



K. Ernst

Praktische Klinikpsychiatrie

für Ärzte und Pflegepersonal

Unter Mitarbeit von Cécile Ernst

Springer-Verlag
Berlin Heidelberg New York 1981

Prof. Dr. Klaus Ernst

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Lenggstraße 31, CH-8029 Zürich 8

ISBN-13: 978-3-540-10783-5 e-ISBN-13: 978-3-642-96649-1
DOI: 10.1007/978-3-642-96649-1

CIP-Kurztitelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Ernst, Klaus

Praktische Klinikpsychiatrie für Ärzte und Pflegepersonal/ K. Ernst. Unter Mitarb.
von Cécile Ernst. – Berlin; Heidelberg; New York: Springer, 1981.

ISBN-13: 978-3-540-10783-5

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdruckes, der Entnahme von Abbildungen, der Funksendung, der Wiedergabe auf photomechanischem oder ähnlichem Wege und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Die Vergütungsansprüche des § 54, Abs. 2 UrhG werden durch die ‚Verwertungsgesellschaft Wort‘, München, wahrgenommen.

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 1981

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, daß solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

2125/3140-543210

Unserem Lehrer Manfred Bleuler
verdankt dieses Buch sein Fundament
und unseren Kollegen
Jules Angst und Ambros Uchtenhagen
das Klima der Zusammenarbeit,
das seine Entstehung ermöglichte.

Vorwort

Dieses Buch legt Ärzten, Schwestern, Pflegern und den anderen therapeutisch tätigen Klinikmitarbeitern Empfehlungen für ihre tägliche Arbeit vor. Es erteilt Ratschläge, die der Leser als einzelner sofort anwenden kann. Die organisatorischen Verhältnisse, wie sie an den meisten Kliniken bestehen, werden als Hintergrund dargestellt und in der Hauptsache so genommen, wie sie sind. Auf Verbesserungen, die des Zusammenwirkens vieler Personen während längerer Zeit bedürfen, wird zwar gelegentlich hingewiesen, eine systematische Darstellung dieses Gebietes ist aber nicht beabsichtigt.

Diese Beschränkung hat ihren Grund. Es gibt heute unzählige ausgezeichnete Arbeiten über die wünschbare *Struktur* der psychiatrischen Institutionen. Wesentliches hierzu enthält die große Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik. Als praxisorientiertes Gemeinschaftswerk sei die von F. Reimer herausgegebene *Krankenhauspsychiatrie* genannt. Eine umfassende Übersicht über die Möglichkeiten und Grenzen der psychiatrischen Institutionen enthält das grundlegende Werk von Ch. Müller.

Auf der anderen Seite finden die Fragen des *Umgangs* mit den Kranken und die ärztlichen und pflegerischen *Problemsituationen*, denen wir innerhalb aller klinischen Organisationsformen begegnen, bisher wenig gezielte Aufmerksamkeit. *In der vorliegenden Darstellung erhalten deshalb diejenigen Fehler und Unterlassungen die Priorität, welche am häufigsten vorkommen, welche die erheblichsten Folgen nach sich ziehen oder welche die am schwersten Erkrankten betreffen.* Denn Strukturverbesserungen vermögen zwar das Arbeitsklima für das ärztliche und pflegerische Personal tiefgreifend zu beeinflussen, sie reichen aber allein nicht hin, um für die Kranken eine wesentlich bessere Behandlung zu gewährleisten. Diese wird

VIII Vorwort

erst dort verwirklicht, wo der einzelne Klinikmitarbeiter im Alltag *die Kunst des Möglichen* pflegt.

Die Empfehlungen ergeben insgesamt *kein Kompendium* zur Einführung in die klinische Psychiatrie. Sie bieten auch keine detaillierten technischen Anleitungen, wie sie in den hausinternen Merkblättern der Institutionen ausreichend vorhanden sind. In diesem Sinne ersetzen sie kein Nachschlagewerk. Hingegen können alle Kapitel mit oder ohne Zuhilfenahme des Stichwortregisters unabhängig voneinander gelesen werden, wenn man Anregungen zur Bearbeitung bestimmter Probleme sucht.

