

Ringvorlesung MARECUM: Delir – Organische psychische Störungen

**WS 2011/2012
03.02.2012**

Walter Hewer

**Vinzenz von Paul Hospital, Abt. Gerontopsychiatrie
78628 Rottweil – Korrespondenz: w.hewer@VvPH.de**

Organische psychische Störungen – Gliederung*

- 1) Organische Psychische Störungen – Theorie**
- 2) Organische Psychische Störungen – Beispiele**
- 3) Delir als wichtigstes organisches
Psychosyndrom mit akutem Verlauf**
- 4) Anhang: Psychiatrische Notfälle**

*** In der Vorlesung wird nur ein Teil d. Folien besprochen, zusätzlich werden Kasuistiken anhand v. MRT-/CT-Befunden etc. dargestellt.**

Allgemeine diagnostische Kriterien für organische psychische Störungen n. ICD-10

- 1) Vorhandensein charakteristischer Leitsymptome (kognitive Dysfunktion, „Bewusstseinstrübung“) und/oder
- 2) Nachweis einer potentiell ursächlichen zerebralen oder systemischen Erkrankung
- 3) Zeitlicher Zusammenhang zwischen der Entwicklung der Grundkrankheit und der Manifestation der psychischen Störung
- 4) Rückbildung der psychischen Störung nach Rückbildung oder Besserung der mutmaßlichen Grundkrankheit
- 5) Kein überzeugender Beleg für eine anderweitige Verursachung der psychischen Störung (z.B. Vorliegen einer positiven Familienanamnese)

Organische Psychosyndrome nach ICD-10

- **Demenz**

- **Amnestisches Syndrom**

- **Delir**

- **Organische Halluzinose**

- **Organ. katatone Störung**

- **Organ. wahnhafte Störung**

- **Organ. affektive Störung**

- **Organische Angststörung**

- **Organ. dissoziative Störung**

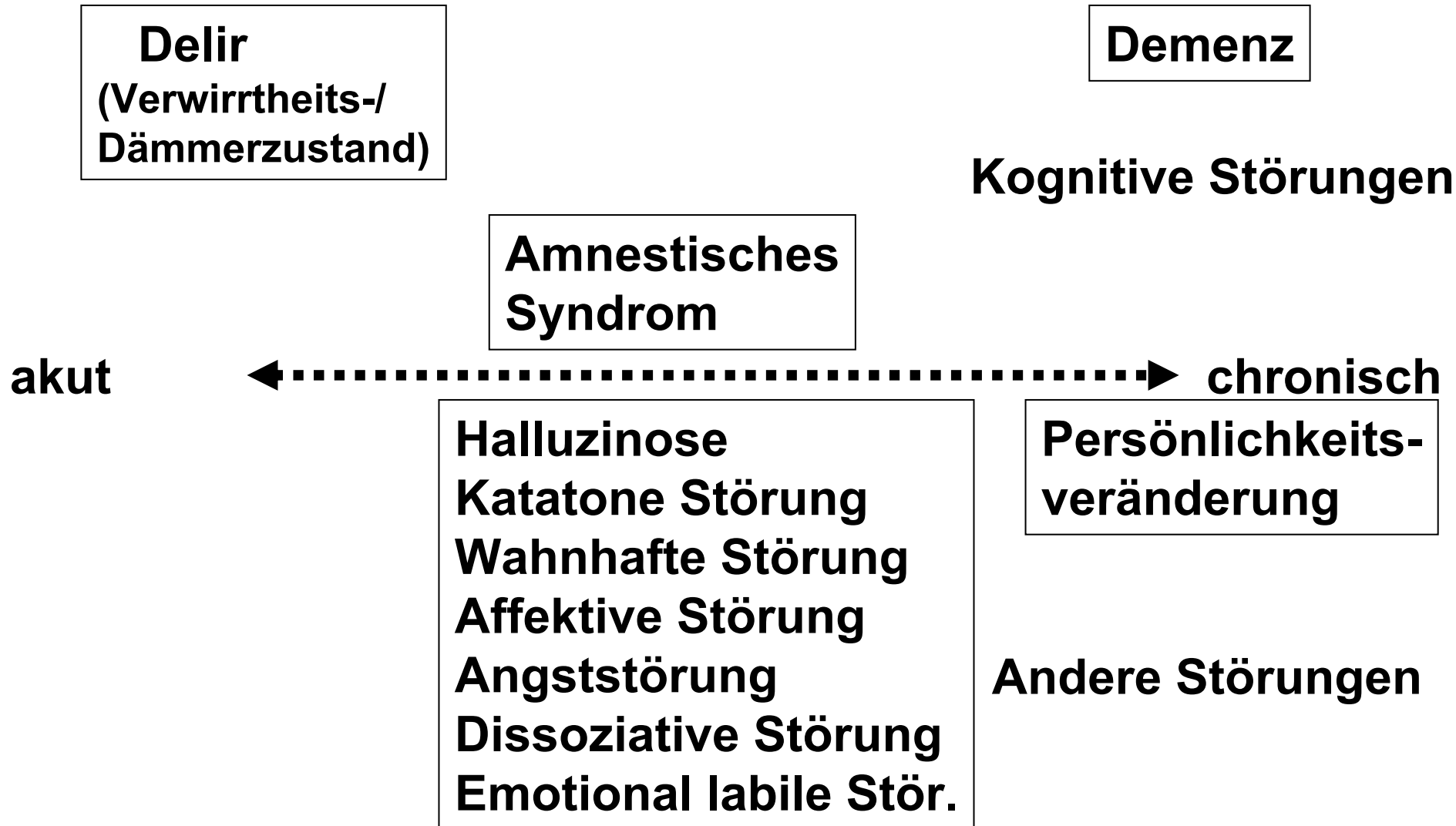
- **Organ. emotional labile
Störung**

- **Leichte kognitive Störung**

- **Organ. Persönlichkeits-
und Verh.störungen**

- **Andere organ. Störungen**

Einteilung organischer psychischer Störungen (ICD-10, modif. n. Lauter 1988)



Organische Angststörung: mögliche Ursachen

Herz-Kreislauf

- Koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Arrhythmien
- Bluthochdruck, Synkopen, Volumenmangel

Lunge-Atemwege

- Asthma, chronisch obstruktive Atemwegserkrankung, Pneumonie, Pneumothorax, Lungenembolie

Hirnerkrankungen

- Anfallsleiden, Enzephalopathien, Tumoren, Schädel-Hirn-Verletzungen

Verschiedenes

- Metabolisch-endokrine Störungen (z. B. Hyperthyreose, Hypoglykämie)
- Unerw. Arzneimittelwirkungen, Alkohol, Coffein, Drogen

Mögliche somatische Ursachen schizophrenieähnlicher Psychosen*

- **ZNS-Erkrankungen (5-8 %):**
 - Epilepsien
 - Zerebrale Traumata
 - Zerebrale Tumore
 - Infektionen
 - Vaskuläre Erkrankungen
 - Degenerative Erkrankungen
- **Systemische Erkrankungen (3 %):**
 - Metabolische Störungen
 - Autoimmunerkrankungen
 - Hypo-/Hyperthyreose
 - Vitamin-B12-Mangel
 - Drogenbedingte Störungen
 - Medikamentös bedingte Störungen

Somatische Basisdiagnostik bei V.a. Schizophrenie*

- **Internistisch-neurologische Untersuchung**
- **Differentialblutbild**
- **CRP**
- **Leberfunktionsparameter**
- **Nierenfunktionsparameter**
- **TSH**
- **Drogenscreening**
- **Zerebrale Bildgebung (CT/MRT)**

