

W. Jordan, A. Heinemann, Alexandra Marx:

**NOTFALLPSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPEUTISCHE
KRISENINTERVENTION**

Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2016. 165 S., € 39,99

ISBN 978-3-13-205221-5

eISBN (PDF) 978-3-13-205231-4

eISBN (epub) 978-3-13-205241-3

Medizinische Notfälle sind nicht so schnell exakt diagnostizierbar und konsequent sowie vor allem erfolgreich behandelbar, wie es gerne in den Medien dargestellt wird, insbesondere in Film- und Fernseh-Serien. Dies betrifft nicht nur die operativen Fächer, dies betrifft auch Fachbereiche, bei denen man sich dramatische Szenen vielleicht denken, aber nicht so recht direkt vorstellen kann. Die Psychiatrie nimmt hier wohl eine Mittelstellung ein. Zum einen haben die meisten wahrscheinlich keinen näheren Kenntnis-Zugang. Zum anderen ggf. solche Informationen, die sich in Presse, Radio und Fernsehen wiederholen – und damit bisweilen recht einseitig.

Gerade seelische bzw. psychosoziale Probleme stellen aber die Betroffenen und ihr näheres Umfeld (Partner, Kinder, sonstige Familienangehörige), oft auch die weitere Umgebung (Nachbarn, Freunde, Bekannte, Arbeitskollegen) und zuletzt selbst die Behörden vor bisweilen erhebliche Probleme. Das findet dann sonderbarerweise nicht einmal ein so großes Echo, obgleich es sich ja gerade hier nicht um Sensationslust, sondern alltags-relevante Informationen handeln könnte, die über einen halbwegs ausreichenden Kenntnisstand präventiv, wenn nicht sogar spontan hilfreich sein könnten.

Wie auch immer: Notfallpsychiatrische Situationen haben ihren besonderen Stellenwert und werden ihn auch behalten. Zu vielschichtig und damit schwer durchschaubar sind die meisten „Fälle“, die im Bereich des akut-psychiatrisch Seelischen irritieren können.

Das geht übrigens so manchen Fach-Angehörigen, seien es Notfallsanitäter, Notärzte, ja psychiatrisch Tätige in den Ambulanzen und Fachkliniken mitunter nicht anders. Es gibt schon ungewöhnliche Situationen, die selbst unter Experten mit Erfah-

rung Erstaunen, wenn nicht gar Fassungslosigkeit auslösen können. Und dies sogar unabhängig von natürlich zusätzlich (lebens-)bedrohlichen Extrem-Situationen gefährlicher Gewalt-Durchbrüche.

Ein solches Beispiel findet sich in dem Taschenbuch von W. Jordan, A. Heinemann und Alexandra Marx von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Magdeburg mit dem Titel *Notfallpsychiatrie und psychotherapeutische Krisenintervention*. Ein nützlicher und zugleich interessanter (und natürlich auch spannender) Fachbeitrag zur Unterstützung aller jener Berufsgruppen, denen in psychiatrischen Notfallsituationen das so genannte „richtige, treffende, konkret akutes Leid reduzierende, wenn nicht gar gewalt-deeskalierendes Handeln aufgetragen wird“. Und dazu gehören auch akut-psychiatrische Situationen, die einem nicht jeden (Dienst-)Tag begegnen. Eine davon findet sich in einem anschaulich dargestellten Fallbeispiel mit dem Titel

Notfall Lächler

Was muss man sich darunter vorstellen? Nachfolgend ein Auszug aus der Tätigkeit eines diensthabenden Psychiaters in einer interdisziplinären Notfallambulanz an einem Universitätsklinikum:

In einem Telefonanruf wurde schon vorwarnend darauf hingewiesen, dass ein „lächelnder Patient“ eingewiesen worden sei. Der Psychiater war mit den meteorologisch-kulturellen Hintergründen der Region gut vertraut. In einer Region, wo es ständig regnet, da lächelt man nicht. Das musste ein Notfall sein.

So begab er sich umgehend von der Poliklinik in die Notfallambulanz. Da lag der Patient auf einer Untersuchungsliege in einem der Behandlungszimmer und starrte lächelnd an die Decke. Der erfahrende Psychiater gab sich aber mit Lächeln nicht zufrieden. Im Gegenteil. Er verlangte vom diensthabenden Pflegepersonal „umgehend Männer vom Wachschatz“. Glücklicherweise wusste auch die Krankenschwester aus eigener Erfahrung, dass man in einer Region, wo es ständig regnet, nicht lächelt. Die Brisanz der Notfallsituation leuchtete ihr sofort ein. Der Wachschatz wurde informiert.