Unter den Lehrbüchern basiert die vorliegende Darstellung auf demjenigen von E. und M. Bleuler, deren Schule der Autor dankbar verbunden ist. In die allgemeine Psychopathologie führt das Werk von Ch. Scharfetter, in die psychiatrische Untersuchungstechnik der praktische Leitfaden von H. Kind den Arzt ein. Dem Pflegepersonal stehen die übersichtlichen Lehrmittel von H. Barz und von M. Rave-Schwank und C. Winter-von Lersner zur Verfügung. Spezialisierte Klinikmitarbeiter wie Ergotherapeuten, Sozialarbeiter und Psychologen besitzen ihre berufs eigenen Lehrmittel und Unterlagen. Die Besonderheiten ihrer Arbeit werden hier nur kurz beschrieben, während die Grundsätze ihres Handelns zusammen mit denjenigen der anderen klinischen Berufsgruppen angesprochen werden.

Die Kliniken, für die alles folgende gilt, sind *Regionskliniken*, also mittlere oder große psychiatrische Krankenhäuser oder Universitätskliniken mit einem umfassenden Versorgungsauftrag für ein klar abgegrenztes geographisches Gebiet. Eine derartige Institution hat Kranke aller psychiatrischen Diagnosen und Schweregrade notfallmäßig aufzunehmen und solange wie nötig stationär zu behandeln. Sie verfügt nicht über die Möglichkeit, entlassungsunfähige chronisch kranke und alternde Patienten routinemäßig weiterzuverlegen. Ausnahmen mögen Kinder und gefährliche psychisch kranke Straftäter betreffen. Im übrigen können die Kliniken, von denen hier die Rede ist, grundsätzlich weder Überfüllung noch Unzuständigkeit noch mangelnde Eignung (etwa infolge ausschließlich offener Führung) gegen eine Aufnahme oder für

eine Entlassung geltend machen, sondern sie müssen ihre Aufnahme- und Entlassungspolitik nach der Dringlichkeit der Verhältnisse ausrichten. Die Besonderheiten der Arbeitsweise in klinikunabhängigen Übergangseinrichtungen wie Tageskliniken, Drogenberatungsstellen und selbständigen Ambulatorien werden nicht behandelt, wohl aber die individuellen Nacht- und Tagesklinikarrangements, die klinikeigenen geschützten Werkstätten und die ambulante Nachbehandlung der ausgetretenen Kranken.

Die akademische *Lehre und Forschung* gehört nicht zu den unabdingbaren Merkmalen der hier gemeinten Krankenhäuser. Als zusätzliche Aufgaben sind diese Bereiche gleichwohl in die Darstellung einbezogen worden.

Dieses Buch richtet sich in erster Linie an *Assistenz- und Oberärzte*, gelegentlich auch an die *Chefärzte*. Es beschäftigt sich auch eingehend mit der pflegerischen Arbeit. Deshalb ist es für *Schwestern und Pfleger* verständlich geschrieben. Es sollte sogar von *psychiatrischen Laien* gelesen werden können, wenn sie das beigelegte Kurzlexikon der wenigen medizinischen und psychiatrischen Fachausdrücke benützen. Vielleicht vermögen manche Kapitel dem einen oder anderen Kranken, Angehörigen oder Interessierten zu einem besseren Verständnis eigener Beobachtungen und Erlebnisse und zu einer kritischeren Beurteilung fremder Meinungen zu verhelfen. Dies läge jedenfalls im Sinne des Ganzen.

Wo vom „Personal“, von „Klinikangestellten“, von „Mitarbeitern“ oder vom „Team“ die Rede ist, sind Pflegepersonen und Ärzte gemeint. Daß mit dem „Arzt“ auch die „Ärztin“ und mit der „Schwester“ auch der „Pfleger“ gemeint ist – und umgekehrt –, versteht sich von selbst. Aus dem Zusammenhang geht jeweils hervor, auf welche der beiden Berufsgruppen sich die Ausführungen beziehen oder ob diese für beide gelten.

Literaturzitate werden im Text nur mit dem Namen des Erstautors gekennzeichnet. Ein *G* hinter einem Zitat bedeutet „Grundlegendes“ und „Grundsätzliches“. Das heißt nicht unbedingt, daß dieses Grundlegende auch bereits erfahrungswissenschaftlich belegt sei. *E* meint illustrative, aber nicht methodisch wiederholte und überprüfte Einzelerfahrungen.

