

# ORGANISCHE PSYCHISCHE STÖRUNGEN

**PSYCHOPATHOLOGISCHE SYNDROME / ERKRANKUNGEN, DIE DURCH KRANKHAFT VERÄNDERUNG DES GEHIRNS, BZW. DES GESAMTORGANISMUS VERURSACHT WERDEN, D.H. DURCH EINE DIAGNOSTIZIERBARE ZEREBRALE ODER SYSTEMISCHE KRANKHEIT.**

## DELIR / VERWIRRTHEITZUSTAND

Ätiologisch verschiedene, aber psychopathologisch einheitliche Bilder mit einer gleichzeitig bestehenden Störung von **Bewusstsein, Auffassung und Gedächtnis, Affektivität, Antrieb, Denken und Wahrnehmung.**

### KLINIK:

Entwicklung über Stunden oder Tage, auch aus einem völlig gesundem Zustand heraus möglich. Oft bestehen Hinweise auf eine länger bestehende Demenz, eine zusätzliche körperliche Erkrankung, eine Hirnschädigung (z.B. Trauma) oder einen Substanzmissbrauch.

### CHARAKTERISTISCHE PSYCHOPATHOLOGISCHE KENNZEICHEN:

- Störung des Bewusstseins (qualitativ, quantitativ [Somnolenz bis zum Koma]).
- Störung der Aufmerksamkeit (Konzentrationsfähigkeit)
- Störung des Gedächtnisses (Typischerweise Kurzzeitgedächtnis stärker und früher beeinträchtigt als das Langzeitgedächtnis)
- verminderte Auffassungsfähigkeit
- inkohärenter Gedankengang (Sprache unzusammenhängend)
- Verknennung der Umwelt
- wechselnde Wahneinfälle und Wahngedanken psychomotorische Störungen (psychomotorische Unruhe und Agitiertheit, Nesteln)
- Affektstörungen (Affektlabilität- und -inkontinenz)
- Wahrnehmungsstörungen (illusionäre Verknennungen, optische und akustische Halluzinationen)
- Vegetative Störungen mit Störungen des Schlaf-Wachrhythmus und adrenerg-sympathikotoner Übererregbarkeit (Tremor, Hyperhidrosis, Tachykardie, Hypertonie v.a. bei Alkohol-, Barbiturat, oder Benzodiazepinenzugsdelir)

### ÄTIOLOGIE:

- Toxische Ursachen (Intoxikation und Entzug), z.B. Alkohol, Hypnotika/Sedativa /Anxiolytika, psychotrope Substanzen
- Medikamente, z.B. Anticholinergika, Antidepressiva, Parkinsonmittel, Benzodiazepine, Beta-Rezeptorenblocker, Corticosteroide, Metabolisch: Chronische Lebererkrankungen, Niereninsuffizienz, Porphyrrie, akute Pankreatitis
- Störungen des Elektrolyt- und Wasserhaushaltes: Ketoazidose, Hyponatriämie, Hypo- oder Hyperkalziämie
- Intoxikationen bei Suizidversuchen: CO, Medikamente
- Vitaminmangel: B1, B6, B12, Folsäure
- Infektionen/immunologische Erkrankungen: Enzephalitiden, Meningitiden, AIDS, andere hochfieberhafte Erkrankungen, rheumatologische Erkrankungen (Lupus erythematosus u.a.)
- Kardiovaskuläre Störungen: Herzrhythmusstörungen, Herzinsuffizienz
- Neurologische Erkrankungen: Schädel-Hirn-Trauma, Epilepsie, transitorische globale Amnesie, raumfordernde Prozesse, Hirntumore, Hirnödeme, Hydrozephalus
- Vasculäre Erkrankungen: Insult, Blutung, Anämie

**JEDE KÖRPERLICHE ERKRANKUNG KANN SEKUNDÄR UND JEDE GEHIRNERKRANKUNG PRIMÄR ZU EINEM DELIR FÜHREN.**

## DIFFERENTIALDIAGNOSE:

- Verwirrheitszustände im Rahmen anderer organischer Störungen, insbesondere bei Demenzen
- Schizophrenie, Manie, Schizoaffektive Störung, Simulation, Dissoziative Störung