Der Psychiater wies die beiden kräftigen Männer mit den Worten: „Wir haben einen Notfall, einen Lächler“ an, vor der Tür des Behandlungszimmer zu warten. Er begann

die übliche klinisch-neurologische Untersuchung des Patienten: Ansprache – der Patient lächelte, Berührung, Rütteln – der Patient lächelte, Gliedmaßen anheben und bewegen – der Patient lächelte, Schmerzreize setzen – der Patient lächelte, Reflexe mit dem Reflexhammer von oben nach unten auslösen – der Patient lächelte, den Babinski-Reflex durch Kratzen an der seitlichen Fußsohle überprüfen – – der Patient stand senkrecht auf der Untersuchungsliege und tobte.

Der Wachschutz wusste jetzt, wofür er gebraucht wurde. Gemeinsam wurde der Patient „beruhigt“, bekam eine psychiatrische Notfallmedikation und wurde auf eine geschlossene Station verlegt.

Erklärung: Es handelte sich um eine so genannte katatone Schizophrenie mit Mutismus und Flexibilitas cerea, die plötzlich in einen Raptus mit hoch aggressivem Verhalten umschlagen kann – und hier auch „unschlagbar“ sein kann. Vorbeugend hatte der erfahrende Diensthabende deswegen den Wachschutz angefordert, und zwar nicht nur zu seiner Sicherheit, auch der aller(!) Mitarbeiter im näheren Umfeld. Nur professionell Tätige in diesem Bereich wissen, wie sich so etwas explosiv auswirken kann.

Was besagen die Fachbegriffe im Einzelnen (siehe Kasten):

- **Katatone Schizophrenie:** psychisches Krankheitsbild, das früher häufiger vorgekommen sein soll. Vor allem charakterisiert durch eine Störung der Psychomotorik, insbesondere der so genannten Willkür-Bewegungen. Zwei Verlaufsformen:

1. *Katatoner Stupor (Sperrungszustand):* erstarrt wie eine Statue, keine Reaktion, keine Antwort, völlig auf sich selber zurückgezogen (muss ggf. gefüttert werden). Dabei offenbar hellwach.

Weitere mögliche Symptome neben dem erwähnten Mutismus (s. u.): Katalepsie (übermäßig langes Verharren einer einmal eingenommenen Körperhaltung mit Erhöhung der Muskelspannung), Echolalie (klangliches Nachsprechen von Worten und Sätzen), Echopraxie (Nachahmen von Bewegungen anderer), Echomimie (automatenhafte Nachahmung der Mimik und Gebärden anderer, z. B. des Untersuchers). Gelegentlich Sinnestäuschungen, Gefühls- und Denkstörungen.

Stereotypie (Erstarrung einzelner Verhaltensweisen, Gesten, Bewegungen, aber auch Formulierungen), Manierismen (sonderbare, verschrobene Änderungen im Ausdrucksverhalten, d. h. Mimik, Gestik, Sprache bis hin zu bizarren, wenn nicht umfeld-riskanten Reaktionen) sowie *Flexibilitas cerea* (s. u.).

2. *Katatoner Erregungszustand*: schwere seelisch-körperliche Erregung mit ggf. sinnlosem und kräfte-zehrendem Um-sich-Schlagen, riskant für das Umfeld, aber ggf. für den Patienten selber (unerwartete und brutale Selbstverletzungen bis hin zur Selbsttötungsversuchen).

Dauer: früher Tage bis Wochen, wenn nicht gar Monate. Heute in der Regel medikamentös schnell(er) durchbrechbar. Manchmal auch schneller Wechsel von Sperrungs- und Erregungszuständen. Früher häufiger die Gefahr einer lebensbedrohlichen Steigerung (Stichworte: febrile oder perniziöse Katatonie) mit Herzrasen, erhöhter Körpertemperatur u. a.

Ursachen: meist katatonische Schizophrenie, aber auch organische Erkrankungen (z. B. Infektionskrankheiten, Hirntumore) und ggf. schwere depressive Zustände.

Therapie: vor allem hochpotente und ggf. zusätzlich niederpote Neuroleptika (antipsychotisch wirkende Arzneimittel), in Extremfällen auch die mitunter lebensrettende Elektrokrampfbehandlung.

- **Mutismus**: krankhafte Sprechunfähigkeit, d. h. Stummheit bei intaktem Sprachvermögen und unauffälligen Sprechorganen. Vielfältige Ursachen. Beispiele: psychogen (rein seelisch ausgelöst, früher als „neurotisch“ bezeichnet); aber auch Sprachentwicklungs-Verzögerung, Ängstlichkeit (Kinder), familiäre, kulturelle, traumatische Ursachen. Möglich auch bei Demenz, hirnanorganischen Störungen, Autismus, Depression, katatoner Schizophrenie u.a.m.
- **Flexibilitas cerea**: wachsartige Biegsamkeit von Armen und/oder Beinen, wobei die einmal eingenommene bzw. vom Untersucher vorgegebene Körperstellung unverändert beibehalten wird (Haltungsverharren, auch als so genannte Haltungstereotypie bezeichnet). Die Glieder können passiv verändert werden, wo-

bei aber ein mäßiger, auf jeden Fall überwindbarer Widerstand zu spüren ist (wie bei einer wächsernen oder Draht-Gliederpuppe).