X Vorwort

Ein *K* dagegen erhebt den Anspruch, daß das Ergebnis der zitierten Arbeit im wesentlichen kontrolliert oder mindestens kontrollierbar sei, weil die angegebene Methode eine einigermaßen vergleichbare Wiederholung der Untersuchung erlaubt. *L* weist auf Literatursammlungen hin, die *K*-Arbeiten enthalten. Kleingedruckte Zusammenfassungen solcher Studien illustrieren die betreffenden Abschnitte.

Meinen im folgenden genannten Freunden und Mitarbeitern, die sich die Mühe genommen haben, das Manuskript auf seine Realitätsnähe und Verständlichkeit zu überprüfen, möchte ich hier herzlich danken: Claudine Angehrn, Jules Angst, Ursula Bosshard, Jacqueline Duplain, Bruno Felten, Kurt Fillingner, Thilo Hahn, Carl Herzog, Hans Kind, Margrit Müller, Gerhard Schmidt, Hermann Stehrenberger, Walter Weber, Ernst Widmer, Brigitte Woggon und Hans-Martin Zöllner. Frau Ursula Moser danke ich für die unermüdliche und zuverlässige Abschrift aller Textvarianten. Der Regierungsrat des Kantons Zürich hat mir die Arbeit an diesem Buch durch einen Urlaub ermöglicht, wofür ihm mein Dank gebührt. Ohne die Bereitschaft von Thilo Hahn, mich während dieser Zeit in der Klinikleitung abzulösen, wäre die Arbeit nicht zustande gekommen.

K. Ernst

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|---|-----------|
| <i>1</i> | <i>Einleitung: Einstellung zum Beruf</i> | <i>1</i> |
| 1.1 | Einstellung zum Kranken | 1 |
| 1.2 | Einstellung zum Mitarbeiter | 3 |
| 1.3 | Einstellung zur Institution | 5 |
| 1.4 | Einstellung zur kontrollierbaren Erfahrungswissenschaft | 6 |
| | | |
| <i>2</i> | <i>Verpaßte Prioritäten und verpaßte Diagnosen</i> | <i>10</i> |
| 2.1 | Verpaßte Prioritäten am neuen Arbeitsplatz | 10 |
| 2.1.1 | Kenntnis der Notfalleinrichtungen | 10 |
| 2.1.2 | Erlernen der Namen der Patienten | 10 |
| 2.1.3 | Begrenzung der Konferenzzeiten | 12 |
| 2.2 | Übersehene körperliche Krankheitszustände | 13 |
| 2.2.1 | Krankheiten außerhalb des Gehirns | 13 |
| 2.2.2 | Akute Hirnkrankheiten | 14 |
| 2.2.3 | Hirnorganische Wesensveränderung | 15 |
| 2.2.4 | Amnestisches organisches Psychosyndrom | 15 |
| 2.2.5 | Fragen zur Gedächtnisprüfung | 17 |
| 2.3 | Übersehene und vermeintliche Intelligenzschwäche | 18 |
| 2.3.1 | Anhaltspunkte | 18 |
| 2.3.2 | Verkennung | 18 |
| 2.3.3 | Grundsätze der Intelligenzprüfung | 18 |
| 2.3.4 | Fragen zur Intelligenzprüfung | 20 |
| 2.4 | Übersehene emotionelle Störungen | 21 |
| 2.4.1 | „Larvierte“ Depressionen | 21 |
| 2.4.2 | Suizidrisiko | 22 |
| 2.4.3 | Einstellung zum Suizid | 22 |
| 2.4.4 | Sexuelle Störungen | 23 |
| 2.5 | Übersehenes normales Leiden | 24 |
| 2.5.1 | Unbeachtete Belastung Dritter, z. B. von Kindern | 24 |
| 2.5.2 | Übersehenes Unrecht | 25 |