Ausgewählte somatische Grunderkrankungen bei organisch depressiver Störung*

- endokrine Erkrankungen: z.B. Hyper-/Hypothyreose, Hyper-/Hypocortisolismus**
- metabolische Störungen: z.B. Hypovitaminosen, Elektrolytstörungen, Leber-/ Niereninsuffizienz**
- kardiopulmonale Erkrankungen: z.B. Herzinsuffizienz, respiratorische Insuffizienz**
- Malignome: z.B. Pankreaskarzinom**
- immunologische Systemerkrankungen: z.B. SLE, Art. temporalis, Rheum. Arthritis**
- Zerebrale Erkrankungen: z.B. M. Parkinson, Epilepsie**
- Infektionen: z.B. Infekt. Mononukleose, Hepatitis, Influenza, HIV-Infektion, Lues**
- Medikamente: z.B. Reserpin, Propranolol, Clonidin, NNR-Steroide, NSAR, H-2-Antagonisten**

*** nach Caine et al 1995, Popkin 1995, NVL „Unipolare Depression“ 2009**

Unspezifität organischer Psychosyndrome am Beispiel endokriner Erkrankungen*

	Delir	Demenz	Psychose	Manie	Depression	Angst
Hypothyreose	x	x	x		x	x
Hyperthyreose	x		x	x	x	x
Hypoparathyr.	x	x	x		x	x
Hyperparathyr.	x		x	x	x	x
NNR-Insuffizienz	x		x			x
Cushing-S.	x		x	x	x	x
Hypophysenins.	x	x			x	x
Diabetes mell.	x	x			x	x
Phäochromozyt.						x

* aus: Stoudemire, Fogel, Greenberg (eds): Psychiatric care of the medical patient.
New York, London 1999, ergänzt n. Hewer (z. Publikation eingereicht)

Delir – Symptombereiche/ Diagnosekriterien

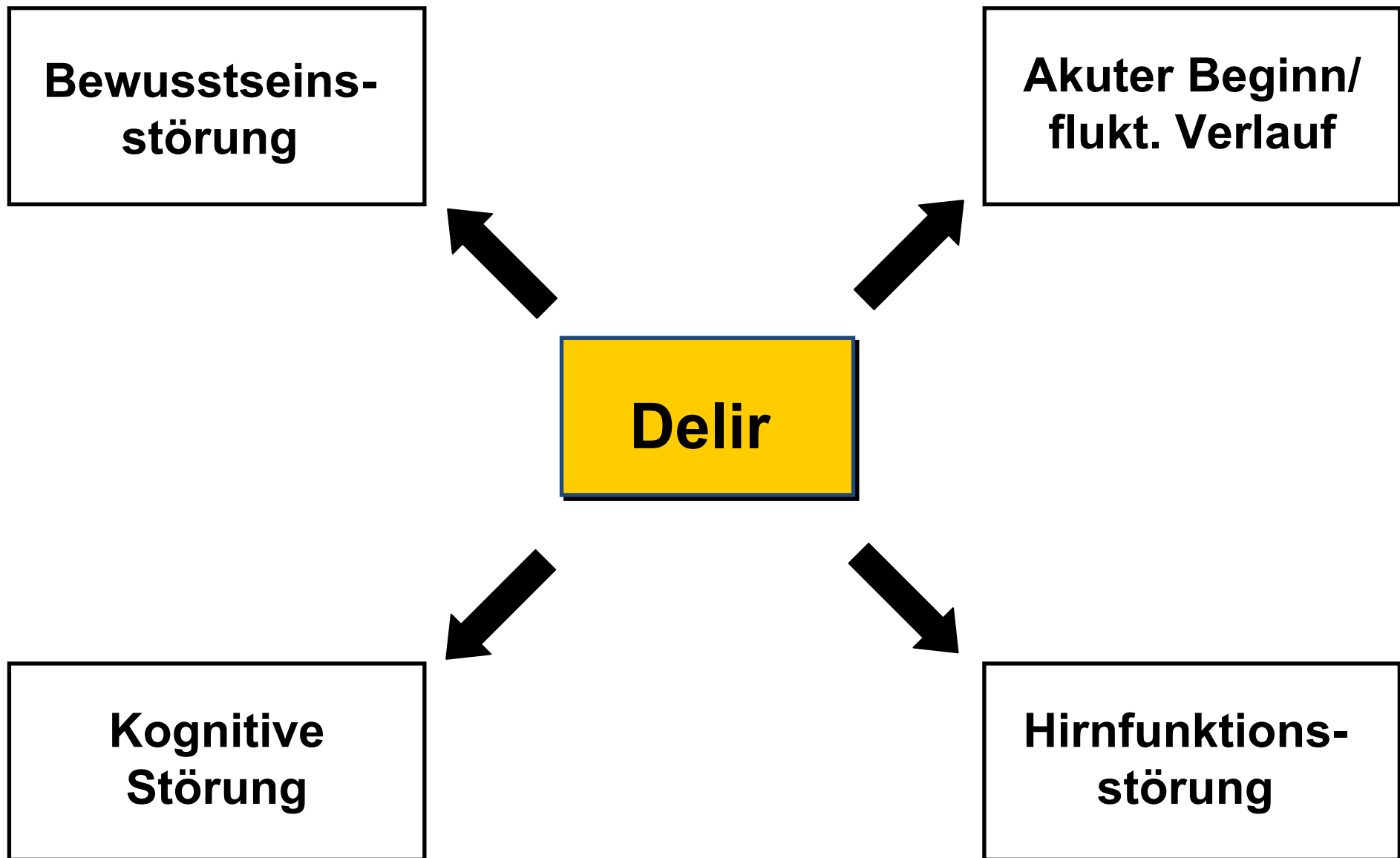
**Bewusstseins-
störung**

**Akuter Beginn/
flukt. Verlauf**

Delir

**Kognitive
Störung**

**Hirnfunktions-
störung**



Syndrom Delir: Diagnostische Kriterien*

- A. Bewusstseinstrübung / Störung der Aufmerksamkeit (Fokussierung, Aufrechterhaltung, Neuausrichtung der Aufmerksamkeit).
- B. Einschränkung kognitiver Leistungen (z.B. Gedächtnis, Orientierung, Sprache betreffend) *oder* Wahrnehmungsstörungen (soweit diese Symptome nicht durch eine Demenz erklärt werden können).
- C. Rasche Entwicklung (Stunden-Tage), fluktuierender Verlauf.
- D. Störung durch die Auswirkungen einer körperlichen Erkrankung auf das Gehirn erklärbar.

* Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)
American Psychiatric Association 1994/2000

