

Hilfe – Horrortrip!

Halluzinogene auf der Notfallstation

Luzia Bischof

NDS HF Notfallpflege

Kurs F21

Stadtspital Zürich Standort Waid

Datum: 21. September 2022

Zusammenfassung

In der Notfallaufnahme wird man in der Pflege immer wieder mit Intoxikationen mit illegalen Substanzen konfrontiert. Häufig ist wenig Fachwissen zu den einzelnen Substanzen vorhanden. Diese Arbeit befasst sich mit Intoxikationen mit Lysergsäurediethylamid (LSD) und dessen professioneller Pflege auf der Notfallstation.

LSD bewirkt, sehr vereinfacht gesagt, ein Herabsetzen der Reizschwelle im Thalamus und es kommt so zu einer Reizüberflutung. Somit können sich massive Angst- und Panikzustände entwickeln. Nach Peplau können vier Angststufen unterschieden werden. Während in der ersten und zweiten Angststufe noch eine Lernfähigkeit vorhanden ist, ist diese in der dritten und vierten Stufe nicht mehr gegeben. Entsprechend ist auch schwieriger zu intervenieren und es muss oftmals zu medikamentösen Massnahmen gegriffen werden.

Menschen mit Angst- und Panikzuständen unter LSD-Einfluss sollten in einer möglichst reizarmen Umgebung sein und können mit der „talking down“ Methode (welche in dieser Arbeit ausführlich beschrieben wird) gut behandelt werden. Ist die Person jedoch in der Angststufe vier nach Peplau sollte mit medikamentösen Massnahmen nicht gezögert werden. Es ist eine zentrale Aufgabe der Pflegenden den Moment zu erkennen und das Einsetzen von angstlindernden Medikamenten (Benzodiazepine) vor dem ärztlichen Dienst mit allen Argumenten zu vertreten.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Ausgangslage	1
1.2	Fallbeispiel	1
1.3	Fragestellung.....	2
1.4	Abgrenzung	2
2	Hauptteil: Bearbeitung der Fragestellung.....	3
2.1	Lysergsäurediethylamid (LSD)	3
2.1.1	Geschichte von LSD	3
2.1.2	Wirkung von LSD	3
2.1.3	Gefahren	5
2.2	Angst	6
2.2.1	Definition Angst.....	6
2.2.2	Wie entsteht Angst im menschlichen Körper?	7
2.2.3	Stufen der Angst nach Peplau	8
2.2.4	Substanzinduzierte Angst	8
2.3	Pflegerische Massnahmen	9
2.3.1	Haltung	9
2.3.2	Angstlindernde Pflegemassnahmen.....	9
2.3.3	Pflegemassnahmen unter grosser Angst und Panik	10
2.3.4	Pflegemassnahmen bei Angstzuständen unter Halluzinogenen	10
2.4	Medikamentöse Massnahmen bei Angstzuständen	11
2.4.1	Benzodiazepine.....	11
2.4.2	Neuroleptika.....	12
3	Schlussteil: Bearbeitung und Beantwortung der Fragestellung.....	12
3.1	Beantwortung der Fragestellung	12
3.2	Kritische Gedanken.....	13
3.3	Konsequenzen für die Praxis	14
4	Anhang.....	16
4.1	Literaturverzeichnis	16
4.2	Selbstständigkeitserklärung	17

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Seit Januar 2020 arbeite ich auf der Notfallstation im Stadtspital Zürich Standort Waid, wo ich aktuell das Nachdiplomstudium zur Expertin Notfallpflege absolviere.

Schon als ich mit dem Arbeiten auf der Notfallstation begann, begegneten mir immer wieder Intoxikationen mit illegalen Substanzen. Besonders herausfordernd empfinde ich Situationen mit Halluzinogenen, wie zum Beispiel Lysergsäurediethylamid (LSD). Die Patienten befinden sich dabei in akuten psychischen Erregungszuständen, die von der pflegerischen Seite her sehr schwierig zu betreuen sind. Sie benötigen viel Zeit, Empathie und Geduld.

1.2 Fallbeispiel

Am Samstagmorgen um 3.00 wird ein 25-jähriger Patient, Herr P., in Begleitung seiner Freundin mit der Sanität eingeliefert. Laut der Freundin hat Herr P. um 0.00 einen LSD-Filz von 200ug konsumiert, sie selber habe nichts genommen. Der Patient hat laut der Freundin zum ersten Mal LSD konsumiert und ist auch sonst unerfahren, was Drogen anbelangt. Zu Beginn des Trips war alles in Ordnung, mit der Zeit jedoch hat Herr P. massive Angstzustände entwickelt, worauf die Freundin die Sanität rief. Ich beurteilte Herr P. nach dem Primary Survey:

- A: frei- Herr P. spricht, kein inspiratorischer Stridor und keine Heiserkeit hörbar
- B: tachypneisch (Atemfrequenz: 25/min), regelmässige Thoraxhebungen, keine Zyanose, kein expiratorischer Stridor hörbar
- C: tachykard (105 Schläge/min), kräftiger Radialispuls, Rekapillarisationszeit: <2sec, keine Hämatome an den 4 B's (Brust, Bauch, Becken, Beine beidseits), Hautkolorit: rosig, Hauttemperatur: warm
- D: GCS: 12 (Augen spontan offen, in allen vier Qualitäten desorientiert, reagiert ungezielt auf Schmerzreiz), Pupillen reagieren mittelschnell, tendenziell vergrössert
- E: normotherm, keine Auffälligkeiten

Ich erkannte das D-Problem, daher beschreibe ich hier das Zustandsbild noch genauer: Herr P. war massiv agitiert und ängstlich. Er war extrem unruhig, zappelte herum, wendete sich von einer Seite auf die andere, öffnete und schloss die Augen immer wieder, weinte und sprach in ganzen Sätzen von Todesangst. Er war, wie bereits oben beschrieben, in allen vier Qualitäten desorientiert und konnte auch auf geschlossene Fragen kaum antworten. In Rücksprache mit der Ärztin beschloss ich, einen Zugang zu legen und zum Ausschluss von Elektrolytverschiebungen eine venöse Blutgasanalyse (vBGA) abzunehmen. Mit Hilfe der Freundin und der Ärztin liess der Patient den Zugang und die Blutentnahme zu. Die vBGA war wie erwartet unauffällig. Ich versuchte den Patienten mit gutem Zureden zu beruhigen, was kaum funktionierte und in Absprache mit der Ärztin verabreichte ich ihm 2mg Dormicum intravenös (i.v.). Daraufhin wurde der Patient viel ruhiger und man konnte mit ihm ein Gespräch führen, in welchem er äusserte, dass er sich in einem Zustand zwischen Traum und Realität befinde. Er äusserte, er sei auf einem „Horrortrip“ und beschrieb diesen als eine noch nie erlebte Angst. Aktuell gehe es ihm aber ein wenig besser. Kurzzeitig schlief er sogar ein, schreckte aber immer wieder hoch und hatte noch einmal eine massive Angstattacke, welche mit 2.5mg Temesta expidet abgefangen werden konnte. Die Freundin ging nach Hause und ich bemerkte, dass es für Herr P. sehr wichtig war, dass ich stets Präsenz zeigte. Herr P. tendierte dazu, sofort wieder in Angstzustände zu rutschen, wenn ich ein paar Minuten nicht im Zimmer war. Es reichte jedoch, die Tür offen zu lassen und alle 10 Minuten kurz vorbeizuschauen.

Herr P.'s Zustand verbesserte sich im Verlauf stark, er schlief sogar ein und konnte schlussendlich vom Frühdienst um 10.00 Uhr entlassen werden.

Ich handelte in der gesamten Situation sehr intuitiv und stellte fest, dass ich über nicht viel Fachwissen zu LSD verfüge. Im Notfallkontext, der oft mit viel Stress und Zeitdruck verbunden ist, empfinde ich es als grosse Herausforderung, Menschen in solchen Angstzuständen zu betreuen, vor allem wenn zusätzlich noch Substanzen wie Halluzinogene im Spiel sind. Ich möchte mich damit befassen, wie ich in solchen Situationen professionell reagieren kann. Ich weiss, dass es von pflegerischer Seite her sehr viele angstlindernde Strategien gibt, ich diese aber bestimmt zu wenig anwende. Ausserdem möchte ich diese Strategien kritisch beleuchten, denn die kognitive Wahrnehmung unter Halluzinogenen verändert sich sicherlich und ich frage mich ob diese Praktiken in einem solchen Zustand überhaupt nützlich sind. Ferner stellt sich mir die Frage, ob ich diese Herangehensweisen auch bei Patienten, die auf Grund einer anderen Ursache Angstzustände haben, anwenden kann. Im Übrigen will ich herausfinden, ob Benzodiazepine die einzige und richtige Medikation bei solchen Angstzuständen sind. Wären nicht auch Neuroleptika eine Option? Kann LSD (psychiatrische) Folgeerkrankungen auslösen oder Menschen nachhaltig verändern? Immer wieder höre ich von Menschen die auf LSD „hängenbleiben“. Grundsätzlich aber möchte ich mich in dieser Arbeit mit der Wirkung von LSD und der Betreuung von Patienten auf sogenannten „Horrortrips“ auseinandersetzen.