XII Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-------|---|----|
| 3 | <i>Aufnahme und Entlassung</i> | 28 |
| 3.1 | Allgemeines | 28 |
| 3.1.1 | Zur Einheit von Aufnahmeverfahren und Entlassungsvorbereitung | 28 |
| 3.1.2 | Zur Häufigkeit psychiatrischer Hospitalisierungen in der Gesamtbevölkerung | 28 |
| 3.1.3 | Wer wird hospitalisiert? | 29 |
| 3.1.4 | Zur Arbeitsteilung zwischen Arzt und Pflegepersonal | 29 |
| 3.2 | Telefonische Vorentscheide: Anmeldung, Zusage, Absage | 30 |
| 3.2.1 | Aufnahme- und Absagestatistik | 30 |
| 3.2.2 | Abweisung vermutlicher Langzeitpatienten | 30 |
| 3.2.3 | Gerontopsychiatrischer Versorgungsmangel | 31 |
| 3.2.4 | Auswahlpflicht des Aufnahmearztes | 31 |
| 3.3 | Vorgehen bei der Aufnahme | 32 |
| 3.3.1 | Zur Häufigkeit freiwilliger und zwangsweiser Aufnahmen | 32 |
| 3.3.2 | Einweisungsdokumente | 33 |
| 3.3.3 | Erste Begegnung des Aufzunehmenden mit Arzt und Schwester | 34 |
| 3.3.4 | Unerläßliche Bestandteile des Aufnahmegesprächs | 35 |
| 3.4 | Vordringliches nach der Aufnahme | 36 |
| 3.4.1 | Ärztliche Prioritäten | 36 |
| 3.4.2 | Pflegerische Prioritäten | 38 |
| 3.4.3 | Verkehr mit den auswärtigen Bezugspersonen | 39 |
| 3.5 | Entlassung und ihre Hindernisse | 41 |
| 3.5.1 | Normale Entlassungsvorbereitungen | 41 |
| 3.5.2 | Anwendung der Aufklärungsbestätigung | 42 |
| 3.5.3 | Entweichungen | 43 |
| 3.5.4 | Kräfte messen bei den Entlassungsverhandlungen | 43 |
| 3.5.5 | Hospitalismus, Verstoßungsangst und Klinikmißbrauch | 44 |
| 3.5.6 | Disziplinarische Entlassung | 45 |
| 3.5.7 | Entlassung aus dem Aufnahmezimmer als Krisenintervention | 46 |
| 4 | <i>Station, Team, pflegerisches Gespräch</i> | 48 |
| 4.1 | Mißstände auf den Abteilungen | 48 |
| 4.1.1 | Folgen mangelhafter baulicher Einrichtungen | 48 |

| | | |
|-------|---|----|
| 4.1.2 | Duldung von Lärm und Tabakqualm | 48 |
| 4.1.3 | Resignation vor der Langeweile | 49 |
| 4.2 | Abteilungsversammlung | 51 |
| 4.2.1 | Beschreibung | 51 |
| 4.2.2 | Verhalten der Teammitglieder | 52 |
| 4.3 | Das Team und seine innere Struktur | 54 |
| 4.3.1 | Beschreibung des Teams | 54 |
| 4.3.2 | Kenntnis der Gesamtsituation des Patienten | 54 |
| 4.3.3 | Psychotherapeutische Kenntnisse | 56 |
| 4.3.4 | Pharmakologische Kenntnisse | 56 |
| 4.3.5 | Informationspannen. | 57 |
| 4.3.6 | Nachtarzt und Nachtschwester | 57 |
| 4.4 | Die geschlossene Abteilung | 59 |
| 4.4.1 | Geschlossene und offene Abteilungen in der Beurteilung durch die Kranken | 59 |
| 4.4.2 | Dilemma der Institution | 61 |
| 4.4.3 | Kompromißlösungen | 61 |
| 4.4.4 | In wessen Interesse liegt die geschlossene Behandlung? | 62 |
| 4.4.5 | Förderung und Behinderung von Außenkontakten | 63 |
| 4.5 | Pflegerisches Einzelgespräch | 65 |
| 4.5.1 | Gesprächssituationen und -themen | 65 |
| 4.5.2 | Anvertraute Geheimnisse | 66 |
| 4.5.3 | Duzen | 66 |
| 4.5.4 | Körperliche Verwahrlosung | 67 |
| 5 | <i>Zentrale Dienste, Patientenarbeit, Aktivitätsgruppen</i> | 69 |
| 5.1 | Allgemeines | 69 |
| 5.1.1 | Übersicht | 69 |
| 5.1.2 | Kommunikations- und Kapazitätsprobleme | 69 |
| 5.2 | Arbeitstherapie, geschützte Werkstätte, Patientenarbeit | 70 |
| 5.2.1 | Definitionen | 70 |
| 5.2.2 | Bewertung durch die Klinikmitarbeiter | 71 |
| 5.2.3 | Motivierung der Kranken für industrielle Arbeit | 72 |
| 5.3 | Ergotherapie | 74 |
| 5.3.1 | Definition | 74 |
| 5.3.2 | Bewertung durch die Klinikmitarbeiter | 74 |
| 5.3.3 | Indikation | 75 |
| 5.3.4 | Zusammenarbeit mit dem Stationsteam | 75 |