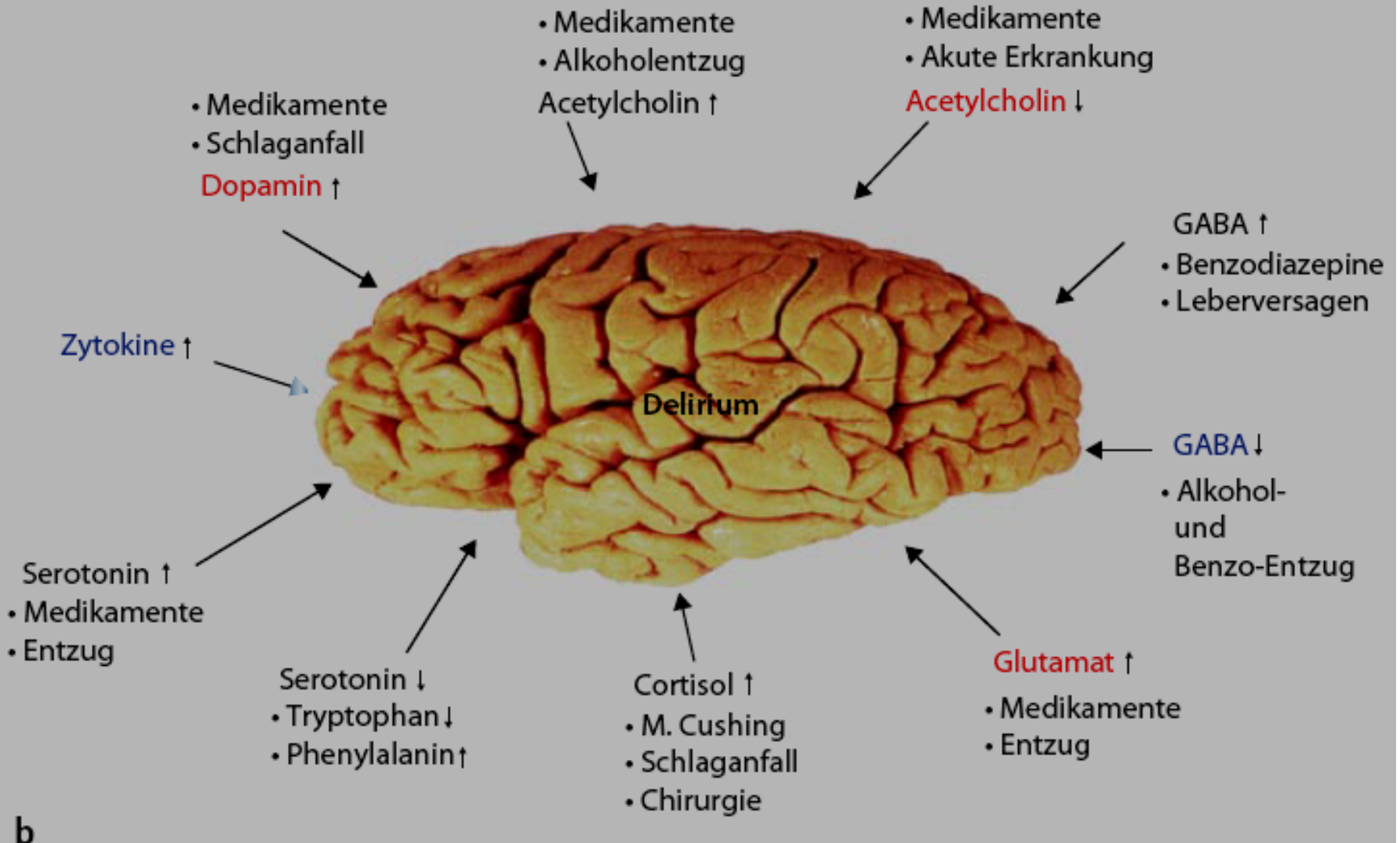
Delir: weitere Symptome

- **Wahn, Halluzinationen**
- **affektive Störungen: z.B. Depressivität, Ängstlichkeit, Reizbarkeit**
- **Störungen der Psychomotorik ("hypoaktives" versus "hyperaktives" Delir)**
- **Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus**
- **vegetative Symptome: z.B. Mydriasis, Tachykardie, Blutdruckanstieg, Hyperhidrosis, Tremor**
- **neurologische Symptome: Myoklonien, Ataxie, Asterixis, Dysarthrie, aphasische, apraktische und agnostische Störungen**
- **Allgemeinsymptome: Inkontinenz, Sturzneigung, Malnutrition, Störungen des Flüssigkeitshaushalts**

Delir: Häufigkeit

- stationäre Patienten
(höheres Alter) ~ 10-56 % (Cole 2004,
Fong et al 2009)
- Intensivpatienten ~ - 80 % (Schmitt &
Pajonk 2008)
- onkologische Patienten (stat.) ~ 25 % (Brown
& Boyle 2002)
- Palliativmedizin ~ 80 % (Brown
& Boyle 2002)
- postoperative Patienten
(höheres Alter) ~ 15 - 50 %
(Fong et al 2009)
- Demenzkranke
(im Krankenhaus) ~ 25-50 % (und mehr)
(Fick et al 2002)
- Pflegeheime ~ 3-33 % (Dosa et al 2007,
Mc Cusker et al 2011)