1.3 Fragestellung

Mit welchen pflegerischen Massnahmen kann ich einen Notfallpatienten mit einem akuten Angstzustand unter LSD-Einfluss optimal betreuen?

1.4 Abgrenzung

In meiner Diplomarbeit werde ich aus Gründen der Lesbarkeit jeweils die männliche oder die weibliche Form verwenden, wobei jedoch stets alle Geschlechter gemeint sind.

- Ich schliesse Mischintoxikationen und andere Substanzen als LSD aus meiner Arbeit aus.
- Das Thema Sucht und Drogenprävention werde ich nicht bearbeiten.
- Auf das Thema LSD als neues Medikament in der Psychiatrie und Suchtmedizin gehe ich nicht ein.
- Beim Thema Angst gehe ich auf die substanzinduzierte Angst ein und grenze mich von den anderen Angststörungen und der Angststörung auf Grund der Entzugssymptomatik ab.
- Pflegemassnahmen zu den Angststufen werden nur kurz erwähnt, auf eine ausführliche Beschreibung wird verzichtet
- Beim Thema Kommunikation gehe ich gezielt nur auf angstlindernde Techniken unter Halluzinogenen ein.
- Bei den pharmakologischen Interventionen bearbeite ich ausschliesslich Benzodiazepine und Neuroleptika in Bezug auf Angstzustände bei Intoxikationen mit Halluzinogenen und grenze mich von allen anderen Anwendungsbereichen dieser beiden Medikamentengruppen ab.
- Ich konzentriere mich in meiner Arbeit auf Erwachsene und grenze Kinder unter 16 Jahren aus meiner Arbeit aus.
- Ich gehe nicht auf fremdsprachige Patienten und transkulturelle Themen ein.

2 Hauptteil: Bearbeitung der Fragestellung

2.1 Lysergsäurediethylamid (LSD)

LSD-25 gehört zu den (halbsynthetischen) Halluzinogenen, welches Drogen sind, die Sinneseindrücke verändern oder Sinnestäuschungen hervorrufen. (Geschwinde, 2018)

2.1.1 Geschichte von LSD

Ursprünglich im Auftrag eines Pharmaunternehmens zu einem Herzkreislauf- und Atmungsstimulanz, synthetisierte der Schweizer Chemiker Dr. Albert Hofmann in jenem Forschungsrahmen eine Substanz Namens Lysergsäurediethylamid-25 (im Folgenden als LSD bezeichnet). Sie entstand im Jahre 1938 aus einem Pilz erzeugten Mutterkornalkaloid. Da die eigentliche Intention die Erfindung einer zentral vegetativen Stimulanz war, wurde die psychoaktive Wirkung von LSD-25 unerwartet und auf überraschende Weise entdeckt. Dr. Hofmann kam 1943 bei der wiederholten Synthese der Substanz unbeabsichtigt und, wie er selbst vermutete, in dermalen Kontakt. Darauffolgend erlebte er wieder jeglichen Erwartens einen Rauschzustand, den er in seinem Buch sehr ausführlich beschreibt. Seine beschriebenen Wahrnehmungen lassen sich am ehesten als kurzen, sehr intensiven psychodelischen Geisteszustand beschreiben. Auf Grund dieser Erfahrung führte er eine Woche später, am 19. April 1943, den dokumentierten und später weltberühmten Selbstversuch mit 0.25mg LSD-25 durch, was, notabene, ungefähr der 5- bis 10fachen Menge der Dosierung entspricht, die sich Konsumenten üblicherweise auf freiwilliger Basis zuführen. Wie aus heutiger Perspektive also sehr unerwartet, liess sich die psychoaktive Wirkung des LSD-25 damit eindeutig replizieren und bestätigen. Dr. A. Hofmann war überzeugt, dass dieser neue Wirkstoff dank seiner, bis anhin einzigartigen, psychodelischen Wirkung in der Neurologie und Psychiatrie von Nutzen sein könnte. Diese Annahme teilte er mit dem Pharmaunternehmen Sandoz, welches Dr. Hofmann deswegen weiterhin subventionierte, um an dieser spezifischen Substanz im Interesse der Psychopharmakologie weiterzuforschen. Anfang der 60-Jahre geriet LSD-25 als Rauschdroge in die Hände der Hippiebewegung. Viele weltbekannte Künstler dieser Zeit bekannten sich öffentlich zu ihrem LSD Konsum und nicht wenige musikalische sowie andere künstlerische Meisterwerke wurden bekanntlich während eines psychodelischen Trips erschaffen. Dies führte zu einer Art popkulturellen Verherrlichung und Verharmlosung der eigentlich in vielen Hinsichten doch heiklen Droge. Dennoch wurde LSD wie die meisten berauschenden Substanzen Anfang der 70er-Jahre in den USA verboten. Erst seit Anfang der 1990er-Jahre darf mit Ausnahmegewilligungen in vereinzelt Ländern wieder geforscht werden (vor allem hier in der Schweiz). (Hofmann, 2018)

2.1.2 Wirkung von LSD

Wie bei zunächst bei den allermeisten Wirkstoffen ist die Intensität der psychoaktiven Wirkung der Substanz LSD zunächst dosisabhängig, wobei das Gewicht sowie der Metabolismus bei jedem Menschen anders ist und somit nicht pauschal von einer gewissen Dosis eine gewisse Intensität des Rauschzustandes erwartet werden kann. Im Zusammenhang mit psychoaktiven Wirkstoffen generell ist es wichtig hervorzuheben, dass neben den bereits beschriebenen Faktoren, die individuellen neurologischen und psychiatrischen Veranlagungen die psychodelische Wirkung der Substanz am meisten beeinflussen. Ein LSD-Rausch dauert je nach Dosierung, Ausgangslage und Verlauf zwischen 6-12 Stunden.

Etwa eine halbe Stunde bis eine Stunde nach oraler Aufnahme der Substanz kommt zu leichten körperlichen Auswirkungen wie Frieren, Übelkeit oder einem metallischen Geschmack im Mund. Diese Empfindungen weichen schnell der Euphorie, was zu

sogenannten „Lachflashes“ führen kann. Das Koordinieren der Bewegungen wird schwieriger und visuelle Pseudohalluzinationen (regenbogenfarbige bewegliche Muster, Verzerrung von Gegenständen und Gesichter) treten auf. Bei höheren Dosierungen (100-200ug) verstärken sich bei geschlossenen Augen die Pseudohalluzinationen. Das bedeutet, der Konsument sieht bewegliche farbige kaleidoskopartige Landschaften. In diesen Dosen wird auch das formale Denken eingeschränkt wie zum Beispiel beim Beschreiben von Erlebtem, wobei die Logik zunehmend abnimmt und sich das Erleben von Raum und Zeit drastisch verändert. Häufig erlebt der Konsument die Zeit als endlos lang. Die stärkste Wirkung entfaltet sich zwischen der ersten und dritten bis vierten Stunde nach Einnahme der Substanz. Bei höheren Dosierungen (200-300ug) können die Pseudohalluzinationen zu echten Halluzinationen werden, welche von der Realität nur schwer zu unterscheiden sind. Landschaften werden zu fantastischen Szenerien und es kommt zu filmartigen Erlebnissen. Diese Erfahrungen können als mystisch, wundervoll, atemberaubend, aber auch als furchteinflössend und erschreckend erlebt werden. Versuche, die Erlebnisse zu steuern oder gar zu verhindern, können die Halluzinationen intensivieren und es kommt zu Angst- und Panikzuständen („Horrortrips“). Diese Zustände sind ein zentraler Aspekt meiner Fragestellung und werden daher in einem eigenen Abschnitt vertieft thematisiert.