XIV Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-------|--|----|
| 5.4 | Andere therapeutische Aktivitäten | 76 |
| 5.4.1 | Spezialgruppen | 76 |
| 5.4.2 | Gruppenpsychotherapien | 77 |
| 5.5 | Sozialdienst | 78 |
| 5.5.1 | Beschreibung | 78 |
| 5.5.2 | Zusammenarbeit | 78 |
| 5.5.3 | Sozialarbeit und Psychotherapie | 79 |
| 5.6 | Psychologischer Dienst | 80 |
| 5.6.1 | Stellung in der Klinik | 80 |
| 5.6.2 | Psychodiagnostische Tests | 80 |
| 5.6.3 | Psychotherapie durch den Psychologen | 81 |
| 5.7 | Klinikpfarramt | 82 |
| 5.7.1 | Bereich | 82 |
| 5.7.2 | Zusammenarbeit | 83 |
| 5.8 | Unterricht | 83 |
| 5.8.1 | Der „Vorlesungspatient“ | 83 |
| 5.8.2 | Psychotherapie durch ärztliche und pflegerische Ausbildungskandidaten | 84 |
| 5.8.3 | Tonband, Videotechnik, Einwegspiegel | 85 |
| 5.9 | Forschung | 86 |
| 5.9.1 | Der „Forschungspatient“ | 86 |
| 5.9.2 | Klinische Forschung außerhalb spezialisierter Forschungsteams | 87 |
| 6 | <i>Formen des psychiatrischen Gesprächs</i> | 89 |
| 6.1 | Kurzbeschreibung der klinischen Grundformen des psychiatrischen Gesprächs | 90 |
| 6.1.1 | Begleitgespräch | 91 |
| 6.1.2 | Visitengespräch | 91 |
| 6.1.3 | Ad-hoc- oder Bedarfsgespräch | 91 |
| 6.1.4 | Stationssprechstunde | 91 |
| 6.1.5 | Regelmäßiges Kurzgespräch | 92 |
| 6.1.6 | Intensive Psychotherapie | 92 |
| 6.2 | Ärztliche Visite | 92 |
| 6.2.1 | Einstellung des Arztes zur Visite | 92 |
| 6.2.2 | Therapeutische Möglichkeiten der Visite | 93 |
| 6.2.3 | Empfehlungen zur Gestaltung der Visite | 94 |
| 6.3 | Ad-hoc- oder Bedarfsgespräch | 95 |
| 6.3.1 | Jeweilige Einmaligkeit des Gesprächs | 95 |