a

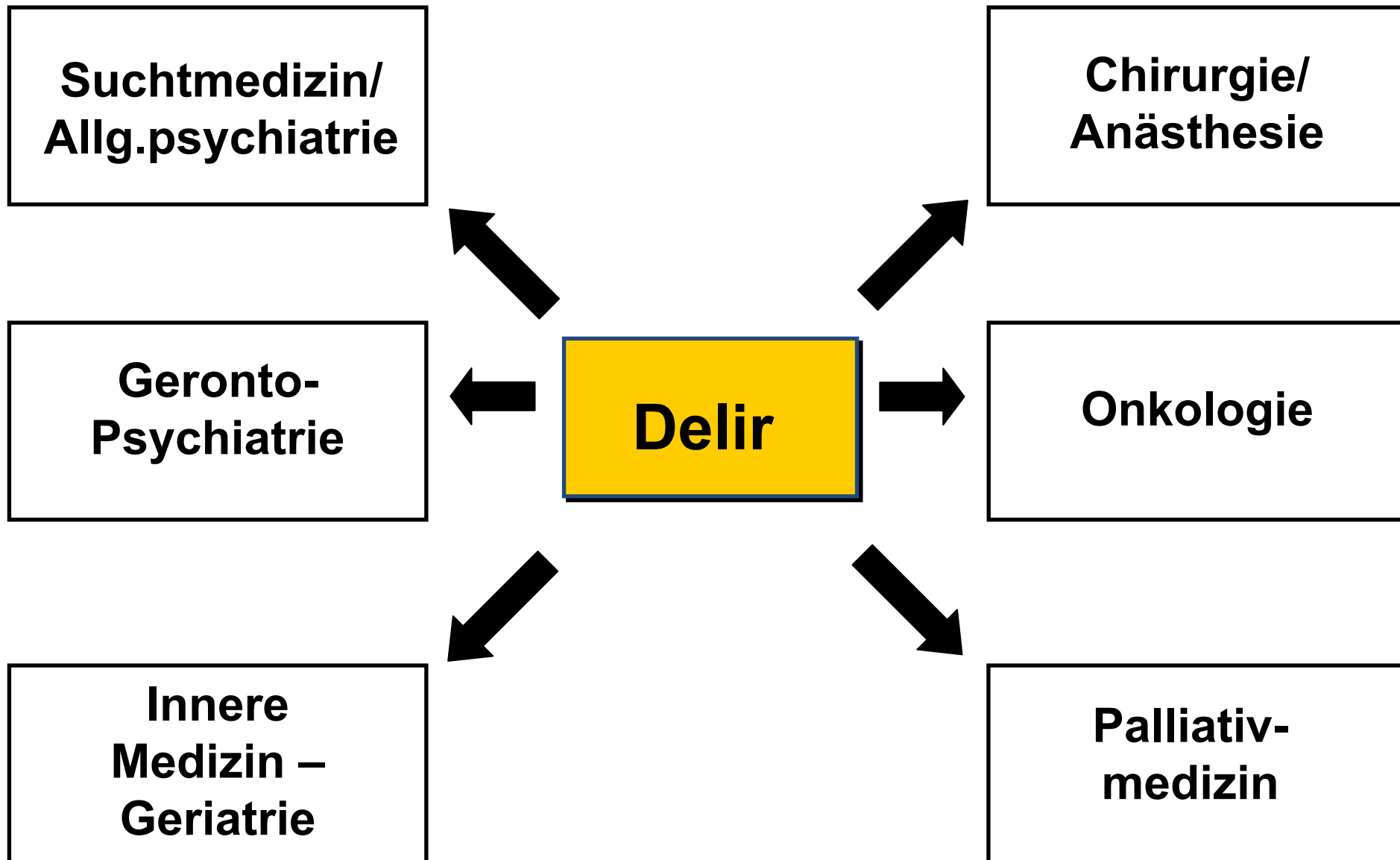


Delir – ausgewählte Pathomechanismen*

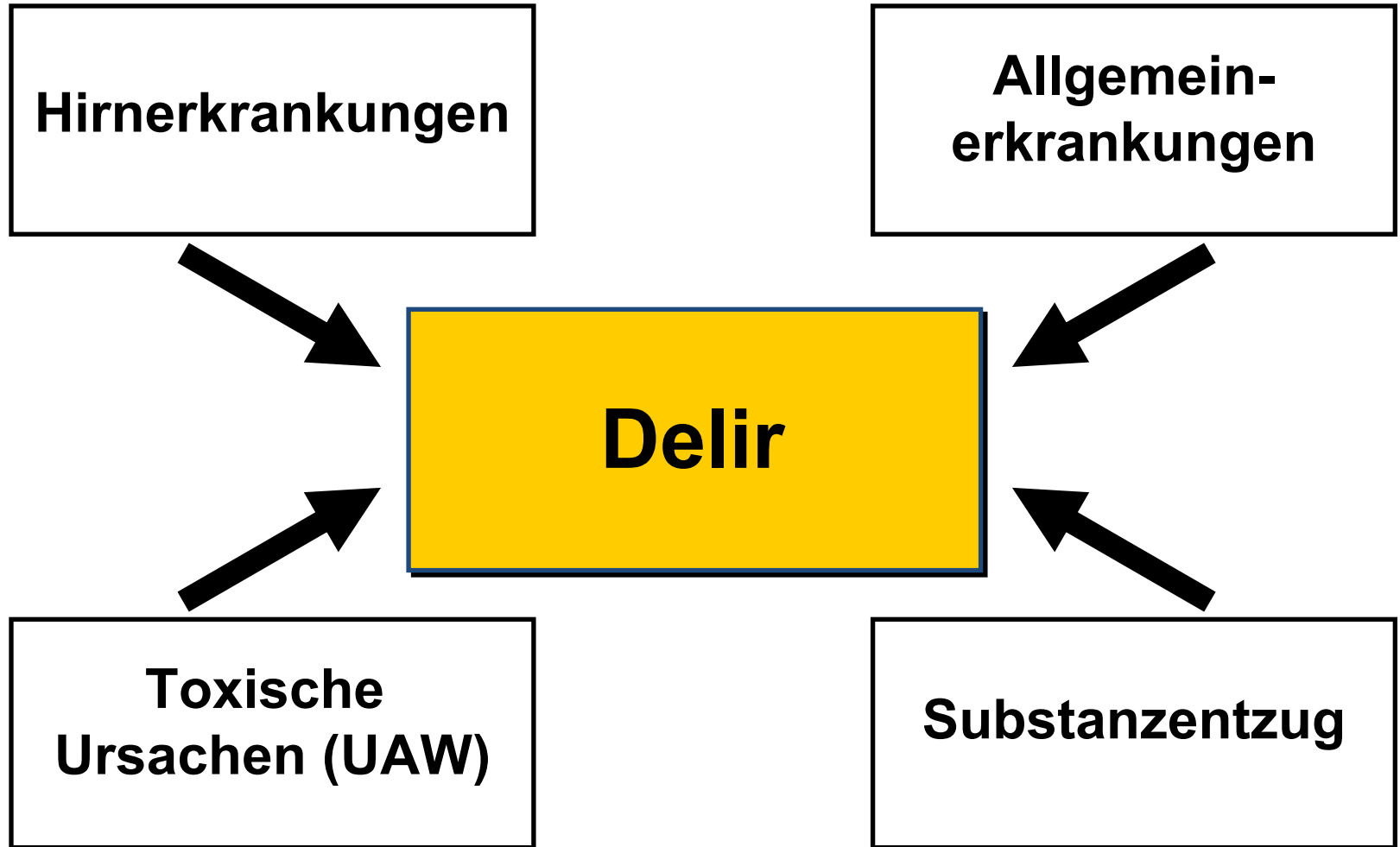
- oxidativer Hirnstoffwechsel ↓**
- neuronaler Flüssigkeitsgehalt ↓ ↑**
- Acetylcholin ↓**
- Dopamin ↑**
- andere Neurotransmitterveränderungen: Noradrenalin, Serotonin, GABA, u.a.m.)**
- veränderte Cytokinaktivität (IL-1, 2, 6, TNF- α , Interferon)**
- Morphologie: erhöhtes Delirrisiko u.a. bei Läsionen d. präfrontalen Cortex, d. re. Hemisphäre, v.a. parietal, u. subcorticaler Kerne (insb. Thalamus, Caudatus re.)**

*** nach Wetterling 1994, Trzepacz 1996, Fischer 2003, Inouye 2006**

Delir – ein interdisziplinäres Problem



Delir - Grunderkrankungen



Häufige internistische Ursachen für Delirien

- Infektionen (Pneumonien, Harnwegsinfekte**
- Metabolische Dekompensationen (Diabetes, Elektrolyte,
Leber-/Nierenfunktion)**
- Herz-Kreislaufkrankungen (z. B. Herzinsuffizienz)**
- Respiratorische Erkrankungen (COPD)**
- Exsikkose**
- u.a.m.**

Medikamente als (potenzielle) Ursache des deliranten Syndroms*

Antidepressiva (Trizyklika)

Lithium

Antiparkinsonmittel

Analgetika (Opioide, NSAR)

Anticholinergika

Diuretika (z.B. Furosemid)

Antihypertensiva (mit zentraler Wirkung)

Alpha- und Betablocker

Calcium-Antagonisten

Antibiotika (Chinolone!)

Antipsychotika

Benzodiazepine

Antiepileptika

Corticosteroide

Antihistaminika

Antiarrhythmika

Zytostatika

Digitalis

Antiasthmatika

Laxanzien

*Hervorhebung (kursiv) Stoffgruppen mit besonders hohem delirogenem Potential;
n. Karlsson 1999, Fießl & v. Hayek 1999, Benkert & Hippus 2009, Hammann & Drewe 2010,
Clegg & Young Age Ageing 2011

Alkoholdelir: diagnostische Kriterien (ICD-10, 1994)

A. Alkoholkarenz nach massivem Alkoholkonsum

B. Allgemeine Delirkriterien erfüllt

C. Mindestens 3 d. folgenden Symptome:

- Tremor
- Kopfschmerzen
- Schwitzen
- Insomnie
- Übelkeit, Würgen,
Erbrechen
- allg. Krankheitsgefühl
- Tachykardie
o. Hypertonie
- Halluzinationen o. Illusionen
- psychomot. Unruhe
- Krampfanfälle

D. Symptomatik nicht durch andere körperliche oder psychische Erkrankung erklärbar

Restitution

Tod



**Delir – Verlauf/
Prognose**



Komplikationen

Defektheilung

Komplikationsraten bei deliranten Patienten nach gefäßchirurgischen Eingriffen*

- **Transfusionsbedürftigkeit** ↑
- **Selbstentfernung von Kathetern/Drainagen** ↑
- **katheterassoziierte Infektionen** ↑
- **Reintubation** ↑
- **Liegedauer** ↑

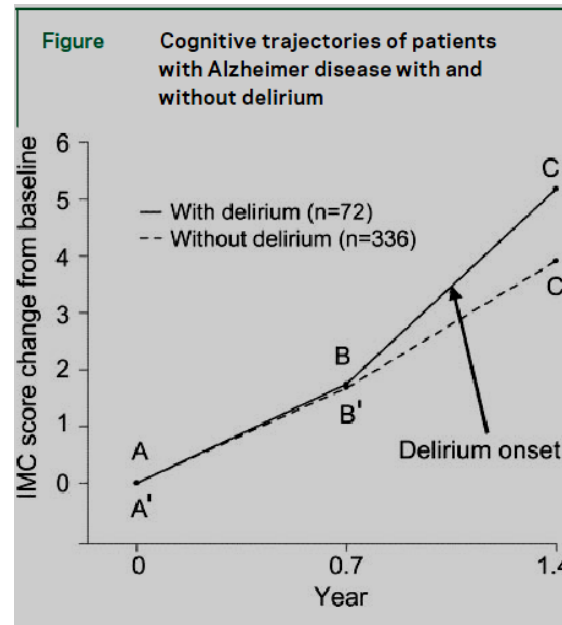
- **tendenziell erhöht: Revisions-Ops, Reanimationsrate**