Während des Erlebens eines LSD Trips kann jeder Reiz neue Halluzinationen auslösen und es kann zu sogenannten Synergien kommen, was bedeutet, dass beispielsweise Farben gehört oder Musik geschmeckt werden kann. Die kritisch-distanzierte Eigenschaft des Denkens wird herabgesetzt und das Urteilsvermögen wird beeinträchtigt. Es kann zur „Ich-Auflösung“ kommen, wobei sich der Konsument nicht mehr an die eigene Identität erinnern kann, teilweise berichten Nutzer von tiefen Selbsteinsichten und religiösen Erfahrungen, die ihr Leben massgeblich beeinflusst haben. In sehr hohen Dosen (300-500ug) treten „Ich-Auflösungen“ und kosmische Erfahrungen öfters auf. Im letzten Teil des Rausches nehmen die visuellen Pseudohalluzinationen wieder Überhand und klingen dann langsam ab. Das formale Denken kehrt sukzessiv zurück und eine Reflexion über das Erlebte wird möglich. (Scherbaum, 2019)

Abschliessend ist zu erwähnen, dass die Effekte der Substanz sehr vielfältig sind und individuell stark variieren. Obige Beschreibung stellt also keine abschliessende Beschreibung der Wirkung von LSD dar. Falls eine solche möglich wäre, würde sie den Rahmen zumindest dieser Arbeit bei weitem sprengen.

Mit dem heutigen Wissenstand lassen sich die sehr komplexen Wirkungen von LSD nur im Ansatz erklären. Es ist davon auszugehen, dass LSD wesentlich das Stammhirn (Truncus encephali) und das Zwischenhirn (Diencephalon) beeinflusst. Genauer gesagt wird auf das limbische und retikuläre System eingewirkt, welche für die Filtrierung und Weiterleitung der Sinneseindrücke verantwortlich sind. Somit werden Sinneseindrücke unter LSD-Einfluss im Thalamus (welcher im Hirn wie als Filter zum Schutz vor Reizüberflutung wirkt), anders gewertet und entsprechend andere Reaktionen ausgelöst. Man erklärt sich die starken emotionalen Erfahrungen mit LSD damit, dass der Hypothalamus, der ebenfalls zum limbischen System gehört und die Sinneseindrücke durch Hormonausschüttungen mit Gefühlen wie Glück, Angst, Trauer und Wut bestückt, durch die Substanz stimuliert wird. Ausserdem deuten neurologisch wissenschaftliche Anhaltspunkte darauf hin, dass die Informationsverarbeitung von der analytischen linken Hirnhälfte auf die mehr visuell-räumlich eingerichtete rechte Hirnhälfte verlagert wird. Wahrscheinlich kommt es durch die ungeordneten Verknüpfungen von Informationen und Erlebnisgehalten zu den Halluzinationen und dem Gefühl, von Reizen überflutet zu werden. (Geschwinde, 2018) Ausserdem hat LSD einen aktivierenden Einfluss auf die Neurotransmitter Serotonin, Noradrenalin. (Tretter, 2017)

2.1.3. Gefahren

Die im vorherigen Abschnitt beschriebenen positiv empfundenen Wirkungen von LSD, wirken auf viele Menschen, zugegebenermassen auch verständlicherweise, sehr faszinierend und nicht für wenige auch als erlebenswert. Obwohl sogar in drogenpositiven Szenen ein gewisser Respekt vor dem Konsum der psychodelischen Droge zirkuliert, sind die sagenumwobenen LSD Trips für einige Personen dermassen vielversprechende und wünschenswerte Erfahrungen, dass sie sich von den im obigen Text bereits angedeuteten negativen Aspekten nicht von dem Konsum abhalten lassen. Nicht zuletzt trägt die bereits erwähnte popkulturelle Verherrlichung von LSD nach wie vor zur Verharmlosung und einem recht häufigen Konsum bei. (Hofmann, 2018)

In der Schweiz haben ungefähr drei Prozent der Bevölkerung in Statistiken angegeben, ein- oder mehrere Male LSD konsumiert zu haben. Diese Zahlen dienen jedoch eher einem groben Anhaltspunkt statt einer zuverlässig präzisen Aussage. (Angstmann, 2021)

Obwohl sich nicht wenige LSD Konsumenten vor ihrem Trip im Ansatz oder auch vertiefter mit der Droge auseinandergesetzt haben, werden die Risiken und Gefahren, welche sie mit sich bringt, häufig unterschätzt. Unter anderem vermutlich auch deswegen, weil es tatsächlich wissenschaftlich erlaubt ist zu behaupten, dass bei der Einnahme von LSD im Vergleich zu anderem Rauschmittel tatsächlich nicht direkt erhebliche Gefahren für den menschlichen Organismus bestehen. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass die physische Gesundheit von LSD Intoxikationen nicht erheblich bedroht wird. (Geschwinde, 2018). Abgesehen von einer leicht erhöhten Herzkreislaufbelastung während des Trips, passiert währenddessen wenig, was körperlich oder organisch gesehen wirklich gefährlich wäre. (Scherbaum, 2019). Ebenfalls gibt es keine dokumentierte LSD Intoxikationen, welche aufgrund einer Überdosierung des Organismus letal geendet haben. (Geschwinde, 2018) Sekundärmortalität entsteht durch die Beeinflussung des formalen und kritisch-distanzierten Denkens. Wahnhaftes Verhalten wegen fehlender Zurechnungsfähigkeit, situative Fehleinschätzungen und Realitätsverlust können wiederum zu leichten, ersten oder auch tödlichen Unfällen führen. (Scherbaum, 2019)

Das verhältnismässig geringe Risiko für den Körper steht im Fall von LSD Konsum einer sehr ernsthaften Gefahr für die mentale und psychische Gesundheit diametral gegenüber. Den potenziell sehr weitreichenden Auswirkungen auf die Psyche sind sich viele Konsumenten nicht bewusst.

Obwohl Depressionen und Angststörungen mit massiver Abnahme der subjektiven Lebensqualität zu einem grossem Leidensdruck führen können, stellen sie nicht die einzige schwerwiegende Konsequenz von LSD Konsum dar. Dazu gesellen sich beispielsweise sogenannte „Flashbacks“, welche als „plötzliches Wiedererleben der Rauschmomente mit Halluzinationen und Verzerrungen der Wirklichkeit, ohne dass man LSD zu sich genommen hat“ beschrieben werden. (Scherbaum, 2019)

Ausserdem haben psychoaktive Drogen generell statistisch betrachtet ein nicht zu vernachlässigendes Risiko, auch schon bei einmaliger Einnahme langfristige und sogar irreparable psychotische Störungen zu verursachen. Wie im Abschnitt „Wirkung“ bereits angedeutet, variiert die Gefahr hierfür stark je nach neurologischen Voraussetzungen und psychiatrischen Vorbelastungen der jeweiligen Konsumierenden. Es gibt eindeutige Hinweise, dass Menschen mit genetischen Prädestinierungen ab der psychodelischen Wirkung der Substanz eine Schizophrenie im Sinne von langfristigen und schwerwiegenden psychotischen Störungen entwickeln können, während sich bei anders Veranlagten die wahnhaften und halluzinogenen Effekte relativ zuverlässig kongruent zur Substanz in ihrem Körper reduzieren. Daher sind also nicht alle Konsumenten derselben Gefährdung

gleichermaßen ausgesetzt. Personen, deren Verwandten ersten Grades oder jene, die bereits selbst eine psychotische Episode erlebt haben, haben eine massiv höhere Gefahr, eine solche mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen wieder zu erleben. (Scherbaum 2022)

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit möchte ich den thematischen Fokus der Gefahr vom Konsum bei LSD auf die in der Wirkung bereits aufgeführten, sogenannten „Horrortrips“ legen, da die davon betroffenen Patienten für die vorliegende Fragestellung am relevantesten sind.

Während einige Konsumenten die weitreichenden visuellen, mentalen und psychischen Effekte der Psychedelika im sehr positiven Sinn als überwältigend empfinden, führen sie bei anderen zu einer maximalen Überforderung der Sinne und einer absoluten Reizüberflutung. Die massiven Verzerrungen in der Wahrnehmung wirken auf Betroffene in höchstem Masse beängstigend und der damit einhergehende mentale Kontrollverlust verstärkt das Gefühl, dass der eigene Verstand versagt und man der Wirkung der Droge komplett machtlos ausgeliefert ist. „Set und Setting“, also die eigene innere emotionale Stimmung und die Einflüsse der äusseren Umgebung, haben ausserdem einen grossen Einfluss auf die Entstehung eines „Horrortrips“. Auch bereits vergessene oder verdrängte negative Erlebnisse können unter LSD-Einfluss ins Gedächtnis zurückkehren und den Trip dominieren. Je stärker die von einem Horrortrip betroffene Person die negativen Aspekte des Trips wahrnimmt, desto schneller gerät sie in einen Zyklus von negativen Gedanken, Sorgen und Angst. Manche fürchten beispielsweise, dass sie ihren Verstand nie mehr kontrollieren können und für immer in diesem Zustand des Trips gefangen bleiben, andere haben Angst vor der kompletten Auflösung ihrer Existenz oder dem physischen Tod. Egal was konkret in einem Horrortrip befürchtet wird, das Zentrale und auch Traumatischste am Erleben der Betroffenen ist eine sehr intensive Emotion der Angst, weswegen dieses Thema im anschliessenden Kapitel vertieft wird. (Geschwinde, 2018)

2.2 Angst

Im Alltag wird häufig das Wort Gefühl als Synonym zum Begriff Emotion eingesetzt, wobei es diesem nicht ganz entspricht. Das Gefühl ist eigentlich nur ein Teil der Emotion, nämlich jener, der bewusst gedanklich wahrgenommen wird. Wie im Folgenden ersichtlich wird, gehören zu Gefühlen wie Wut, Freude und eben insbesondere zu der Angst auch unbewusste Reaktionen im Körper sowie kognitive Denkprozesse (z.B. Erinnern, Vergleichen, Entscheiden). Diese drei Aspekte zusammen bilden eine Emotion. (Sulz, 2021) In den folgenden Kapiteln wird zu Gunsten der Lesbarkeit und Verständlichkeit der Arbeit diese Differenzierung zwischen den Begriffen Angst und Emotion von der Autorin nicht konsequent berücksichtigt.