## DIAGNOSTIK:

Suche eines spezifischen organischen Faktors mit Labor- und Liquoruntersuchungen, inkl. Drogen- und Medikamentenscreening, EKG, EEG, Bildgebung

## EPIDEMIOLOGIE: BEI MÄNNERN UND FRAUEN GLEICH HÄUFIG

- Auftreten nimmt im Alter zu
- Etwa 1/3 der Bevölkerung erkrankt einmal im Leben an einem Delir/Verwirrheitszustand
- Etwa 5-15% der Alkoholabhängigen entwickeln im Entzug ein Delir

## VERLAUF UND PROGNOSE:

- Beginn in der Regel akut (Stunden bis Tage)
- Unspezifische psychische Auffälligkeiten können Tage oder Wochen vorher auftreten
- Verlauf richtet sich nach Ursache und Behandlungsmöglichkeiten
- Mortalitätsrate v.a. postoperativ und bei älteren Patienten hoch
- (z.B. Alkoholentzugsdelir: Unbehandelt sterben 15-20% der Patienten, behandelt weniger als 5%)

## THERAPIE:

1. Ursachen intensiv suchen und behandeln
2. Internistische Basistherapie:  
Kontrolle des Wasser- und Elektrolythaushaltes und des BZ, Herz- und Kreislaufüberwachung  
evtl. Magenschutz, Pneumonie- und Thromboseprophylaxe bei Immobilisation
3. Medikamentöse Sedierung:  
niedrig dosieren und einschleichen, falls kein Erregungszustand vorliegt z.B. Haloperidol, Risperidon, Pipamperon, Diazepam

## BEI V.A. ALKOHOLENTZUGSDELIR / ENTZUGSDELIR:

- EINFACHE ENTZUGSSYMPTOME bereits behandeln, damit sich kein Delir entwickelt:  
**Clomethiazol**, immer kurz nach Auftreten von Entzugssymptomen (mehrfach bis 10g/d im Abstand von 2h, CAVE Atemdepression, keine ?? und Benzodiazepine). Bei leichtem Entzug auch **Carbamazepin** möglich
- BEI BEREITS AUSGEPRÄGTEM DELIR:  
**Clomethiazol, Diazepam, Haloperidol**  
Flüssigkeits- und Elektrolytsubstitution, Vitamin B-Substitution, evtl. Thrombose- und Pneumonie-Prophylaxe
- BEI V.A. ANTICHOLINERGES DELIR:  
Behandlung wie Entzugsdelir + Absetzen anticholinergere Pharmaka

## ORGANISCH BEDINGTE STÖRUNGEN

Verschiedene Krankheitsbilder, die ursächlich mit einer Hirnfunktionsstörung in Zusammenhang stehen. Sie sind Folge von primär zerebralen Erkrankungen oder systemischen Erkrankungen, die sekundär das Gehirn betreffen. Ätiologisch kann prinzipiell jede das Gehirn direkt oder indirekt betreffende Erkrankung zugrunde liegen. Bei allen Störungen sind entsprechend typische organische Zeichen, wie Störung von Auffassung, Merkfähigkeit und Gedächtnis, quantitative und qualitative Bewusstseinsstörung oder inkohärentes Denken **nicht vorhanden oder allenfalls vorübergehend und diskret**.

### ORGANISCHE HALLUZINOSE:

Klinik: immer wieder auftretende optische, akustische, taktile Halluzinationen.  
Begleitsymptome: Angst und seltener Depression v. a. bei Beginn der Erkrankung.  
Wahnhafte Verarbeitung der erlebten Halluzinationen.

Diagnose:

- ständig oder wiederkehrende Halluzinationen auf einem Sinnesgebiet
- keine Bewusstseinsstörung oder Verwirrtheit
- keine schweren kognitiven Störungen

Ätiologie: Häufig in Verbindung mit folgenden speziellen Krankheitsbildern:  
Temporallappenepilepsie, Alkoholhalluzinose(im Entzug oder bei hohem Konsum), Antiparkinsonmedikation, Psychostimulation, chronische Intoxikation mit anderen psychotropen Substanzen (Amphetamine, Kokain).