Typische Komplikationen des Delirs beim alten Menschen*

- **Stürze**
- **Dekubitalulzera**
- **Nosokomiale Infektionen**
- **Vermindertes Funktionsniveau**
- **Inkontinenz**
- **Übersedierung**
- **Malnutrition**

* Potter & George: The prevention, diagnosis and management of delirium in older people: concise guidelines. Clinical Medicine 2006; 6: 303-308

Beschleunigung der Progressionsrate der Alzheimer Demenz nach durchgemachtem Delir*



* Fong et al. Neurology 2009; 72: 1570-1575

Delir: Diagnostik (I)

1) Diagnose des psychopathologischen Syndroms

- psychiatrische Anamnese (incl. Fremdanamnese)
- psychopathologischer Befund, Überprüfung der Diagnosekriterien (z.B. n. ICD-10); evtl. Anwendung standardisierter Verfahren (z.B. MMSE, CAM)

2) Abklärung der Ätiologie des Delirs

- internistisch-neurologische Untersuchung;
cave: somatische Notfälle und Akutsituationen
- apparative Zusatzdiagnostik

Diagnostisches Vorgehen zur Ursachenabklärung des Delirs

- **Basisdiagnostik**

- Anamnese, körperlicher Befund (Vitalparameter!)
- Labor: BKS, Blutbild, Elektrolyte, Nieren-/Leberfunktionsparameter, Glukose, CK, Gesamteiweiß, Urinbefund ...

- **Erweiterte Diagnostik**

- cCT/MRT
- EKG/Röntgen Thorax
- weiterführende Labordiagnostik: z.B. Schilddrüsenhormone, Medikamenten- und Vitaminspiegel
- Liquor/EEG

- **Weitere Untersuchungen: bei spezieller Indikation**

**Somatische Basis-
therapie: Flüssigkeit,
Herz-Kreislauf ...**

**Psychiatrische
Basistherapie:
Orientierung, Schutz ...**

**Delir (nicht entzugsbedingt):
Therapeutische Prinzipien**

Kausaltherapie

**Psychopharmaka:
fakultativ!**

Delir – therapeutische Prinzipien*

Ätiologische Faktoren behandeln



Nichtmedikamentöse Maßnahmen



Wenn Leidensdruck/Gefährdungen



Nichtmedikamentöse Maßnahmen



Bei mangelnder Wirksamkeit: Antipsychotika

* NICE Clinical Guideline 103: Delirium – diagnosis, prevention and management (2010)

Therapie des Delirs – Allgemeine Maßnahmen

1. Prinzipien des Umgangs mit kognitiv beeinträchtigten Menschen

- freundlicher, klarer Kommunikationsstil**
- Gewährleistung einer überschaubaren Umgebung**
- Konstanz der Bezugspersonen, möglichst: Beschäftigung, Mobilisation**
- Bewältigung schwieriger Situationen: beruhigende Zusprache, Ablenkung ...**
- Vermeiden von Eigengefährdungen (Stürze, Weglaufen ...) und Fremdgefährdungen**

2. Medizinische Allgemeinbehandlung

- Wiederherstellung/Erhaltung der körperlichen Homöostase (Lagerung, Prophylaxen, Bilanzierung/Korrektur des Flüssigkeits-/Elektrolythaushalts, Gewährleistung aus reichender Ernährung ...)**

Therapie des Delirs – Spezielle Maßnahmen

1. Kausal

- a) Behandlung ursächlicher Erkrankungen und komplizierender Störungen
- b) bei anticholinergem Delir: Cholinesterase-Inhibitoren

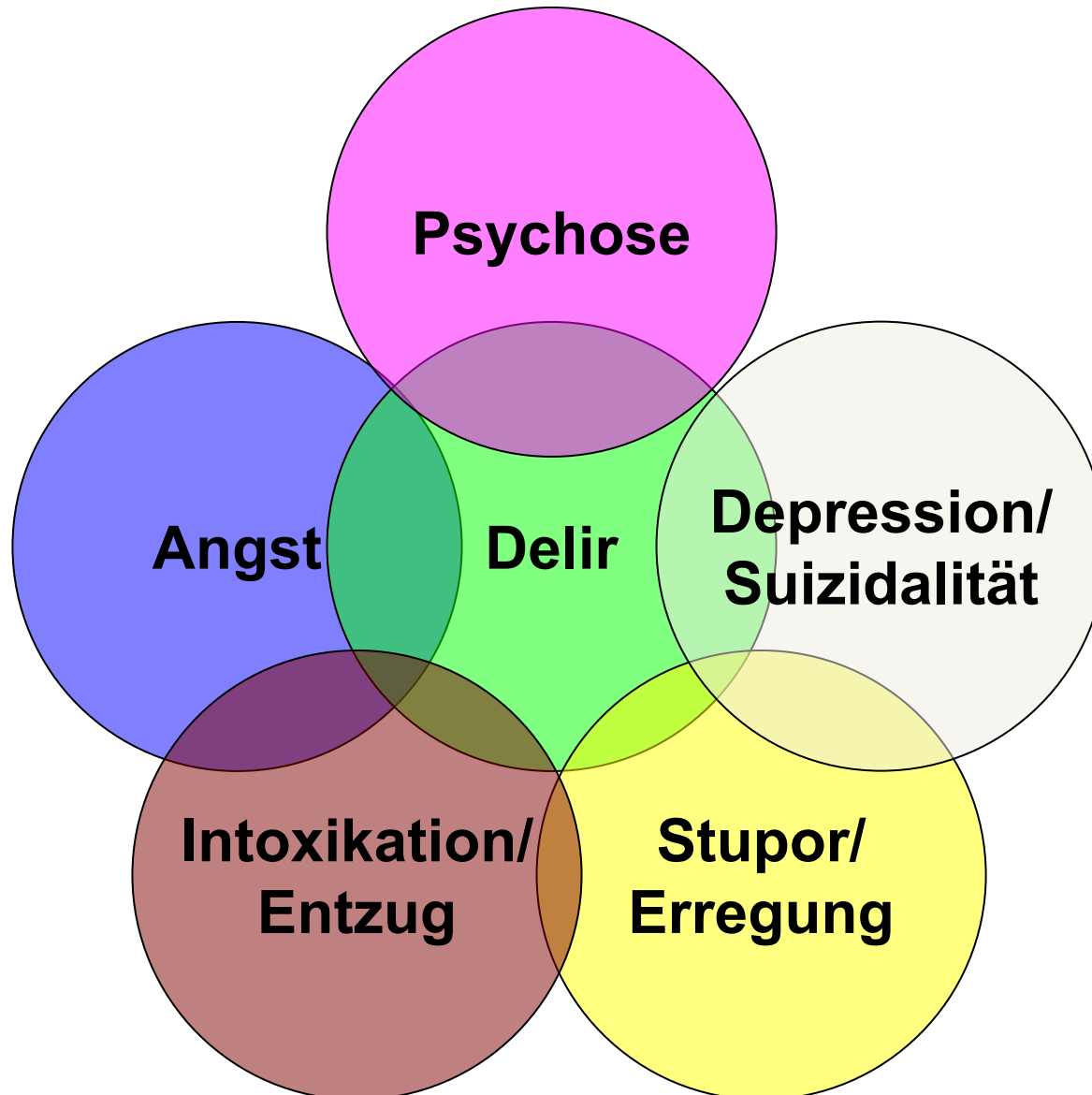
2. Symptomatisch

- a) Überprüfung aller Medikamente
- b) zielsymptomorientierter Einsatz von Psychopharmaka:
 - psychotische Phänomene: hochpotente Neuroleptika (Haloperidol, alt. Atypika, wie Risperidon, Quetiapin)
 - Alkoholentzugssyndrom: Clomethiazol, alt. Benzodiazepine (u.U. in Komb. mit hochpot. Neuroleptika)
 - psychomotorische Unruhe: Neuroleptika (hoch- oder niederpotente); u.U. Benzodiazepine (bevorzugt in Komb. mit hochpotenten Neuroleptika)

Psychiatrischer Notfall

Ein im Zusammenhang mit psychopathologischen Symptomen auftretender Zustand, der zur Abwendung von Lebensgefahr oder anderen schwerwiegenden Folgen unverzüglich der sachverständigen Beurteilung und Behandlung bedarf.