| | | |
|-------|--|-----|
| 6.3.2 | Verschiebbarkeit des Gesprächs | 96 |
| 6.3.3 | Versprochenes Bedarfsgespräch | 96 |
| 6.4 | Stationssprechstunde | 97 |
| 6.4.1 | Funktion und Stil | 97 |
| 6.4.2 | Gesprächsdauer | 98 |
| 6.4.3 | Mitwirkung des Pflegepersonals | 99 |
| 6.5 | Regelmäßiges Kurzgespräch | 100 |
| 6.5.1 | Funktion und Rahmen | 100 |
| 6.5.2 | Vorteile | 101 |
| 6.5.3 | Kontraindikationen | 102 |
| 6.5.4 | Indikationen und Zielsetzungen | 103 |
| 6.5.5 | Zur Einleitung einer Gesprächsserie | 104 |
| 6.5.6 | Zur Durchführung | 105 |
| 6.5.7 | Emotionelle Arzt-Patient-Beziehung | 105 |
| 6.6 | Intensive Psychotherapie | 106 |
| 6.6.1 | Indikation und Supervision | 106 |
| 6.6.2 | Komplikationen | 107 |
| 6.6.3 | Überindividuelle Bedeutung | 108 |
| 7 | <i>Regeln der psychiatrischen Gesprächsführung</i> | 110 |
| 7.1 | Allgemeines | 110 |
| 7.1.1 | Voraussetzung: Umgang mit der Personensuchanlage | 110 |
| 7.1.2 | Zuhören. | 110 |
| 7.1.3 | Abschluß des einzelnen Gesprächs | 111 |
| 7.2 | Besondere Gesprächssituationen | 112 |
| 7.2.1 | „Konsens über den Dissens“ | 112 |
| 7.2.2 | „Vorwurfsfreier Vorhalt“ | 112 |
| 7.2.3 | Der schweigende Patient | 113 |
| 7.2.4 | Der verstummende Patient | 114 |
| 7.2.5 | Gespräch über die Diagnose | 115 |
| 7.3 | Beispiele syndrombezogenen Umgangs mit Kranken | 118 |
| 7.3.1 | Umgang mit Depressiven | 118 |
| 7.3.2 | Umgang mit Manischen | 120 |
| 7.3.3 | Umgang mit Wahnkranken | 123 |
| 7.3.4 | Umgang mit Suchtkranken | 124 |
| 7.3.5 | Umgang mit Schwachsinnigen | 126 |
| 8 | <i>Körperliche Behandlungsverfahren</i> | 128 |
| 8.1 | Grundsätze bei der Verordnung von Psychopharmaka | 128 |
| 8.1.1 | Zurückhaltung | 128 |

XVI Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-------|---|-----|
| 8.1.2 | Information des Patienten | 130 |
| 8.1.3 | Keine heimliche Verabreichung | 132 |
| 8.1.4 | Mitbestimmung des Patienten | 133 |
| 8.1.5 | Rolle des Pflegepersonals | 135 |
| 8.2 | Spezielle psychopharmakologische Probleme | 136 |
| 8.2.1 | Karenztage bei Behandlungsbeginn | 136 |
| 8.2.2 | Vermeidung der Übermedikation von Neuroleptika | 138 |
| 8.2.3 | Depotneuroleptika | 139 |
| 8.2.4 | Polypragmasie | 139 |
| 8.2.5 | Absetzversuche bei schizophrenen chronisch Kranken | 141 |
| 8.2.6 | Tagesverteilung | 141 |
| 8.2.7 | Beruhigung Schwererregter | 142 |
| 6.2.8 | Suchtgefährdung durch Psychopharmaka | 143 |
| 8.2.9 | Zur Phasenprophylaxe mit Lithiumpräparaten | 144 |
| 8.3 | Weitere körperliche Behandlungsverfahren | 145 |
| 8.3.1 | Antiepileptika | 145 |
| 8.3.2 | Elektroschock | 146 |
| 8.3.3 | Physiotherapie | 148 |
| 9 | <i>Teilzeitliche und ambulante Behandlung an der psychiatrischen Klinik</i> | 149 |
| 9.1 | Nachtklinikregime | 149 |
| 9.1.1 | Definition | 149 |
| 9.1.2 | Wiedereingliederungshilfe oder Asylgestaltung? | 149 |
| 9.1.3 | Vorbereitung von Wohngruppen | 150 |
| 9.1.4 | Arztkontakt | 150 |
| 9.2 | Tagesklinikregime | 151 |
| 9.2.1 | Definition | 151 |
| 9.2.2 | Probleme | 151 |
| 9.3 | Ambulante Weiterbehandlung | 152 |
| 9.3.1 | Überweisen oder Behalten | 152 |
| 9.3.2 | Gesprächsrahmen | 153 |
| 9.3.3 | Neuroleptika | 154 |
| 9.3.4 | Antidepressiva | 155 |
| 9.3.5 | Verschreibungstechnik. | 156 |
| 9.3.6 | Fahrtauglichkeit | 157 |
| 9.3.7 | Ambulante Betreuung durch das Pflegepersonal | 157 |
| 9.3.8 | Wiedereinweisung in die psychiatrische Klinik | 158 |
| 9.3.9 | Formloser Abbruch der ambulanten Weiterbehandlung durch den Patienten | 159 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 9.3.10 | Vorbereitete Beendigung der ambulanten Weiterbehandlung | 160 |
| 9.4 | Einige spezielle ambulant anwendbare Behandlungsverfahren. | 161 |
| 9.4.1 | Schlafentzug bei Depression | 161 |
| 9.4.2 | Alkoholvergällung | 163 |
| 9.4.3 | Reversible „chemische Kastration“ mit Antiandrogenen | 165 |
| 10 | <i>Information und Diskretion</i> | 167 |
| 10.1 | Umgang mit der Geheimhaltung | 167 |
| 10.1.1 | Geheimnisrecht des Patienten | 167 |
| 10.1.2 | Verbotene Angehörigenkontakte | 168 |
| 10.1.3 | Diskretionsanspruch der Bezugspersonen | 168 |
| 10.1.4 | Recht des Kranken auf Einblick in die eigene Krankengeschichte | 168 |
| 10.1.5 | Zum persönlichen Recht des Klinikangestellten in bezug auf seine Einträge in die Krankengeschichte | 169 |
| 10.2 | Informationsaufgaben | 171 |
| 10.2.1 | Auskünfte an Patienten und Angehörige durch das Pflegepersonal | 171 |
| 10.2.2 | Vererbung und Familienplanung | 171 |
| 10.2.3 | Meldungen an die vorgesetzten Behörden | 173 |
| 10.2.4 | Stellungnahme zu Beschwerden | 174 |
| 10.2.5 | Hausinterne Disziplinarbeschwerden | 175 |
| 10.3 | Öffentlichkeitsarbeit | 176 |
| 10.3.1 | Regionale Nahwirkung | 176 |
| 10.3.2 | Patient und Massenmedien | 177 |
| 10.3.3 | Klinikmitarbeiter und Massenmedien | 177 |
| 10.3.4 | Geeignete Themen | 178 |
| 10.4 | Schreibarbeiten von Arzt und Pflegepersonal | 179 |
| 10.4.1 | Führung der Krankengeschichte | 179 |
| 10.4.2 | Arztberichte | 180 |
| 10.4.3 | Zeugnisse an nichtärztliche Instanzen | 181 |
| 10.4.4 | Gutachten | 182 |
| 11 | <i>Menschliche Grundsituationen in der Institution</i> | 184 |
| 11.1 | Liebe in der psychiatrischen Klinik | 184 |
| 11.1.1 | Liebe zwischen Patienten | 184 |

