# Akuter psychomotorischer Erregungszustand

## Definition

Psychomotorische Störung mit Gefahr von tätlicher Aggression bei akuten psychotischen oder affektiven Störungen, bei Delir, organischen und substanzinduzierten Störungen, oft Verbindung mit antisozialer Persönlichkeitsstörung.

☞ Leitsymptome

* **zunehmende Angst- und Spannungsgefühle**(z.B. Ballen der Fäuste, starre Haltung, Kurzatmigkeit, Herzrasen, Schwitzen)
* **verbale Aggression** (Schimpftiraden, Drohungen, Pat. „steigert sich hinein“)
* **motorische Unruhe** (Umherlaufen, Drohgebärden, Treten gegen Türen etc.)

### Differentialdiagnose psychomotorischer Erregtheit

**akute psychotische Störung**

(Manie, Schizophrenie)

**typische Symptome**

überschießende, inadäquate Affekte, massive Angst

Wahrnehmungsstörungen, Denkstörungen

intakte Orientierung

**organisch bedingte Störungen**

hirnorganisch: Enzephalitis, partiell-komplexe Epi, Tu, ICB, SHT

endokrin: Hyperthyreose, Hypoparathyreoidismus

metabolisch: Hypoxämie, Urämie, Hypoglykämie, hepatische Enzephalopathie

**typische Symptome**

Bewusstseinsstörungen, Orientierungsstörung, Hyperreflexie, Nystagmus, Ataxie, Dysarthrie, Tremor

Elektrolytstörung, kardiale Störungen, Infektionszeichen

**substanzinduzierte Störung**

Intoxikation: Halluzinogene, Stimulantien, Steroide, Atropin, L-Dopa, Isoniazid, Disulfiram, trizyklische Antidepressiva

Entzug: Alkohol, Tranquilizer, Barbiturate

**typische Symptome**

wechselnde Bewusstseinsstörungen, Orientierungsstörung, optische Halluzinationen

vegetative Symptome (Schwitzen, Tachykardie)

Pupillenveränderungen, Hyperreflexie, Ataxie, Dysarthrie, Tremor

### Persönlichkeitsstörung

**typische Befunde**

intakte Orientierung, keine Wahrnehmungs- oder Denkstörungen

anamnestisch Impulskontrollstörung, Substanzmissbrauch, Delinquenz

## Patienten Management

**akuter psychomotorischer Erregungszustand ist medizinischer Notfall**

bei Aufnahme anwesende Exekutive und Sanitäter NICHT wegschicken!!

Exekutive muss zur sicheren Fixierung mithelfen 🡺 Gefahrenabwehr

### Verhalten

physisch und psychisch **Abstand halten!**

Exploration nur in Anwesenheit Dritter

Kommunikationsstil sachlich, höflich, nicht argumentieren, nicht provozieren

**Grenzen setzten**, klar und deutlich sagen, dass Gewalttätigkeiten nicht toleriert werden und Konsequenzen nach sich ziehen 🡺 Fixierung, Sedierung

den Pat. immer alle Schritte **sachlich erklären** aber nicht darüber Verhandeln

Beispiel: Wahlmöglichkeit der Applikation der Medikation anbieten (p.o. oder i.v.) aber keine Diskussion darüber, ob Medikamente oder nicht.

Aufnahme ausschließlich PSY - Intensiv

bei tätlicher Aggression vor / bei Aufnahme, drohendem Verhalten, Verweigerung von sedierender Medikation 🡺 Fixierung 🡺 SOP Beschränkungsmaßnahmen

**§** Unterbringung, Fixierungsmeldung

🗎 UbG-Gutachten / UbG-Beschränkung

*Laufwerk: \\“wegrfsoffice“\Psychiatrie\Formulare\UbG*

Untersuchungen vor/bei Therapiebeginn:

RR, Puls, Temp, somatischer Status (Verletzungen, Einstiche)

neurologischer Status (Pupillen, Nystagmus, Reflexe)

Labor: Alkoholkonzentration/S, Drogennachweis/U, Aufnahme-Standard

EKG 🡺 wenn möglich vor Antipsychotikagabe / unbedingt vor Haldol i.v.

Intensivpflege

physische Ruhigstellung (Fixierung)

venöser Zugang (Venflon)

ev. Urosan/Harnkatheter (Flüssigkeitsbilanz)

🖳 Monitor (pO2,EKG)

### Basistherapie

#### **Lorazepam**

= Temesta® Expidet 2,5mg / Tbl. 1 mg / Amp. 2 mg

Expidet 2,5 mg p.o. oder 2 mg (langsam) i.v.

bis zur Sedierung maximal 2mal alle 15 min wiederholen

🖳 **Monitor: pO2** bis zum Abklingen starker Sedierung

💣 **Kontraindikation:** Alkoholintoxikation oder unklare Bewußtseinsstörungen

🕱 **Überdosierung:** Atemdepression 🡺 Anexate (Flumazenil) i.v.

🖐 keine Tranquilizer bei Alkoholintox. oder unklaren Bewusstseinsstörungen!