Wichtige Syndrome in der Notfallpsychiatrie

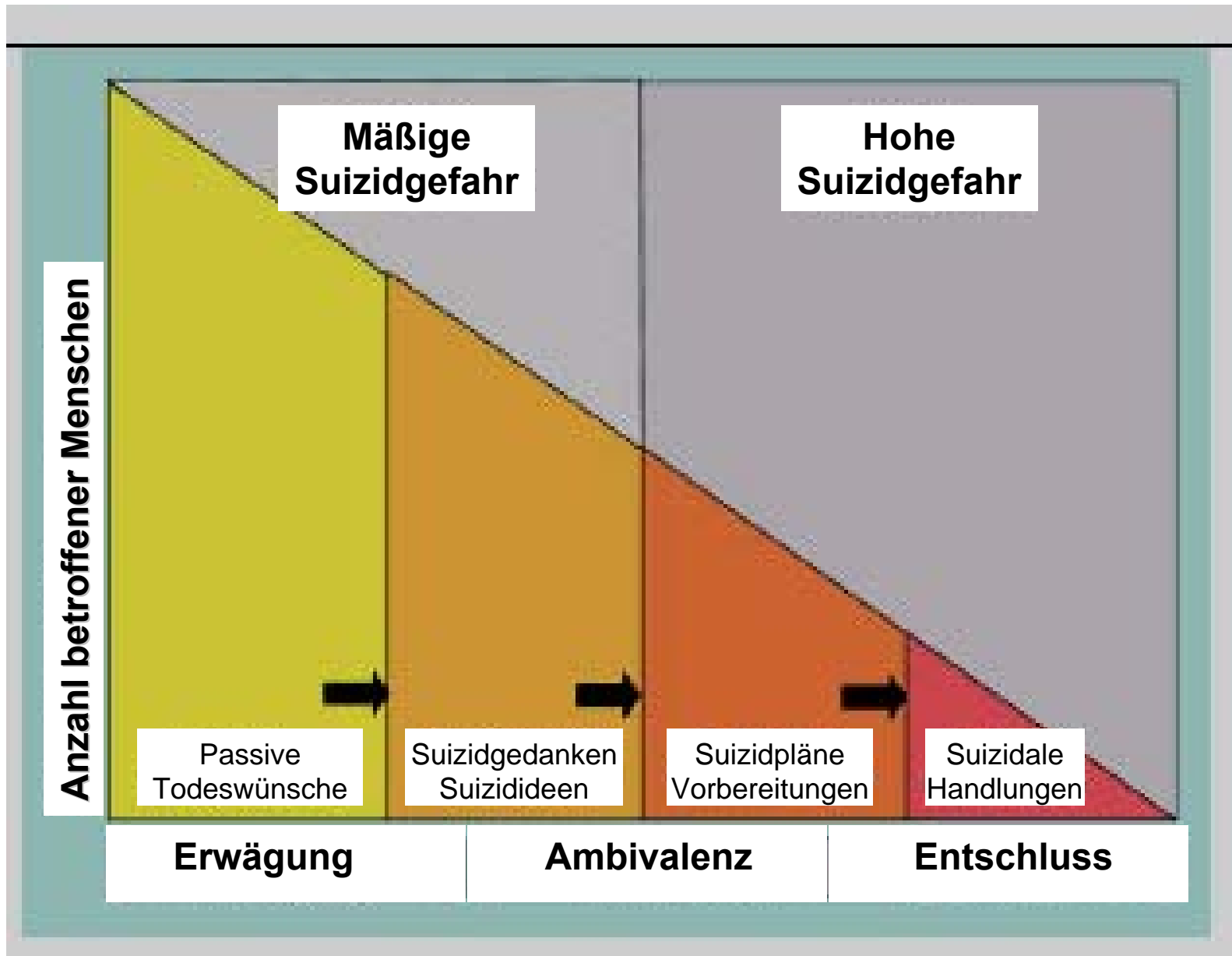


Delir: Notfälle

- **Verhaltensbezogen:** im Kontext der Psychopathologie
 - **Selbstgefährdungen:** Folge von Desorientierung / produktiv-psychotischen Phänomenen, eingeschränkter Kooperation
 - **Fremdgefährdungen:** im Zusammenhang mit Desorientierung / produktiv-psychotischen Phänomenen
- **Somatisch:** bedingt durch Dynamik der Grunderkrankungen
 - bedrohliche **Hirnerkrankungen:** ischämischer Insult, Subarachnoidalblutung, Enzephalitis ...
 - bedrohliche **internistische Erkrankungen:** Arrhythmien, kardiale Dekompensation, Infektionen, metab. Entgleisungen ...
 - Komplikationen schwerer **Entzugssyndrome** (Alkoholdelir)
 - Komplikationen von **Intoxikationen**

Gefährdungen (I) - Eigengefährdungen

- **Suizidalität (u.a. bei schwerer Depression, psychotischem Erleben, Zuständen gestörter Impulskontrolle, z.B. bei massiver Erregung, unter dem Einfluss psychotroper Substanzen)**
- **im Rahmen psychotischen Erlebens**
- **im Rahmen kognitiver Defizite (Delir, Demenz, Intoxikation)**
- **andere: unzureichende Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, körperliche Erkrankungen, Verwahrlosung**