XVIII Inhaltsverzeichnis

| | | |
|---------|--|-----|
| 11.1.2 | Probleme für das Personal | 186 |
| 11.1.3 | Liebe zwischen Patienten und Klinikangestellten | 187 |
| 11.1.4 | Liebe in der Psychotherapie | 188 |
| 11.1.5 | Antikonception. | 189 |
| 11.2 | Gewalt in der psychiatrischen Klinik | 191 |
| 11.2.1 | Gewalttaten außerhalb, vor und nach Hospitalisierungen psychisch Kranker | 191 |
| 11.2.2 | Tätlichkeiten von Patienten während der Hospitalisierung | 192 |
| 11.2.3 | Tätlichkeiten in der Psychotherapie | 195 |
| 11.2.4 | Anwendung von Gewalt und Zwang durch uns | 196 |
| 11.2.5 | Fixierung | 196 |
| 11.2.6 | Zwangsernährung. | 197 |
| 11.2.7 | Isolierung | 197 |
| 11.2.8 | Injektion gegen den Willen des Kranken | 197 |
| 11.2.9 | Die häufigsten Fehler | 198 |
| 11.2.10 | Beizug der Polizei | 199 |
| 11.3 | Alter, Hilflosigkeit und Tod | 200 |
| 11.3.1 | Gerontopsychiatrische Pflegeabteilungen als Notlösungen | 200 |
| 11.3.2 | Umgang mit Gebrechlichen | 201 |
| 11.3.3 | Altersdepressionen und akut-exogene Durchgangs- syndrome als „Altersabbau“ verkannt | 202 |
| 11.3.4 | Psychogene und somatogene Altersdepression | 203 |
| 11.3.5 | Behandlung seniler Erregungs- und Verwirrungszustände | 203 |
| 11.3.6 | Sterbehilfe. | 204 |
| 11.3.7 | Todesfall | 206 |
| 12 | <i>Nachwort</i> | 208 |
| 13 | <i>Literatur</i> | 210 |
| 14 | <i>Kurzlexikon der Fach- und Fremdwörter</i> | 219 |
| 15 | <i>Sachverzeichnis.</i> | 227 |