Vorkommen: katatone Schizophrenie, aber auch organische Hirnerkrankungen und Hypnose.

- **Raptus:** plötzlicher, mitunter überfallartiger Erregungszustand (früher „gewalttätiger Anfall von Wahnsinn“ genannt), meist unprovziert und aus einem Zustand der Ruhe heraus mit Aufspringen, Schreien, Umherlaufen, Toben, mit gezieltem und direktem Um-sich-Schlagen, d. h. fremd-aggressivem, aber auch selbst-aggressivem Risiko-Verhalten.

Vorkommen: in gewalttätiger Form meist bei (katatoner) Schizophrenie, möglich aber auch schweren depressiven Zuständen (zuerst regungslos im Bett, plötzlich ans Fenster...); ggf. auch bei manischen und hysterischen Erregungszuständen.

Therapie: wenn nicht anders möglich hoch- und niederpote Neuroleptika (antipsychotisch und dämpfend wirkende Psychopharmaka).

Glücklicherweise sind solche Extrem-Zustände und damit auch gesundheitlichen Risiken, und zwar nicht nur für den Patienten, eher selten. Doch es bedarf einer fundierten Erfahrung, eines gründlichen, vor allem diagnostischen Wissens von Psychopathologie, Nosologie und insbesondere akut-psychiatrischen Risiko-Konsequenzen – und damit nicht nur Erfahrung (die sich zugegebenermaßen erst langsam, weil fallbezogen einstellt), sondern auch einer erst mal angelesenen, aber gründlichen theoretischen Kenntnis.

Dafür gibt es in den letzten Jahrzehnten eine Reihe von Fachbüchern, die alle ihre Schwer- und Schwachpunkte haben, ihre methodischen und didaktischen Vorzüge und Nachteile – vor allem, und zwar grundsätzlich ihre Berechtigung. Der derzeit wohl neueste Vertreter dieser unverzichtbaren akut-psychiatrischen Informations-Vermittler auf seelischem Gebiet ist die erwähnte *Notfallpsychiatrie und psychotherapeutische Krisenintervention*. Ein inhalts-dichtes Wissens-Angebot, nicht nur inhaltlich, auch vom Layout her. Das liest sich bisweilen recht anstrengend, und zwar

sowohl inhaltlich als auch von der bildlichen Darstellung her. Eine „Notfallpsychiatrie“ ist aber keine Lektüre für Mußestunden, sondern ein Akut-Hilfsmittel für Akut-Situationen, und da braucht es schnörkellose, dafür aber treffende Anleitungen. Das ist gelungen.

Interessant aber neben den bisweilen schon dramatischen Akut-Situationen (einen katatonen Raptus im Allgemeinen und einen „Lächler“ im Speziellen gibt es allerdings auch nicht alle Tage) ist im vorliegenden Nachschlagewerk ein zusätzlicher Schwerpunkt, nämlich die so genannte *psychotherapeutische Krisenintervention*. Denn – wie erwähnt – vieles, wenn nicht gar das meiste, spielt sich in der „Seelenheilkunde“ tatsächlich überwiegend „innerseelisch“ ab, d. h. nach außen fällt oft gar nichts oder nur wenig auf. Und trotzdem nimmt die Zahl der entsprechenden Notfälle zu, weshalb hier viel Wert auf Beziehungsaufbau, Gesprächsführung und entsprechende psychotherapeutische Techniken gelegt wird. Beispiele: zirkuläres Fragen, sokratischer Dialog, motivierende Gesprächsführung, körperorientierte Techniken (Grounding, Atemübung, Bodyscan, Haltekontakte, Körperressourcen usw.); ferner imaginative Verfahren, Rollenspiel und illustrative Techniken, Umgang mit Alpträumen u.a.m.

Kurz: Ein interessantes Angebot, das die inzwischen immer breiter werdenden diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten aufzeigt, und zwar nicht nur für eine psychiatrische Notfallsituation, die sich nach außen dramatisch explosiv äußert, sondern belastend bis qualvoll nach innen, gleichsam stumm und trotzdem zermürbend bis (suizid-)riskant. Ein informations-dichtes Lehr- und konkretes Praxis-Taschenbuch für die gesamte Breite seelischer Not. Und die nimmt nicht nur zu, sondern stellt sich auch vielfältiger dar als man auf den ersten Blick registriert (VF).