Exploration von Suizidalität

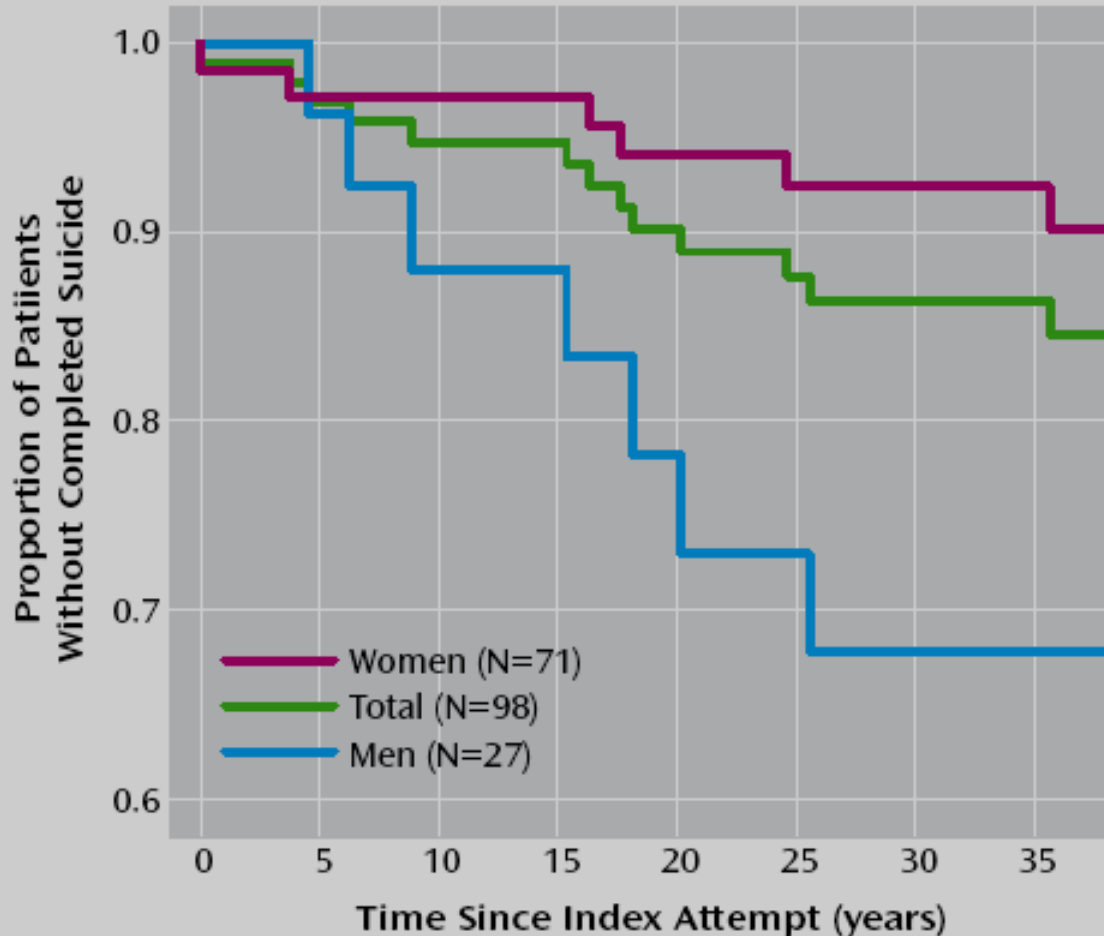
- **Subjektives Befinden: “Wie geht es Ihnen?”**
- **Leitsymptome des depressiven Syndroms**
- **Frage nach Verzweiflung / Hoffnungslosigkeit**
- **Frage nach lebensüberdrüssigen Gedanken**
- **Frage nach Suizidideen / Suizidabsichten**

Typische Fehler beim Umgang mit suizidgefährdeten Menschen

- Nichtansprechen von Suizidgedanken
- Fehleinschätzung der “Ruhe vor dem Sturm”
- fruchtlose Diskussionen über die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme (an Stelle der Erörterung der Ursachen für die suizidale Gefährdung)
- Nichterkennen von Bagatellisierungstendenzen (z.B. Übersehen entspr. fremdanamnestischer Hinweise)
- depressive / wahnhaftige Denkinhalte werden als real akzeptiert
- einseitige Betonung medikamentöser bzw. psychotherapeutischer Maßnahmen
- negative emotionale Reaktion auf das Verhalten des Patienten
- Verordnung unnötig hoher Dosierungen potentiell toxischer Pharmaka
- unverbindliche Therapieempfehlung statt fester Absprachen zur weiteren Therapie

Langzeitverlauf nach Suizidversuchen*

FIGURE 1. Cumulative Proportion of Patients Surviving in the 37 Years Following a Suicide Attempt^a



^a Of the 98 subjects, 13 committed suicide during follow-up: six women and seven men.

Gefährdungen (II) - Fremdgefährdungen

- **erweiterter Suizid**
- **in Folge kognitiver Defizite (Delir, Demenz, Intoxikation)**
- **in Folge psychotischen Erlebens**
- **in Folge eines Impulskontrollverlustes**

Häufige Ursachen aggressiver psychomotorischer Erregungszustände*

- **Alkoholintoxikation (u.U. + Persönlichkeitsstörung),**
- **akute Psychosen (schizophrene, bipolare),**
- **psychosoziale Konfliktsituationen (ohne primäre psychiatrische Erkrankung),**
- **Mischintoxikation bei Polytoxikomanie,**
- **Persönlichkeitsstörung.**

* Steinert & Bergk Nervenarzt 2008; 79: 359-370 (leicht verkürzt), AWMF-Leitlinie 2009

Alkoholintoxikation: Stadien*

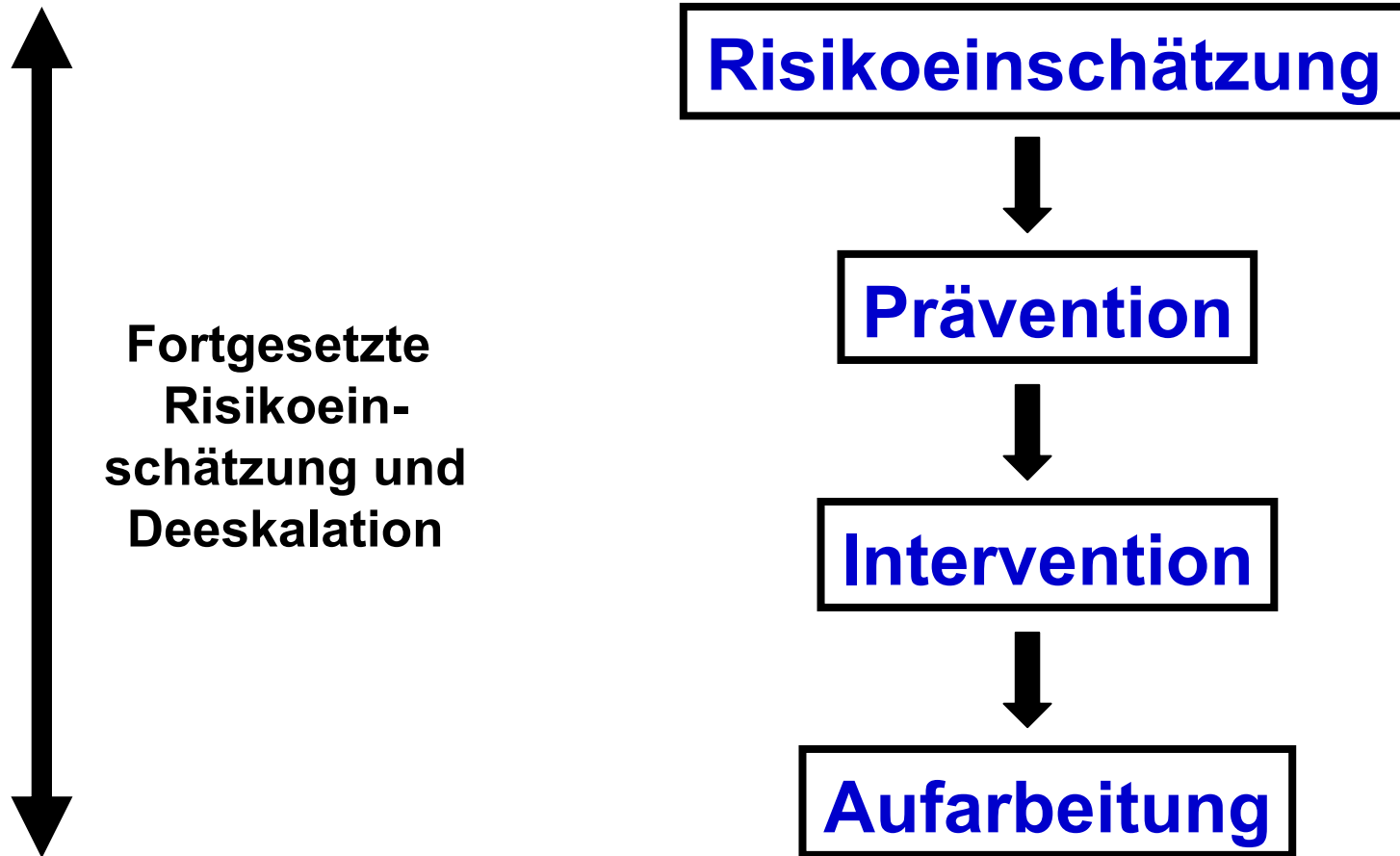
- **I Euphorisches Stadium (u.U. auch Dysphorie)**
BAK: 0,5 – 1 Promille

