisch (mit irregulären Bewegungen aller Extremitäten, wechselnde Amplitude und Frequenz), Zubodensinken, Vermeiden ernsthafter Verletzungen	Amplitudenzunahme, Frequenzabnahme, Sturz
Besonderheiten, Begleitsymptome	zeitlicher Zusammenhang zu belastend empfundenem Ereignis	evtl. Aura, Zungenbiss, Einnässen, Einkoten bei Grand Mal, Hypersalivation, Blutdruck-erhöhung oder Zyanose
Bezug zum Schlaf	nie direkt aus dem Schlaf	auch aus dem Schlaf heraus
Dauer	zumeist mehrere (>5) Minuten	1–2 Minuten, bei Status länger
Laborwerte	Prolaktinerhöhung möglich durch Reiben der Arme über die Brust, durch Antipsychotika, bei Sturz leichter (2 x) CK-Anstieg möglich	Prolaktinerhöhung im Serum 15–30 Minuten postiktal, NSE-, CK-Erhöhung bei Grand Mal

Fortsetzung ►

Tab. 2.2 Fortsetzung		
Kriterium	psychogen	organisch
EEG	Normales EEG	epilepsietypische Muster im EEG
<b>Weitere Störungen</b>		
<b>Bewusstseinsstörung</b>		
	normale Atmung, normaler Kreislauf, regelmäßiges Schlucken, aktiver Widerstand beim Versuch, die Augenlider zu öffnen, normales EEG	okulozephaler Reflex
<b>Sehstörung</b>		
	oft Verlust der Sehschärfe, Abnahme der Tiefenschärfe, Verschwommen- oder Tunnelsehen, gute Raumorientierung, erhaltene Pupillomotorik, erhaltener optokinetischer Nystagmus, unauffällige visuell evozierte Potenziale	vollständige Blindheit, Gesichtsfeldzunahme mit größerer Entfernung bei Vorhandensein von „Tunnelsehen“
<b>Lähmung</b>		
	unauffälliger Muskeltonus, unauffällige Muskeleigenreflexe, demonstrative Kraftanstrengung bei Muskelprüfungen, synergistische Mitinnervation angeblich gelähmter Muskeln bei Ablenkung, gleichzeitige Innervation agonistischer und antagonistischer Muskelgruppen, unauffällige magnetisch evozierte Potenziale	Fortbestehende Lähmung bei Ablenkung oder im Schlaf, Pyramidenbahnzeichen, Muskelatrophie bei längerem Verlauf, sakkadierter Einsatz der Muskelkraft bei inkompletten Lähmungen, Herabfallen der Extremität der Schwerkraft entsprechend nach plötzlichem Loslassen bei vorherigem Halten
<b>Sensibilitätsstörung</b>		
	strenge Mittellinienbegrenzung bei halbseitiger Symptomatik, unauffälliges Betasten von Gegenständen trotz Gefühllosigkeit, Fehlantworten bei schnell wechselnder Prüfung zur Stumpf-Spitz-Diskrimination, normale somatosensibel evozierte Potenziale	Abgrenzungsmuster einer radikulären oder peripheren Nervenläsion

M!

## Merke

Eine strukturierte, vollständige Erhebung des neurologischen Befundes wird nicht immer möglich sein. Gerade bei Patienten mit psychomotorischer Erregung wird sie sich zunächst auf das Augenscheinliche, das Wesentliche beschränken müssen.

Erst wenn sich hieraus Verdachtsmomente auf ein ernstes Geschehen ergeben, sind intensivere und ggf. auch in die Persönlichkeitsrechte einschneidende Maßnahmen zur Umsetzung der Diagnostik erforderlich.

2

## Fallbeispiel

### Neurologische „Untersuchung“ eines psychomotorisch erregten Patienten

Der diensthabende Psychiater wird von seiner neurologischen Kollegin um Hilfe bei der klinisch-neurologischen Untersuchung eines psychomotorisch erregten Patienten gebeten. Der Patient begrüßt die beiden Ärzte mit einem rechten Schwinger, den

der Psychiater kommentiert: *„Schau, den rechten Arm kann er schon bewegen.“* Der Psychiater muss einem Schwinger links ausweichen und führt fort: *„Beide obere Extremitäten frei beweglich, Koordination leicht eingeschränkt. Jetzt muss ich mich noch beidseits treten lassen, dann ist die Prüfung der Motorik abgeschlossen.“*

B

## Fallbeispiel

### Notfall-Diagnostik bei nicht einwilligungsfähigem Patienten

Der diensthabende Psychiater wird auf der interdisziplinären Notaufnahmestation von einer Pflegekraft launig begrüßt: *„Da hinten ist Ihr Patient. Sperren Sie den mal gleich in die Psychiatrie.“* Er findet einen erregten, sich lautstark äussernden Patienten am Ende des Flurs. Der Patient trägt einen blutdurchtränkten, notdürftig angelegten Kopfverband und lässt eine klinische Untersuchung nicht zu. Aus dem kurzen Gespräch ergibt sich, dass der Patient beim letzten Bier zu viel Schwung genommen hat und vom Barhocker gestürzt ist. Die Lokalität ist dem Untersucher bekannt. Sie hat einen gut abwischbaren Steinboden. Bei der genaueren Augenscheinnahme entdeckt der Psychiater eine wasserklare

Flüssigkeit im rechten Ohr des Patienten. Er stellt die Verdachtsdiagnose einer lebensgefährlichen Fraktur der Schädelbasis mit Liquorrhoe. Da der psychisch veränderte Patient nicht einwilligungsfähig ist und akute Gefahr im Verzug besteht (s. Kap. 1.10.3), sind die weiteren diagnostischen Maßnahmen gegen den Willen des Patienten über das Notfall-Handeln rechtlich abgesichert. Der Patient wird mit Unterstützung weiterer ärztlicher Kollegen überwältigt und bekommt für die Durchführung einer notfallmäßigen Computertomographie des Kopfes (CCT) ein Kurznarkotikum (Somsanit®). Im CCT zeigt sich eine frische intrakranielle Blutung. Der Patient wird in der Nacht nicht mehr „in die Psychiatrie weggesperrt“, sondern notfallmäßig von den Neurochirurgen operiert.

B