2.2.1 Definition Angst

„Unbestimmtes Gefühl des Unbehagens oder der Bedrohung, das von einer autonomen Reaktion begleitet wird (häufig unbestimmte oder dem Individuum unbekannt Quelle); eine Besorgnis, die durch die vorweggenommene Gefahr hervorgerufen wird. Es ist ein Warnsignal für drohende Gefahr und ermöglicht dem Individuum, Massnahmen zum Umgang mit dieser Gefahr einzuleiten.“ (Doenges et al., 2018, S. 148)

Angst ist ein vitales Grundgefühl, welches zum menschlichen Leben gehört. Das Gefühl Angst lässt uns unsere Grenzen erleben und unsere Umwelt differenziert wahrnehmen. Wie viele andere Gefühle und wie bereits erwähnt, geht Angst mit körperlichen Symptomen einher. Angst tritt physiologischer Weise auf, wenn der Mensch auf Grund seiner Entwicklung einer Situation subjektiv nicht gewachsen ist. Angst weist so in seiner

ursprünglichen Funktion auf physische Gefahren und psychische Bedrohungen hin und ist also ein grundsätzlich lebensnotwendiges Warnsignal. (Bühlmann In Käppeli, 1998)

2.2.2 Wie entsteht Angst im menschlichen Körper?

Wie die Emotion Angst im Hirn und im Körper genau entsteht, kann zum jetzigen Zeitpunkt weder von der neurologischen noch von der biologischen Wissenschaft abschliessend erklärt werden. Klar ist, dass ein gewisses Areal im Hirn sehr massgeblich an dem Prozess beteiligt ist, nämlich die Amygdala, welche auf Grund ihrer Form auch „Mandelkern“ genannt wird.

Über unsere Sinnesorgane nehmen wir Reize auf, welche auf den Thalamus treffen und von diesem gefiltert werden. Von dort werden die Informationen an die Grosshirnrinde weitergeleitet, wo sie vom Menschen bewusst wahrgenommen und kognitiv verarbeitet werden. Daraufhin werden bewusste, entsprechende Reaktionen eingeleitet. Wenn im Thalamus der Reiz aber als gefährlich bewertet wird, wird diese Information direkt an die Amygdala weitergeleitet. Die Amygdala ist Teil des sogenannten limbischen Systems, welches insgesamt für die Verarbeitung von Gefühlen zuständig ist. Vom Thalamus als bedrohlich eingeschätzte Wahrnehmungen werden also nicht wie die restlichen zunächst nur bewusst kognitiv verarbeitet, sondern in Form von elektrischen Reizleitungen direkt an den Mandelkern geschickt, von welchem, vereinfacht formuliert, eingeschätzt wird, wie erheblich die Gefahr für das Individuum ist. Der jeweiligen Einschätzung entsprechend sendet die Amygdala wiederum Efferenzen an verschiedene Hirnareale, Hormon- und Nervensysteme, welche die zur Emotion Angst dazugehörige körperlichen Reaktionen verursachen. (Sulz, 2021)

All diese körperlichen Reaktionen sollten letztendlich die Vigilanz und die Leistungsfähigkeit des Menschen erhöhen. Die von der Nebennierenrinde ausgeschütteten Stresshormone Cortison und Adrenalin haben dabei eine tragende Rolle. Das sympathische Nervensystem stellt im vegetativen Nervensystem den Antagonist zum Parasympathikus dar, welcher im Ruhezustand die menschlichen Körperfunktionen reguliert. Beim Gefühl der Angst überlässt die Amygdala nun im vegetativen Nervensystem dem Sympathikus die Regulation. Es werden deswegen viele Prozesse im Körper zu einer Stressreaktion umgewandelt. Unzählige Vorgänge im Körper sind hiervon betroffen: Das Herz schlägt dadurch schneller und der Blutdruck steigt, der Gastrointestinaltrakt wird weniger durchblutet, die Muskeln sind angespannter, der Mund wird trocken, in den Händen und generell am ganzen Körper werden die Schweißdrüsen aktiviert. Im Hirn werden viele gedankliche Prozesse unterdrückt und die Bedrohung steht im Vordergrund der kognitiven Wahrnehmung. Die beschriebenen Reaktionen haben zum Ziel, dass der Mensch in bedrohlichen Situationen schneller davonrennen oder besser kämpfen kann. Er befindet sich in diesem vegetativen Zustand im sogenannten „Fight or Flight mode“. (Sulz, 2021)

Abgesehen davon, dass diese vegetativen Reaktionen in Zeiten unserer Zivilisation viel weniger Vorteile mit sich bringen als noch in anderen Stadien der Menschheitsgeschichte, treten sie nicht selten auf pathologische Weise bei Menschen auch in objektiv betrachtet völlig harmlosen Situationen auf. „Während Angst vor einem freilaufenden Löwen in nächster Nähe absolut berechtigt ist, ist die Angst im Supermarkt einkaufen zu gehen unangemessen und hat ein pathologisches Ausmass.“ (Niegot, 2020)

Treten mentale und vegetative Symptome der Angst willkürlich, permanent oder in einem zu einer Situation unverhältnismäßigen Ausmass auf, werden diese Phänomene in der psychiatrischen Medizin als Angststörungen bezeichnet. Angststörungen sind verhältnismässig zu anderen psychischen Krankheiten weitverbreitet. In der Schweiz sind ungefähr 15-20% mindestens einmal im Leben davon betroffen. Der Leidensdruck und die

Auswirkungen auf die subjektive Lebensqualität der davon Betroffenen variieren dabei sehr stark, was sich anhand der Betrachtung vom Stufenschema der Angst nach Peplau leichter vorstellen lässt. (Universitätsspital Zürich, 2022)

2.2.3 Stufen der Angst nach Peplau

Stufe 1 - geringe Angst:

- Wahrnehmung: gesteigert (man sieht und hört besser), Wachsamkeit
- Lernfähigkeit: gesteigert
- Somatische Merkmale: Unruhe, Reizbarkeit
- Psychische Merkmale und Verhalten: gesteigerte Motivation, oberflächliches Verhalten mit anderen, wird als wenig belastend erlebt, Angst kann erkannt und benannt werden

Stufe 2 - mässige Angst:

- Wahrnehmung: leicht vermindert
- Lernfähigkeit: auf Aufforderung noch möglich
- Somatische Merkmale: gesteigerte Unruhe, Herzklopfen, erhöhte Atemfrequenz und Muskeltonus, zunehmende Redegeschwindigkeit, Nausea
- Psychische Merkmale und Verhalten: Gefühl der Unzufriedenheit, Aufmerksamkeit ist selektiv auf den Brennpunkt, Inhalte ausserhalb dieses Fokus werden nicht beachtet, normalerweise kann Angst noch benannt werden

Stufe 3 – starke Angst:

- Wahrnehmung: stark beeinträchtigt
- Lernfähigkeit: Informationen können nur noch minimal aufgenommen werden
- Somatische Merkmale: Zittern, Nausea, Kopfschmerzen, Harndrang/Diarrhoe, Tachykardie, Hyperventilation
- Psychische Merkmale und Verhalten: Gefühl von Furcht, Aufmerksamkeit beschränkt sich auf den fokussierten Vorgang und Schlussfolgerungen sind verzerrt, die Person ist sich der Angst meist nicht bewusst

Stufe 4 – Panik:

- Wahrnehmung: auf kleinstes Detail beschränkt
- Lernfähigkeit: nicht mehr vorhanden
- Somatische Merkmale: erweiterte Pupillen, erschwertes Atmen, Tachykardie, unkoordinierte Bewegungen, Unfähigkeit zu sprechen
- Psychische Merkmale und Verhalten: Gefühl des drohenden Verhängnisses, Energie der aufkommenden Panik muss entweichen, das bedeutet Coping-Strategien sind unwillkürlich und können auch in Wutausbrüchen enden

(Peplau, 2009)

2.2.4 Substanzinduzierte Angst

Angststörungen werden mittels der ICD-Klassifikation eingeteilt. Die substanzinduzierte Angststörung findet ihren Platz in der Kategorie nicht näher bezeichnete Angststörungen mit dem Code F41.9. (Veselinovic & Schneider In Hax-Schoppehorst et al., 2014)

Stimulanzien wie zum Beispiel Halluzinogene (LSD, Psilocybin, Meskalin, Ketamin, etc.) können, insbesondere im Rahmen der beschriebenen Horrortrips, intensivste Angstzustände hervorrufen. Sie treten in Begleitung von quälenden Halluzinationen, anderen wahnhaften Sinneseindrücken und negativen Gedankenspiralen auf, welche durch, auf Grund des Rauschzustandes herabgesetzter oder gänzlich fehlender Kontrolle über die eigenen Gedanken, für die Betroffenen massiv verschlimmert werden. Die von der

Angst ausgelösten vegetativen Reaktionen werden häufig wiederum als beängstigend wahrgenommen, wodurch das vegetative Nervensystem die Stressreaktionen verstärkt. Diese Wechselwirkung intensiviert den Angst- respektive Panikzustand oftmals erheblich. (Neu, 2021)

Durch die Wirkung der psychodelischen Substanz sowie die daraus resultierende Panik wird die Wahrnehmung, das Erleben und das Denken komplett auf die Angst eingeeengt, weshalb sich von einem Horrortrip-erlebende Personen existenziell bedroht, maximal hilflos und ausgeliefert fühlen. Durch die bereits beschriebene Angst vor der Auflösung der Existenz oder der physischen Todesangst kann der Leidensdruck der Betroffenen dabei ins Unermessliche steigen. (Geschwinde, 2018)

Dennoch ist es wichtig, die angstzustandserlebende Person nach Substanzkonsum zu fragen. Kann dieser nicht glaubhaft verneint werden, ist es unter Umständen hilfreich, einen Drogenscreen mittels eines Urinschnelltests durchzuführen. Bei negativem Resultat schliesst dieser aber einen Substanzkonsum nicht aus, denn viele synthetische Drogen werden darauf nicht erfasst (zum Beispiel Halluzinogene). (Neu, 2021)

2.3 Pflegerische Massnahmen

2.3.1 Haltung

Die Haltung als Pflegefachperson gegenüber dem Patienten in einem substanzinduzierten Angstzustand ist als enorm wichtig zu erachten. Da bei diesen Patienten durch jeden Reiz erneute Halluzinationen und somit neue Angstzustände hervorgerufen werden können, ist es zunächst extrem wichtig, transparent und ehrlich zu sein, um Vertrauen aufzubauen. Die Grundhaltung von Rogers beschreibt eine mögliche Haltung mit vier Eckpunkten. Als erstes Element wird Echtheit und Aufrichtigkeit genannt. Damit ist die Übereinstimmung zwischen dem was gesagt wird und der Art, wie es gesagt wird gemeint. Respekt als zweiter Baustein beschreibt, dass die menschliche Würde, die Werte und Überzeugungen des Patienten stets zu berücksichtigen sind. Dabei ist es hilfreich, Interesse am Patienten (zum Beispiel am Erleben des Zustandes) zu zeigen. Mit Wertschätzung und nicht urteilend soll die Pflegefachperson sein Gegenüber so annehmen, wie es ist. Das letzte Merkmal ist die Empathie der Pflegefachperson, bei der man sich in die Perspektive des Patienten versetzt. Wenn all die von Rogers genannten Haltungen konsequent und bewusst eingenommen werden, ist die Autorin davon überzeugt, dass sich der Patient ernstgenommen fühlt und dass erneute Reize die gesendet werden unter Umständen weniger angstfördernd sind. (Dietrich & Keller In Margulies et al, 2017, S. 603)

2.3.2 Angstlindernde Pflegemassnahmen

Hier werden Beispiele für angstlindernde Pflegemassnahmen der Angststufen eins und zwei nach Peplau beschrieben.

Peplau beschreibt Pflegehandlungen nach den Stufen der Angst und benutzt darin die Lernfähigkeit. In der ersten und zweiten Stufe ist damit gemeint, dass die Pflegefachperson dem Patienten hilft, dass die von der Angst erzeugte Energie zum Lernen genutzt werden kann. Somit kann in diesen Stufen dem Patienten geholfen werden, die Angst zu benennen, zu erkennen, diese auch zuzulassen und auszuhalten. Auch können zum Beispiel Entspannungsübungen gelernt werden. Informationen können ebenfalls angstlindernd wirken. Allerdings müssen diese sorgfältig ausgewählt sein, da „falsche“, respektive undifferenzierte und interpretierbare Informationen die Angst steigern können. Hoffnung und Vertrauen sind starke Waffen gegen die Angst und auch darin können Patienten gestärkt werden. Das Schaffen von Beziehung ist eine fundamentale

Schutzmassnahme gegen Angst. Fühlt sich der Patient alleine oder isoliert, werden die Ängste dadurch gesteigert. Deshalb soll die Pflegefachperson dem Patienten signalisieren, dass sie für ihn da ist und ihm viel Aufmerksamkeit schenken. (Peplau, 2009) (Bühlmann In Käppeli, 1998)

2.3.3 Pflegemassnahmen unter grosser Angst und Panik

Bei starker Angst und Panik gibt es verschiedene Pflegemassnahmen, um diese zu mildern. Dabei ist zu beachten, dass kaum oder keine Lernfähigkeit mehr vorhanden ist.

Sicherheit und Beruhigung vermitteln:

Damit ist gemeint, dass die Person nicht alleine gelassen wird, keine Anforderungen an diese gestellt werden (zum Beispiel Entscheidung treffen) und Zuversicht vermittelt wird. Es soll ruhig gesprochen werden und emphatisch mit der Person umgegangen werden. Dabei soll einem die eigene Besorgnis stets bewusst sein, um somit zu vermindern, dass die Angst übernommen wird.

Reduktion der Stimulation:

Hier soll eine ruhige Umgebung geschaffen werden. Auf der kommunikativen Ebene soll in kurzen, klaren Sätzen gesprochen werden. Alle Handlungen sollen auf das Hier und Jetzt bezogen werden und Kontakt mit anderen Personen, die ebenso angstvoll sind vermieden werden. Auch können unter Umständen physikalische Hilfsmittel wie Rückenmassage, warmes Bad etc. eingesetzt werden. (Bühlmann In Käppel, 1998)

2.3.4 Pflegemassnahmen bei Angstzuständen unter Halluzinogenen

Umgebungseinflüsse abschirmen:

Auch hier wird die Reduktion von Stimulation genannt. „Set“ und „Setting“ spielen vor allem bei Halluzinogenen eine sehr grosse Rolle auf die Wirkung der Substanz. Das bedeutet, die innere Gestimmtheit des Konsumenten („Set“) und die Einflüsse aus der äusseren Umgebung („Setting“). Daher sollte bei Angstzuständen unter Halluzinogenen als erstes versucht werden die Person von störenden Umgebungseinflüssen abzuschirmen (zum Beispiel ruhiges Zimmer, beruhigende Musik, Beleuchtung reduzieren, etc.). Ausserdem wird auch hier genannt, dass die Person nicht alleine gelassen wird und auch wenn sie es nicht wünscht, sollte stets immer wieder nach ihr gesehen werden. Es ist nützlich drogenintoxikierte Personen selber zu fragen was sie benötigen, häufig können sie es nämlich sehr gut formulieren. Menschliche Nähe und Trost sind öfters hilfreich, jedoch auch nicht immer. Sagt die betroffene Person ausdrücklich, dass die Nähe und Anteilnahme stört, sollte dies akzeptiert werden.