- **II Erregungsstadium**
BAK: 1 – 2 Promille

- **III Hypnotisch-narkotisches Stadium**
BAK: 2 – 4 Promille

- **IV Asphyktisches Stadium**
BAK: > 4 Promille

Umgang mit Aggression in der Psychiatrie und in der Notfallmedizin*



* NICE - Guideline 2005, DGPPN-Leitlinie 2009

Diagnostik psychiatrischer Notfälle – Triage-Fragen

- 1) Psychiatrischer und/oder somatischer Notfall?**
- 2) Muss der Patient unverzüglich gesehen werden?**
- 3) Akute Eigen- oder Fremdgefährdung**
- 4) Kann der Patient ohne Risiko die Untersuchungssituation verlassen?**

Notfallpsychiatrische Untersuchung

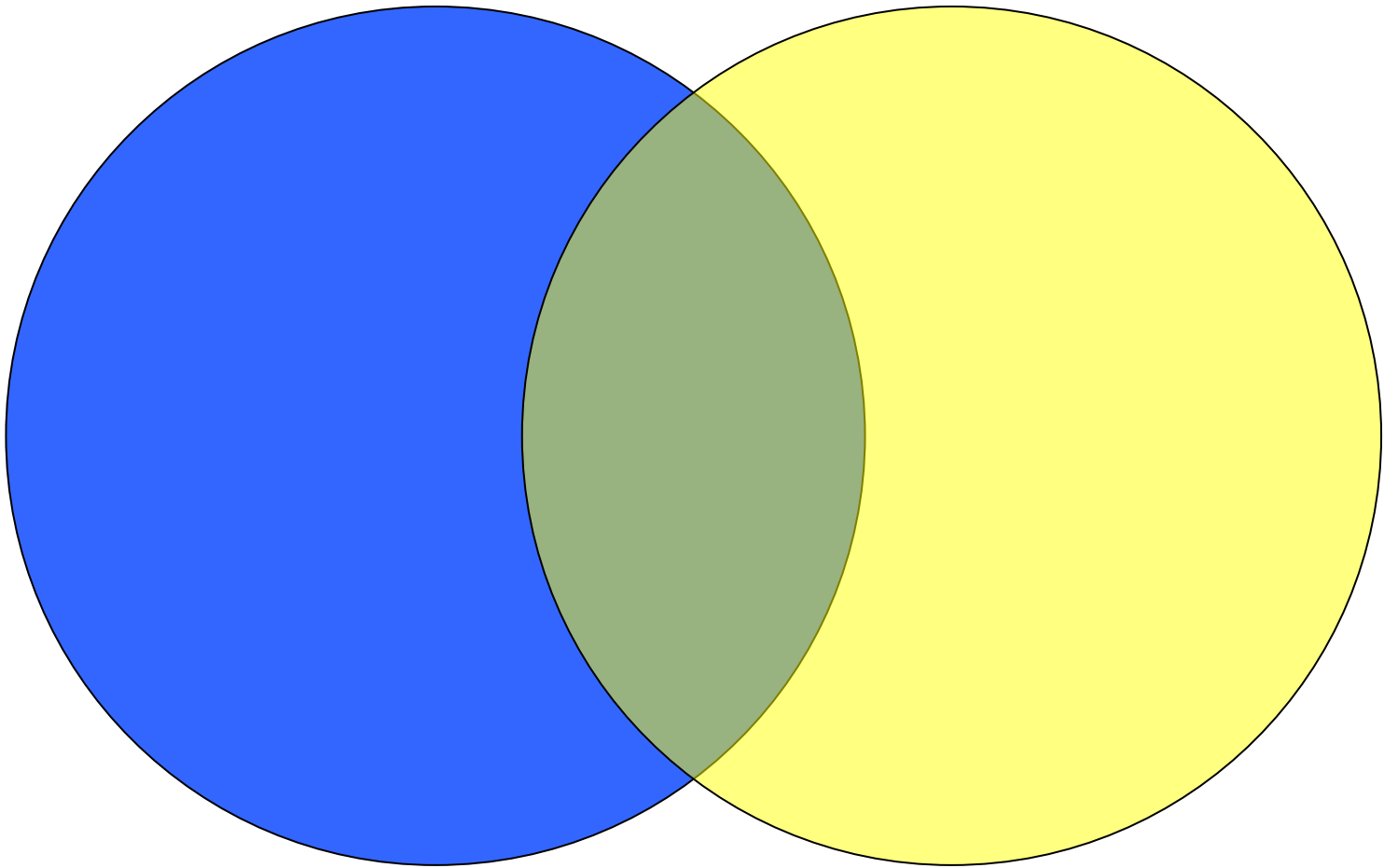
1) Exploration:

- **Anamnese (psychiatrisch / somatisch)**
- **Psychopathologischer Befund (auch in somatischer Hinsicht relevant!)**

2) Körperliche Untersuchung

- **Vitalparameter (Vigilanz, P, RR, Temp, SaO₂)**
- **internistisch-neurologischer Befund**
- **technische Untersuchungen**

3) Fremdanamnese (fakultativ)



Psychiatrische

Somatische

Erkrankungen

Typische Gesprächssituationen in der Notfallpsychiatrie

- der paranoide Patient:

- **Realitätsgehalt erlebter Bedrohung und Beeinträchtigung eher nicht thematisieren**
- **einfühlsame Annahme des gegenwärtigen Erlebens**

- der demente Patient:

- **„bestätigende Annahme“**
- **Konfrontation mit Defiziten möglichst vermeiden**
- **Angehörige als “Co-Patienten”**

Indikationen zur stationären Behandlung*

- unklare Diagnose**
- Notwendigkeit ständiger Überwachung**
- akute Selbstgefährdung**
- Fremdgefährdung**
- psychosoziale Gesichtspunkte (z.B. nicht tragbare Belastung für Angehörige)**

*** leicht modifiziert n. Laux G & Berzewski H: Notfallpsychiatrie. In: Möller, Laux & Kapfhammer Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Springer 2011**

Weiterbehandlung nach psychiatrischer Notfallintervention

stationäre Aufnahme



ambulante Versorgung

- Psychiatrische Klinik
- Allgemeinkrankenhaus
- Kriseninterventionseinrichtung

- Hausarzt
- Facharzt,
Psychotherapeut
- ambulante Dienste (z.B.
Soz.psychiat. Dienst)

Voraussetzungen für ambulante Weiterbehandlung

- konkrete Absprachen
- ggf. Einbindung von Bezugspersonen
- geklärte rechtliche Situation (insb., wenn Patient die ärztliche Empfehlung nicht akzeptiert)

Rechtliche Aspekte (I)

- **Grundgesetz: Freiheitsrechte des Individuums**
- **Pflicht zur Hilfeleistung**
- **Aufklärungspflicht / Einwilligung nach Aufklärung**
- **Wirksamkeit / Nichtigkeit einer Willenserklärung**
- **rechtfertigender Notstand, Geschäftsführung ohne Auftrag**
- **Unterbringungsgesetz (öffentliche Ordnungsfunktion, Diagnostik und Therapie wider Willen)**

Rechtliche Aspekte (II)

- **Betreuungsgesetz (Diagnostik und Therapie bei nicht Einwilligungsfähigen)**
- **Schweigepflicht / Meldepflicht**
- **Fahrtauglichkeit**
- **Haftpflicht**
- **Dokumentationspflicht**