Differentialdiagnose: Schizophrenie ( v.a. zusätzlich *Ich-Störung*), schizoaffektive Störung

Diagnostik: wie bei Delir und Demenz

Therapie: Therapie der Grunderkrankung. Zusätzlich hochpotente oder atypische Neuroleptika

### ORGANISCH WAHNHAFTE STÖRUNG

Klinik: Wahneinfälle; Wahngedanken,-ideen, die sich dem Patienten kontinuierlich aufdrängen.  
Begleitsymptome: Angst und Depression häufig

Diagnose:

- Wahn in jeder Form als beherrschendes Symptom / DD Schizophrenie
- keine Bewusstseinsstörung oder Verwirrtheit / DD Delir
- keine schweren kognitiven Störungen / DD Demenz

OFT LÄSST SICH DIE DIAGNOSE NUR ANHAND DES VERLAUFES ENTSCHIEDEN.

Ätiologie: Besonders häufige Ursachen sind alle Erkrankungen, die Temporallappen betreffen: Temporallappenepilepsie, chronischer Missbrauch von Amphetaminen, Kokain, seltener Alkohol, direkte Schädigung durch Hirntraumata oder lokale Enzephalitiden

Therapie: Siehe organische Halluzinose

### ORGANISCH KATATONE STÖRUNG

Klinik: Stupor, psychomotorische Unruhe mit Erregungszuständen, oder Wechselspiel zwischen beiden Zuständen.

Diagnose:

- Stupor / Mutismus / DD Katatone Schizophrenie
- Erregungszustand / DD Depression
- oder beides im Wechsel

Ätiologie: Besonders häufige Ursachen sind Enzephalitis, CO-Vergiftung, Neuroleptika- induziert, Drogenintoxikation

Therapie: Behandlung der Ursachen, Symptomatische Therapie des Stupors: Lorazepam, hochpotente Neuroleptika

## **ORGANISCH AFFEKTIVE STÖRUNG**

Klinik: Depressive Verstimmung, Antriebslosigkeit oder Antriebshemmung oder manische Verstimmung mit euphorischer Stimmung und Antriebssteigerung.

Diagnose:

- depressives oder manisches Syndrom wie bei der depressiven und manischen Episode
- DD affektive Störung, Angststörung

Ätiologie: Infektionen, Substanzmissbrauch, rheumatische Erkrankung

Therapie: Nach Grundregeln der pharmakologischen Depressions-, Manie- oder Angstbehandlung (1. Antidepressivum sollte ein SSRI oder ein anderes nebenwirkungsarmes Antidepressivum sein.)

*Cave: Anticholinerge Wirkung der trizyklischen Antidepressiva können Depressionen verstärken.*

## **ORGANISCHE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG**

Klinik: Auffällige Veränderung zum prämorbidem Verhalten. Veränderung zeigt sich in den Bereichen Affektivität, Bedürfnissen und Impulsen. Kognitive Fähigkeiten nicht ausgeprägt gestört.

Diagnose: MINDESTENS DREI DER FOLGENDEN MERKMALE ÜBER MEHRERE MONATE, DIE NICHT VOR DER HIRNSCHÄDIGUNG GESTANDEN HABEN:

- Reduzierte Fähigkeit zielgerichtete Aktivitäten durchzuhalten.
- Veränderte Affektivität
- Äußern von Bedürfnissen und Impulsen ohne Rücksicht auf Konsequenzen
- Misstrauen und paranoides Denken
- Formale Denk-/Sprachstörungen
- Verändertes Sexualverhalten

Differentialdiagnose:

- Persönlichkeitsstörung
- Depression- und Angststörungen
- Schizophrenien
- Dissoziative Störungen

Ätiologie:

- Häufig langjähriger Alkoholmissbrauch
- Schädigungen des Frontalhirns
- Temporallappenepilepsie mit epileptischer Wesensänderung

Therapie:

- Behandlung der Grunderkrankung
- keine spezifische pharmakologische Therapiemöglichkeit.

## **ORGANISCHE ZWANGSSTÖRUNG**

Klinik Zwangsphänomene aller Art. Begleitsymptome: Affektives Syndrom

Diagnose: Kriterien der primären Zwangsstörungen

Ätiologie: Besonders häufige Ursachen sind Schädigungen

- des limbischen Systems
- der Basalganglien
- des frontoorbitalen Kortex

Therapie:

- Behandlung der Ursachen
- Pharmakotherapeutische und Verhaltenstherapeutische Behandlung wie bei primärer Zwangsstörung