Zuhören und Zureden:

Hier wird eine Gesprächsmethode, „talking down“, beschrieben. Allerdings ist es wichtig zu erwähnen, dass man diese Methode nicht auswendig lernen kann, denn einstudierte Redensarten sind entfremdend und deswegen nur wenig sinnvoll. Ein „talking down“ strebt im Grundsatz ein entspanntes Akzeptieren der Geschehnisse an und wird psychotherapeutisch als die beste Methode beschrieben, mit den ausserordentlichen Wahrnehmungen umzugehen. Beim „talking down“ geht es um das Zuhören und um das Gefühl zu vermitteln, dass keine Gefahr besteht. Dies kann folgendermassen umgesetzt werden: Als erstes sollte kurz nachgeföhlt werden, ob gerade der richtige Zeitpunkt zum Reden ist. Menschen unter Einfluss von Halluzinogenen sind oft sehr feinföhlig für Stimmungen, Körpersprachen und Gesten. Deshalb ist es wichtig, dass der Helfer selbst ruhig und sicher ist, in dem was er sagt und tut. Nachdem ein geföhlmässiger Kontakt

aufgenommen wurde, sollte man zuhören. Viele Personen unter Einfluss von Drogen reden gerne über das was sie erleben und sie stellen einen Vertrauensbeweis dar, mit dem nicht leichtfertig umgegangen werden darf. Wichtig dabei ist, dass der Zuhörer zuhört und nicht über ähnliche Erlebnisse berichtet oder dazwischenredet, denn dafür ist der Patient meist nicht erreichbar, da er zu stark mit sich selbst beschäftigt ist. Auch zu intensives Nachfragen kann die Angst des Betroffenen stärker machen. Man muss sich stets bewusst sein, dass diese Menschen eine Unmenge an Erlebnissen und Sinneseindrücken zugleich im Bewusstsein haben. Fragen oder Handlungen der Anwesenden sollten daher immer eindeutig und klar sein. Diese Eindeutigkeit erreicht man am besten durch kurzes Erzählen, was man vorhat und tut. Genaue Zeitangaben machen keinen Sinn, denn die Zeitwahrnehmung des Patienten ist gestört. Jedoch ist es beruhigend zu wissen, dass die betreuende Person kurz auf der Toilette ist und gleich wiederkommt. Ebenso ist es gut zu sagen wer man ist, wo die Person sich befindet und dass sie in Sicherheit ist. Es kann auch gefragt werden, ob die Person es heller oder dunkler, wärmer oder kühler haben möchte und vor allem ist es wichtig, dem Patienten zu vermitteln, dass man erreichbar ist, wenn man das Zimmer verlässt (zum Beispiel Glocke erklären, sagen man schaut wieder rein). Ein Gesprächspartner, der nicht mit Respekt und Empathie zuhört, sollte auf keinen Fall ein „talking down“ beginnen. Eine solche betreuende Person kann aber klarstellen, dass sie sich bei den Erlebnisberichten unwohl fühlt und sie nicht hören will. Diese Personen können dem Intoxikierten auch helfen, indem sie Geborgenheit mittels Fürsorge, Aufsicht und Schutz vermitteln. Auch diese Massnahmen haben einen grossen angstlindernden Einfluss. (Scherbaum, 2019)

Sind oben aufgeführte pflegerische Massnahmen nicht ausreichend hilfreich, was in solchen Zuständen des Öfteren vorkommt, sollte nicht gezögert werden und in Rücksprache mit dem Ärztlichen Dienst zu medikamentösen Massnahmen gegriffen werden.

2.4 Medikamentöse Massnahmen bei Angstzuständen

2.4.1 Benzodiazepine

Benzodiazepine gehören zur Medikamentengruppe der Schlafmittel und Sedativa. Sie werden in erster Linie in der Psychiatrie bei Angstzuständen, Schlafstörungen, Depressionen und Delir angewendet. Beispiele sind Diazepam (z.B. Valium), Midazolam (z.B. Dormicum) oder Lorazepam (z.B. Temesta).

Wirkmechanismus:

Benzodiazepine verstärken die Wirkung von GABA (Gammaaminobutteracid). GABA ist der wichtigste inhibitorische Neurotransmitter im zentralen Nervensystem. GABA blockiert also an den Synapsen im ZNS die Weiterleitung von bestimmten Nervenreizen. Da Benzodiazepine die Wirkung von GABA verstärken, wirken sie angstlösend, beruhigen, krampflösend und schlaffördernd. Die Wirkung von Benzodiazepinen kann mit Flumazenil aufgehoben werden.

Man unterscheidet die kurzwirksamen (z.B. Midazolam), mittellang wirksamen (z.B. Oxazepam) und langwirksamen (z.B. Diazepam, Lorazepam) Benzodiazepinen. Wichtig zu wissen ist, dass Benzodiazepine (vor allem die kurzwirksamen) sehr rasch abhängig machen und auch nach kurzer Einnahmedauer (ab 1-2 Wochen) schrittweise ausgeschlichen werden sollten um Entzugssymptome zu vermeiden. Werden Benzodiazepine nicht im therapeutischen Bereich eingesetzt (zum Beispiel in der Anästhesie oder Missbrauch), hemmen sie das Atemzentrum und es kann zum Atemstillstand kommen. Unter Benzodiazepinen dürfen keine Motorfahrzeuge gelenkt werden. Ausserdem ist Vorsicht geboten bei Drogen- und Alkoholintoxikationen.

Benzodiazepine können auch eine paradoxe Wirkung hervorrufen, die bis heute nicht wissenschaftlich erklärt werden kann. (Bley, 2020)

Benzodiazepine dürfen als Antidot bei LSD-Intoxikationen und vergleichbaren Vergiftungszuständen verabreicht werden um einen akuten Angstzustand zu durchbrechen. (Geschwinde, 2018).

2.4.2 Neuroleptika

Neuroleptika (auch Antipsychotika genannt) werden in der Psychiatrie in erster Linie bei akuten schweren Psychosen wie bei Schizophrenie oder bei manischen Störungen eingesetzt. Sie können jedoch auch bei Alkoholdelir oder bei Angstzuständen eingesetzt werden

Wirkmechanismus:

Die Wirkung von Neuroleptika beruht darauf, dass sie bestimmte Rezeptoren im Gehirn blockieren und somit das psychotische Erleben (zum Beispiel Halluzinationen, Wahnzustände, Angstzustände) vermindern, also antipsychotisch wirken. Die typischen Neuroleptika blockieren nur die Dopaminrezeptoren und die atypischen sowohl die Dopamin- wie auch die Serotoninrezeptoren. Dopamin und Serotonin sind Neurotransmitter, die im Hirnstoffwechsel eine entscheidende Rolle für Bewegung, Konzentration und Wachheit spielen. Wenn diese Wirkung gehemmt wird, beeinflusst dies alle drei Faktoren.

Es werden die typischen Neuroleptika (z.B. Haloperidol) von den atypischen Neuroleptika (z.B. Olanzapin, Quetiapin) unterschieden. Bei den typischen Neuroleptika werden wiederum die hochpotenten von den niederpotenten unterschieden. Die hochpotenten Neuroleptika wirken weniger beruhigend, dafür umso antipsychotischer, während es sich bei den niederpotenten umgekehrt verhält.

Leider dämpfen, vor allem typische Neuroleptika, nicht nur dort die Reizübertragung wo sie gewünscht ist, sondern auch in Bereichen wo sie nicht sollten. So kann es zu extrapyramidal-motorischen Störungen (Dyskinesien) kommen. Bei den atypischen Neuroleptika sind dafür Nebenwirkungen wie Gewichtszunahme, Hyperprolaktinämie oder Sedierung verstärkt ausgeprägt. (Bley, 2020).

Neuroleptika (z.B. Chlorpromazin) können wie Benzodiazepine zum Durchbrechen eines akuten Angstzustandes bei LSD-Intoxikationen angewendet werden. Allerdings besteht ein grosses Risiko, weshalb diese Gruppe praktisch nie Anwendung findet. Hat der Patient in irgendeiner Form DOB (2.5-Dimethoxy-4-bromamphetamin, ein vollsynthetisches Halluzinogen) konsumiert, kann dies zu schwersten Komplikationen führen. Dies ist häufig sehr schwer zu eruieren, da sich der Zustand genau gleich wie bei LSD präsentieren kann und der Patient überzeugt ist LSD konsumiert zu haben. (Geschwinde, 2018)

3 Schlussteil: Bearbeitung und Beantwortung der Fragestellung

In diesem Teil werde ich meine Fragestellung beantworten, meine kritischen Gedanken äussern und meine Konsequenzen für die Praxis ableiten.

3.1 Beantwortung der Fragestellung

Mit welchen pflegerischen Massnahmen kann ich einen Notfallpatienten mit einem akuten Angstzustand unter LSD-Einfluss optimal betreuen?