#### **Haloperidol**

= Haldol® Amp 5 mg/ml / Tbl zu 1 mg, 10 mg, Lsg 2mg/ml

initial 5 bis 10 mg p.o., (i.m.) 1 – 2 x nach 30 min wiederholen

🖐 EPS in > 10% aller Patienten! Gegenmaßnahmen vorbereiten:

*akute Dyskinesien:* Mund-, Zungenmuskulatur, oculogyre Krisen, Torticollis

Tx: Akineton (Biperiden) 2 mg i.v., maximal 3 mal im Abstand von 10 min

*akute Akathisie:* quälender, nicht beherrschbarer Bewegungsdrang

Tx: Inderal (Propanolol) 2 x 5 mg bis 4 x 10 mg / die p.o.

Lorazepam (Temesta) 1 -2 mg p.o. maximal 2 mal binnen 20 min

💣 i.v. Gabe ist dosisabhängig mit höheren Risiko für QT – Verlängerung, Torsades des pointes (TdP) und plötzlichem Tod verbunden (auch in Fällen ohne prädisposierenden Faktoren)

🖐 besondere Vorsicht bei der Verwendung von allen Formulierungen von
Haloperidol bei folgenden Patienten mit:

* **Herzerkrankungen**, Long QT, Synkopen, Bradykardie < 55/min, QTc > 450 ms
* **andere Ursachen** für QT🡹 wie Elektrolytstörung (K 🡻, Mg 🡻) Hypothyreoidismus, Diabetes, Adipositas,
* **Medikamente** die das QT Intervalls verlängern können 🡺 **www.azcert.org**

EKG (Extremitätenableitung genügt) vor i.v.-Gabe unbedingt notwendig

***8tung!*** *Haloperidol ist für i.v.-Gabe nicht mehr zugelassen 🡺 EKG Dokumentation!*

#### **Aripiprazol**

= Abilify® 7,6 mg/ml in Amp zu 9,75 mg(=1,3ml) **nur i.m.**

Schmelztabletten ODT zu 10, 15, 30 mg; Tbl zu 5, 10, 15, 30 mg

initial 10 bis 15 mg p.o., (= 1 Amp i.m.) max. 2 x täglich (20 bis 30 mg /Tag)

lange t½, steady state nach 16 Tagen; nach 3 – 5 Tagen Dosis reduzieren

Zieldosis 10 mg / Tag (Plasmaspiegelbestimmung!)

🖐 EPS möglich, Gegenmaßnahmen vorbereiten:

*akute Akathisie:* quälender, nicht beherrschbarer Bewegungsdrang

Tx: Inderal (Propanolol) 2 x 5 mg bis 4 x 10 mg / die p.o.

Lorazepam (Temesta) 1 -2 mg p.o. maximal 2 mal binnen 20 min

🖐 keine Sedierung durch Aripiprazol 🡺 Kombination mit BDZ (Lorazepam)

#### **Olanzapin**

= Zyprexa® 10mg / 2 ml Injektionslösung **nur i.m.**

Velotab Schmelztabletten zu 5, 10, 15, 20 mg; Tbl zu 2,5, 5, 10, 15, 20 mg

initial 10 mg p.o., (= 2 ml i.m.) max. 2 x täglich (20 mg /Tag)

bei stark agitierten Pat., starken Rauchern bis 30 mg / Tag nur p.o.

🖐 EPS möglich, Gegenmaßnahmen vorbereiten:

*akute Dyskinesien:* Mund-, Zungenmuskulatur, oculogyre Krisen, Torticollis

Tx: Akineton (Biperiden) 2 mg i.v., maximal 3 mal im Abstand von 10 min

*akute Akathisie:* quälender, nicht beherrschbarer Bewegungsdrang

Tx: Inderal (Propanolol) 2 x 5 mg bis 4 x 10 mg / die p.o.

Lorazepam (Temesta) 1 -2 mg p.o. maximal 2 mal binnen 20 min

🖐 Hypotonie möglich, Gegenmaßnahmen vorbereiten

💣 i.m. Gabe nicht innerhalb von 1 h mit i.m. BDZ kombinieren

🖳 **pO2** bis zum Abklingen starker Sedierung

#### **Risperidon**

= Risperdal® Lösung 1mg/ml p.o.

Quicklett Schmelztabletten zu 1 und 2 mg; Tbl zu 1, 2, 3, 4 mg

initial 2 – 4 mg p.o., 2 x täglich, maximal 4 – 6 mg /Tag

🖐 EPS möglich, ab 4 mg wahrscheinlich, Gegenmaßnahmen vorbereiten:

*akute Dyskinesien:* Mund-, Zungenmuskulatur, oculogyre Krisen, Torticollis

Tx: Akineton (Biperiden) 2 mg i.v., maximal 3 mal im Abstand von 10 min

*akute Akathisie:* quälender, nicht beherrschbarer Bewegungsdrang

Tx: Inderal (Propanolol) 2 x 5 mg bis 4 x 10 mg / die p.o.

Lorazepam (Temesta) 1 -2 mg p.o. maximal 2 mal binnen 20 min

🖐 Hypotonie möglich, Gegenmaßnahmen vorbereiten

🖳 **EKG** bei Hypotonie, Tachycardie