Im Thalamus werden sämtliche Reize die wir über unsere Sinnesorgane aufnehmen, gefiltert und an die Grosshirnrinde weitergeleitet. Bewertet der Thalamus einen Reiz als gefährlich, wird dieser direkt an die Amygdala gesendet, welche diese Information erneut einschätzt und entsprechende Efferenzen an die dazugehörenden Hirnareale schickt. Dort wird die Information mit den Hormonen bestückt, welche dann die Emotion Angst auslösen. Wird jetzt durch LSD, sehr vereinfacht gesagt, die Reizschwelle im Thalamus herabgesetzt, kommt es zu einer massiven Reizüberflutung und entsprechend werden auch mehr Reize an die Amygdala gesendet. Ein Patient unter LSD-Einfluss ist also maximal gefährdet einen Angstzustand zu entwickeln. Dies sollte man sich als Pflegende immer bewusst sein. Als Instrument zur Einschätzung der Angst, bieten sich die Angststufen nach Peplau an. Mittels somatischen und psychischen Merkmalen wird die Stufe der Angst eingeschätzt und entsprechende Massnahmen können abgeleitet werden. Während in den ersten beiden Angststufen noch eine Lernfähigkeit vorhanden ist, ist diese in der dritten und vierten Stufe nicht mehr gegeben. In der ersten und zweiten Stufe können also die freigesetzten Energien, welche durch die Angst entsteht, zum Lernen genutzt werden (z.B. mittels Anleitung). In der dritten Stufe kann der Patient nur noch minimalste Informationen aufnehmen, da die Wahrnehmung stark eingeschränkt ist. In der vierten Stufe (Panik) ist keine Lernfähigkeit mehr vorhanden. Es ist also wichtig in der dritten und vierten Stufe anders auf den Patienten einzugehen, z.B. nie alleine lassen, Stimulation reduzieren. Diese Massnahmen können sicherlich auch bei LSD-induzierten Angstzuständen helfen, sie sollten aber durch weitere ergänzt werden. „Set“ und „Setting“ spielen bei Angstzuständen unter Halluzinogenen eine tragende Rolle. Während beim „Setting“ die Umgebung, in welcher sich der Patient befindet, gemeint ist, ist beim „Set“ der innere Gemütszustand der betroffenen Person angesprochen. Beim „Setting“ kann also auf eine Reizabschirmung (z.B. warmes Licht, ruhiges Zimmer) Wert gelegt werden und es soll versucht werden, die Umgebung so gemütlich wie möglich zu machen (genug warm, Matratze zum hinlegen etc.). Beim „Set“ soll auf die Person selber eingegangen werden. Dabei kann die Gesprächsmethode „talking down“ hilfreich sein. Das Ziel dieser Technik ist es dem Patienten zuzuhören und das Gefühl zu vermitteln, dass keine Gefahr besteht. Menschen unter Halluzinogenen sprechen gerne über das was sie erleben und es kann helfen ihre Angst zu reduzieren. Ausserdem sind Menschen unter LSD-Einfluss oft sehr feinfühlig. Deshalb ist es von grosser Bedeutung, dass die Haltung der Pflegefachperson passend ist. Dabei kann die Grundhaltung von Rogers helfen, welche durch die vier Pfeiler Echtheit, Respekt, Wertschätzung und Empathie ausgezeichnet wird. Sind all diese Massnahmen nicht genügend hilfreich, muss zu medikamentösen Massnahmen gegriffen werden. Auch hier ist das Stufenschema von Peplau hilfreich. Befindet sich eine Person in der Angststufe 4 und die erwähnten Methoden bewirken keine Linderung, sollte nicht gezögert werden, den Angstzustand mittels Arzneimittel zu durchbrechen. Als zentrale Aufgabe der Pflegenden sehe ich hier die Erkennung eines solchen Zustandes und die Argumentation vor dem ärztlichen Dienst für das medikamentöse Verfahren. Als Mittel der Wahl sind Benzodiazepine vorhanden, welche vor allem auf die inhibitorischen Neurotransmitter GABA wirken und somit die Reizweiterleitung im Gehirn hemmen. Benzodiazepine können also als Gegenspieler zu LSD gesehen werden, welches vor allem auf die aktivierenden Neurotransmitter Serotonin und Dopamin wirkt.

3.2 Kritische Gedanken

Wenn ich an die Situation zurückdenke und mein Handeln kritisch überprüfe, fallen mir viele Dinge auf. Nach meiner theoretischen Bearbeitung wurde mir klar, dass ein „Horrortrip“ immer ein substanzinduzierter Angstzustand ist, jedoch ein substanzinduzierter Angstzustand nicht immer ein „Horrortrip“. Das Wort „Horrortrip“ wird in der Literatur ausschliesslich im Rahmen von Angstzuständen unter Halluzinogenen verwendet, wobei die substanzinduzierte Angst auch mit anderen Drogen in Verbindung

gebracht wird. Mir war nicht bewusst, dass Menschen unter LSD-Einfluss eine grössere Chance haben Angstzustände zu entwickeln, da ich nicht wusste, wie die Droge wirkt.

Die Beurteilung nach dem Primary Survey war sicherlich richtig und hat mir geholfen die Situation korrekt einzuschätzen. Auch dass ich in Rücksprache mit der Ärztin eine vBGA gemacht habe, um Elektrolytverschiebungen auszuschliessen, war korrekt. Die Unsicherheiten kamen nachher, als mit ziemlicher Sicherheit klar war, dass Herr P.'s Zustand mit dem LSD-Konsum in Verbindung zu bringen war. Durch das Schreiben dieser Arbeit kann ich nun auch einschätzen, dass sich bei Herr P. zum Zeitpunkt der Einlieferung die Wirkung des LSDs auf seinem Höhepunkt befand, da er die Substanz 3 Stunden zuvor konsumiert hat. Es ist also davon auszugehen, dass sich die psychodelische Wirkung innert den nächsten Stunden reduziert, sofern keine relevante psychiatrische Vorgeschichte oder Anamnese bestehen. Heute weiss ich, dass Herr P. in der Angststufe 4 nach Peplau war. Das erkenne ich an den somatischen Merkmalen wie der Tachypneu, der Tachykardie, den unkoordinierten Bewegungen und den erweiterten Pupillen. Diese Symptome passen auch zu einer LSD-Intoxikation. Auf der psychischen Ebene kann ich das Gefühl des drohenden Verhängnisses erkennen, in dem der Patient äusserte Todesangst zu haben. Meine pflegerischen Massnahmen waren, ihm gut zuzureden und ihn nicht alleine zu lassen. Diese Massnahmen waren auch richtig. Allerdings fühlte ich mich unsicher und tat dies sehr intuitiv. Die Unsicherheit hätte auch dazu führen können, dass ich die Angst übernehme. Alleine die Unsicherheit, die ich hatte, war nicht hilfreich für den Patienten. Diese konnte er in seinem feinfühligem Zustand sicherlich spüren und hat seinen Angstzustand verstärkt. Auch ist mir heute klar, dass das gute Zureden kaum Wirkung zeigte, da in der Angststufe vier keine Lernfähigkeit mehr vorhanden ist. Die „talking down“-Methode habe ich zum Zeitpunkt des Geschehens nicht gekannt. Wenn ich jedoch heute über die Situation nachdenke, bin ich überzeugt, dass diese Taktik zu Beginn nicht nützlich gewesen wäre. Zum Zeitpunkt der Einlieferung war Herr P. dermassen von Reizen überflutet und in der Angststufe vier, dass er nicht auf ein Gespräch mit mir hätte einsteigen können. Allerdings wäre es sinnvoll gewesen, nach der ersten Medikamentengabe (also nach 2mg Dormicum i.v.) ein „talking down“ durchzuführen. Somit hätte die zweite Medikamentengabe von 2.5mg Temesta wahrscheinlich verhindert werden können. Mit 2mg Dormicum i.v. wurde der Angstzustand des Patienten also durchbrochen. Nach der Gabe befand er sich aus meiner Sicht in der Angststufe zwei, in der er mir von seiner Angst erzählen wollte. Ich habe ihm auch zugehört, jedoch fühlte ich mich befangen und wusste nicht was ich mit den Informationen anfangen sollte. Heute würde ich bewusst zuhören und klar vermitteln, dass er hier in Sicherheit ist und wir auf ihn achten. Diese Methode würde auch die Grundhaltung von Rogers miteinbeziehen, welche Echtheit, Respekt, Wertschätzung und Empathie beinhaltet. Dass ich in Rücksprache mit der Ärztin 2mg Dormicum i.v. verabreicht habe, erachte ich aus heutiger Sicht als richtig. Herr P. befand sich aus meiner Sicht in der „substanzinduzierten“ Angststufe 4. Nach Bearbeitung der Literatur weiss ich nun, dass es in einem solchen Zustand noch schwieriger ist nur durch pflegerische Massnahmen eine Durchbrechung der Angst zu erreichen. Daher erachte ich es als praktisch unumgänglich medikamentöse Massnahmen einzuleiten. Die zweite Gabe von 2.5mg Temesta hätte ich wahrscheinlich mit pflegerischen Massnahmen (siehe oben) abfangen können.

3.3 Konsequenzen für die Praxis

Für die Einschätzung hilft mir mein neu erworbenes Fachwissen sehr. Anhand der somatischen und psychischen Merkmale gelingt es mir nun schnell zu beurteilen in welcher Angststufe sich der Patient befindet und ich habe viele Möglichkeiten auf den Patienten pflegerisch einzugehen, auch wenn sicherlich nicht alle geeignet sind für den Notfallkontext. Dieses Fachwissen kann ich auch für andere, nicht substanzinduzierte Angstzustände benutzen.

Bezüglich der pflegerischen Massnahmen für den Angstzustand unter Halluzinogenen, also die Reizabschirmung und das „talking down“, sehe ich in der Umsetzung teilweise Schwierigkeiten. Bezüglich der Reizabschirmung sehe ich folgende Problematik: Die Notfallstation ist ein Ort, an dem sehr viele Menschen sind und welcher eine teils imposante Geräuschkulisse bietet. Ausserdem gibt es in vielen Notfallstationen wenig Zimmer sondern Kojen, die mit Vorhängen abgetrennt sind. Im Übrigen sind in den meisten Notfallstationen Gangplätze vorhanden, die, wenn überhaupt, mit Trennwänden abgegrenzt sind, um dem hohen Patientenaufkommen gerecht zu werden. Zudem sind neben den Patienten viele Pflegendende und Ärzte auf der Station und man vergesse nicht die Angehörigen, die ebenfalls ihre Bedürfnisse anmelden. Das bedeutet die Notfallstation ist meistens ein Ort wo extrem viele Reize vorhanden sind. Jemanden in diesem Set von Reizen abzuschirmen ist vor allem bei hohem Patientenaufkommen ein schwieriges Unterfangen. Ich empfinde es nach dem Schreiben dieser Arbeit jedoch als sehr wichtig, dass Menschen unter Einfluss von Halluzinogenen eine der ruhigeren Kojen erhalten. Dies hilft nicht nur dem Patienten sondern auch den betreuenden Personen. Wird der Patient in einer Koje platziert, bei der es sehr laut ist, kann sich der Angstzustand verstärken und es ist für alle ein zusätzlicher Aufwand. Ist der Patient in einem ruhigen Zimmer, kann man die Matratze auf den Boden legen, genügend Decken zur Verfügung stellen und das Licht dimmen. Diese Massnahmen sind auch bei hohem Arbeitsaufkommen möglich. Bezüglich dem „talking down“ sehe ich diesbezüglich Schwierigkeiten. Ein „talking down“ kann nicht schnell abgehandelt werden und muss von einer ruhigen Person, die sich die Zeit nimmt, durchgeführt werden. Im Notfallkontext kann sich dies bei hohem Patientenandrang sehr schwierig gestalten. Ist dies der Fall, können, falls vorhanden, sicherlich auch Angehörige gebeten werden beim Patienten zu bleiben, sofern diese mit der Situation umgehen können. Es erscheint mir am Wichtigsten, dass der Patient sich nicht alleine fühlt. Vielleicht ist sein Zustand auch so, dass er alleine im Zimmer sein kann, jedoch einfach das Gefühl vermittelt bekommt, dass er nicht alleine ist. Ist das Arbeitsaufkommen niedrig, ist ein „talking down“ sicherlich sehr gut umsetzbar.

Für medikamentöse Massnahmen werde ich mich in vergleichbaren Situationen noch nachdrücklicher einsetzen, da mir durch die Beschreibung von Horrortrips in der Literatur klar geworden ist, wie hoch der Leidensdruck von Betroffenen ist. Ausserdem ist es in der „substanzinduzierten“ Angststufe 4 fast unmöglich ohne medikamentöse Massnahmen eine Durchbrechung zu erreichen.

Vor der Bearbeitung dieser Diplomarbeit verfügte ich nur über sehr wenig Wissen über den Umgang mit Menschen unter LSD-Einfluss. Heute habe ich ein differenziertes Verständnis und Wissen diesbezüglich. Ich bin sensibilisiert und kann zum jetzigen Zeitpunkt viel besser auf Menschen unter Einfluss von LSD eingehen. Insgesamt habe ich auch von der Auseinandersetzung mit der Angst allgemein sehr profitiert, da beschriebene Massnahmen in allen Situationen wirksam sein können, in denen Patienten ängstlich sind. Damit ist man in der Tätigkeit auf der Notfallstation fast täglich konfrontiert. Ich hoffe, dass vorliegende Arbeit einen Teil dazu beitragen kann, Verständnis im Umgang mit Horrortrips-Erlebenden zu schaffen.

4 Anhang

4.1 Literaturverzeichnis

Angstmann, R. (13.05.2021) *Der Drogenkonsum nimmt auch im Corona-Jahr nicht ab – der Trend des LSD-Microdosing scheint in der Schweiz angekommen zu sein*. Zugriff am 15.08.2022 unter <https://www.nzz.ch/zuerich/drogenkonsum-2020-isd-wird-zur-modedroge-cannabis-gefaehrlicher-ld.1624942?reduced=true>

Bley, C. (2020). *I Care Krankheitslehre*. (2. Aufl.). Stuttgart: George Thieme

Bühlman, J. (1998). *Angst*. Konzeptbeschreibung inkl. Definition. In Käppeli (Hrsg.). (1998). *Pflegekonzepte*. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld. (Band 1). Bern: Hans Huber

Dietrich, L. & Keller, M. (2017). *Kommunikation in der Onkologie*. Patientenzentrierte Kommunikation. In Margulies et al. (Hrsg.). (2017). *Onkologische Krankenpflege*. (6. Aufl.). Berlin: Springer.

Doenges, M. et al. (2018). *Pflegediagnosen und Pflegemassnahmen*. (6. Aufl.). Bern: Hogrefe

Geschwinde, T. (2018). *Rauschdrogen: Marktformen und Wirkungsweisen* (8. Auflage). Berlin: Springer

Hofmann, A. (2018). *LSD mein Sorgenkind* (8. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta

Neu, P. (2021). *Akutpsychiatrie: Das Notfall-Manual*. (4. Auflage). Stuttgart: Schattauer

Niegot, F. (2020). *Neurotische, Belastungs- und körperbezogene psychische Störungen*. Angst, Zwang und Reaktion auf Belastungen. In Thiel, H., Traxler, S., Niegot, F. (2020). *Psychiatrie für Pflege-, Sozial- und Heilberufe* (6. Auflage). München: Elsevier

Peplau H. E. (2009). *Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege*. *Ausgewählte Werke*. (2.Aufl.). Bern: Hans Huber.

Scherbaum, N. (2019). *Das Drogentaschenbuch* (6. Auflage). Stuttgart: George Thieme Verlag.

Sulz, S. (2021). *Mit Gefühlen umgehen: Praxis der Emotionsregulation in der Psychotherapie*. Giessen: Psychosozial-Verlag

Tretter, F. (2017). *Suchtmedizin kompakt*. (3. Aufl.). Stuttgart: Schattauer

Universitätsspital Zürich (2022). *Angststörungen*. Zugriff am 31.08.2022 unter <https://www.usz.ch/krankheit/angststoerungen/#:~:text=Angstst%C3%B6rungen%20sind%20eine%20besonders%20h%C3%A4ufig,bereits%20eine%20Panikattacke%20erlebt%20hat.>

Veselinovic, T. & Schneider F. (2014). *Angststörungen im klinischen Alltag*. Klassifikation, klinische Bilder. In Hax-Schoppenhorst et al. (Hrsg.). (2014). *Das Angst-Buch für Pflege- und Gesundheitsberufe*. (1. Aufl.). Bern: Hans Huber

4.2 Selbstständigkeitserklärung

Studierender/Studierende

Name: Vorname:

Bischof Luzia

Titel der Diplomarbeit:

Selbstständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass diese Diplom-/ Projektarbeit von mir selbständig erstellt wurde. Das bedeutet, dass ich keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel beigezogen und keine fremden Texte als eigene ausgegeben habe. Alle Textpassagen in der Diplom-/ Projektarbeit, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Datum:

21.09.2022

Unterschrift:



Veröffentlichung und Verfügungsrecht

Die Z-INA verpflichtet sich, die Diplom-/ Projektarbeit gemäss den untenstehenden Verfügungen jederzeit vertraulich zu behandeln.

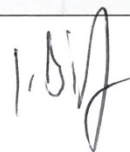
Bitte wählen Sie die Art der vertraulichen Behandlung:

<input checked="" type="checkbox"/>	Veröffentlichung ohne Vorbehalte
<input type="checkbox"/>	Keine Veröffentlichung

Datum:

21.09.22

Unterschrift:



Bei Paararbeit Unterschrift der 2. Autorin/ des Autors: